



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
PIE DIABÉTICO EN EL HGZ/UMF # 8 DR. GILBERTO FLORES
IZQUIERDO”**

T E S I S

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. ALEJANDRA PONCE VÁZQUEZ

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
DIRECTOR DE TESIS**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ASESOR METODOLÓGICO**

**DR. ANA GLORIA TORO FONTANELL
ASESOR CLÍNICO**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CD. DE MÉXICO, D. F. ENERO 2013.



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.

“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO EN EL HGZ/UMF # 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AUTORES

Dra. Alejandra Ponce Vázquez¹, Dr. Gilberto Espinoza Anrubio², Dr. Eduardo Vilchis Chaparro³, Dra. Ana Gloria Toro Fontanell⁴.

¹ Medico residente de medicina familiar

² Coordinador clínico de educación e investigación

³ Profesor titular de la especialidad de medicina familiar

⁴ Medico familiar

Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

OBJETIVO

Evaluar la calidad de vida en pacientes portadores de pie diabético en el HGZ/UMF#8.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo, prospectivo, no comparativo, observacional. Criterios de inclusión: Se estudió a pacientes con pie diabético sin distinción de sexo, ni de edad, diabéticos con o sin otra enfermedad, derechohabientes al IMSS. Tamaño de la muestra: 97 pacientes. Intervalo de confianza: 99%, proporción 0.07%, amplitud total del intervalo de confianza 0.10. Variables: Edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, situación laboral, tiempo de portador, forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud y dolor.

RESULTADOS

Se estudio de 97 pacientes, impero el sexo masculino 60(61.9%), el mayor porcentaje lo representaron los pacientes de 65 años (7.2%);predominaron los casados con un 53(54.6%). En el instrumento las láminas de Coop Wonca calificaron su actividad física como ligera 50 (51.5%), en el rubro, de estado de salud 43 (44.3%) la calificó regular; respecto, a dolor se encontró que presentaron dolor muy intenso 35 (36.1%).

CONCLUSIONES

Al evaluar la calidad de vida en los pacientes con pie diabético, se concluyó que las dimensiones medibles son independientes, por lo tanto nos da indicios para poder medirla; se obtuvo, que los pacientes con pie diabético, en las dimensiones de forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambios en el estado de salud, estado de salud y dolor, sugieren un empobrecimiento de la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

PIE DIABETICO, CALIDAD DE VIDA, COOP WONCA

**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE
VIDA EN PACIENTES CON PIE
DIABÉTICO EN EL HGZ/UMF # 8 DR.
GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

AUTORIZACIONES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

Dr. Francisco Javier Padilla Del Toro
Director Hospital General de Zona / Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador clínico de educación e Investigación en salud del HGZ/UMF No.8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ #8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

ASESORES

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador clínico de educación e Investigación en salud del HGZ/UMF No.8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Director de Tesis

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ #8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor Metodológico

Dra. Ana Gloria Toro Fontanell
Especialista en Medicina Familiar
Adscrito al HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor clínico de tesis

AGRADECIMIENTOS

A mi padre Dios por darme la vida ,que en todo momento estuvo junto a mí, junto a mis hijas, mi esposo, mi familia y permitirme lograr uno más de mis sueños.

A mi esposo y mis niñas Daniela y Andrea que son mi razón de vivir; por su gran comprensión y sacrificio hemos llegado al final de una meta que nos trazamos, porque la unidad prevaleció a pesar del tiempo sin ustedes y de la distancia. Gracias Dani por recorrer este camino tan largo a mi lado y por ser apoyo en mis logros y fracasos.

A mi mamá que si no fuera por su apoyo incondicional, su ejemplo, sus grandes esfuerzos y enseñanzas, día con día, no fuera la mujer que soy ahora. Gracias por guiarme y educarme, por tus consejos y bendiciones que me impulsaron a nunca abandonar mi sueño.

A mis hermanos por apoyarme en muchos de mis proyectos de vida, gracias por enseñarme que existe un amor sincero e incondicional que se lleva en la sangre y está dispuesto a estar cuando más lo necesitas.

A mis profesores y compañeros por su experiencia y sabiduría que me han brindado, porque gracias a ustedes se que nunca hay que rendirse, aún en las situaciones más adversas, gracias que me enseñaron que el intercambio de ideas y conocimientos marcan al ser humano maduro y capaz.

Al resto de mi familia y amigos por las porras y ánimos que me han dado desde que comencé mi carrera, este logro quiero compartirlo con ustedes, porque somos una gran familia.

A los pacientes y sus familias que nos enseñaron durante estos años que ser médico no solo es saber medicina; médico es ser un mejor ser humano que es capaz de conocerse a sí mismo para poder entender a sus pacientes.

ÍNDICE

	Páginas
Resumen	2
Marco Teórico	8
Planteamiento del problema	18
Justificación	18
Objetivos	19
Hipótesis	19
Materiales y métodos	20
Tipo de estudio	20
Diseño de investigación	21
Población lugar y tiempo	22
Muestra	22
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	23
Variables	24
Diseño estadístico	27
Instrumento de recolección	27
Método de recolección de datos	29
Maniobras para evitar y controlar sesgos	30
Cronograma	31
Recursos humanos y materiales	32
Consideraciones éticas	32
Resultados	34
Discusión	106
Conclusiones	109
Bibliografía	111
Anexos	113

MARCO TEÓRICO

La diabetes mellitus es un problema de gran importancia sanitaria, es una de las enfermedades más frecuentes en la clínica humana y afecta por igual a países de alto y bajo desarrollo, aunque en los países en vías de desarrollo cobra menor magnitud, puesto que las enfermedades que aportan la mayor mortalidad son las infectocontagiosas y las muertes ocurren en edades más tempranas de la vida.¹

En términos generales puede decirse que su prevalencia no ha dejado de aumentar en las últimas décadas como consecuencia de una serie de factores, entre los que deben mencionarse la mayor longevidad de la población y el progresivo incremento de la obesidad y el sedentarismo. La prevalencia del pie diabético en el mundo varía de acuerdo con la ubicación geográfica. Por ejemplo, en España se considera que entre 40% y 50% de los diabéticos lo sufren, asociado con un grado variable de isquemia —es decir, la interrupción de la circulación sanguínea— en la extremidad inferior; en el Reino Unido, cerca del 50% de los enfermos de diabetes lo padecen, mientras que en México se dice que entre 6% y 7% de los diabéticos sufrirá ulceraciones en el pie ².

Antes de la utilización de la insulina la principal causa de mortalidad de la diabetes mellitus se adjudicaba a la alteración metabólica, de manera que la cetoacidosis era en la década de 1911 a 1920, la primera causa de muerte por diabetes, seguida por las infecciones y por las enfermedades cardiovasculares. Con el descubrimiento de la insulina en 1921 y la correcta utilización de los sueros y los antibióticos ha cambiado esta situación de modo que en la actualidad la enfermedad vascular es la primera causa de muerte; las infecciones representan un tanto por ciento menor y la cetoacidosis ocupa un lugar marginal. Es decir, ha sido posible tratar cada vez mejor el trastorno metabólico y solucionar las complicaciones agudas graves, por tanto la esperanza de vida de los pacientes se ha incrementado, pero a su vez se ha constatado un aumento de las complicaciones crónicas de tipo microangiopáticas, macroangiopáticas y neuropáticas que son factores determinantes en la aparición de un pie diabético.³

El pie diabético constituye un problema de salud relevante por su repercusión en la calidad de vida del paciente con diabetes mellitus; se define el pie diabético, como una alteración clínica de etiología neuropática e inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que puede coexistir la isquemia, y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie; al favorecer la infección y destrucción del antepié, causa un 20 % de las gangrenas diabéticas mientras que el 80 % se deben a insuficiencia arterial.⁴

Los factores de riesgo que están asociados a un mayor riesgo de sufrir amputaciones de miembros inferiores son: Infecciones, neuropatía diabética y la enfermedad vascular periférica. Los pacientes diabéticos tienen una frecuencia más alta de infecciones en los pies y presentan alteraciones en la cicatrización que incrementa su riesgo. Lo explica la pérdida de la inmunidad pasiva. Los microorganismos más frecuentes en las infecciones del pie diabético corresponden al estafilococo coagulasa tanto negativo como positivo y en menor proporción el estreptococo. La mayoría de las infecciones son polimicrobianas. ⁵

Más de 50% de las úlceras infectadas contendrán bacilos gram negativos aeróbicos, y 50% de las úlceras también albergarán especies anaeróbicas. Ha sido controversial la toma o no de cultivo en las lesiones de los pacientes diabéticos, aunque existe gran cantidad de casos difíciles con resistencias múltiples que lo ameritan. La correlación entre los cultivos de las lesiones superficiales con las profundas sólo es de 25%, por lo que estos cultivos deberán obtenerse por medio de raspado o aspiración con aguja y no con hisopo. ⁶

Debido a que la infección en el pie diabético es polimicrobiana, propicia que se desarrolle una gangrena húmeda sinérgica rápida y progresiva que de no tratarse oportunamente puede ser fatal. Un signo patognomónico de infección fulminante puede ser el enfisema subcutáneo, aunque éste puede presentarse en diabéticos con infecciones causadas por microorganismos menos virulentos, como la *Escherichia coli* y otros coliformes. ⁷

Neuropatía diabética: Todos los nervios (sensitivos, motores y autonómicos) son susceptibles de daño por la diabetes. 20% de los diabéticos tiene neuropatía autonómica. La mitad presentan alteración sensitiva detectable. ⁸

Los síndromes de neuropatía diabética pueden dividirse en agudos (autolimitados) y crónicos (persistentes). Los pacientes con neuropatía aguda presentan un ataque súbito de dolor o debilidad. Esto puede ocurrir antes o después de la aparición de la diabetes mellitus. La neuropatía aguda generalmente se resuelve en aproximadamente 10 meses. Histológicamente hay infartos perineurales en los nervios afectados, lo que sugiere un probable papel etiológico de la isquemia. La neuropatía diabética crónica (persistente) es más frecuente que la aguda. Los síntomas son progresivos con pérdida irreversible de la sensibilidad. ⁹

La gravedad de los síntomas, al contrario de la neuropatía aguda, es proporcional a la antigüedad de la diabetes. Se afectan inicialmente las fibras de diámetro pequeño (dolor, temperatura e información autonómica); más tardíamente se afectan las fibras de diámetro grande (propiocepción, tacto fino y motoras). Se produce un estado funcional de simpatectomía cuando la neuropatía autonómica es grave. Se pierde el control vasomotor y entonces se incrementa el flujo sanguíneo a la extremidad, pero este flujo se canaliza hacia la piel y fistulas arteriovenosas en el hueso, pudiendo ocasionar hipoperfusión en otros tejidos. ¹⁰

Cuando se pierden los reflejos capilares normales se produce una hipertensión capilar de dependencia y una respuesta vasodilatadora disminuida al calor. La denervación simpática impide la sudoración y la piel se hace seca y quebradiza, con cambios en el pH y la microflora. Igualmente aparecen infartos agudos del miocardio asintomáticos, con más frecuencia de lo que se pudiera pensar.¹¹

La neuropatía motora aparece al final afectando los músculos intrínsecos del pie con atrofia de los interóseos, causando un desequilibrio entre los extensores y flexores largos. Esto produce protrusión de las cabezas metatarsianas con deformidad de los dedos en forma de martillo. Se altera la biomecánica del pie cambiando los puntos de apoyo, y modificándose la marcha normal. Las fuerzas de fricción excesivas en la piel plantar ocasionan callosidades y la presión continua produce ulceraciones sobre las cabezas metatarsianas. Úlceras neurogénicas o “mal perforante plantar” ocurren a nivel de las primeras, segundas y quintas articulaciones metatarsofalángicas. En la planta los callos gruesos pueden actuar como cuerpo extraño causando daño a tejidos blandos con extravasación sanguínea y de suero de los capilares, siendo un medio de cultivo para que bacterias locales o externas produzcan un absceso, el cual generará que la infección invada más fácilmente la articulación adyacente y la cabeza del metatarsiano, ocasionando osteomielitis. La parte final de la enfermedad sensoriomotora conduce a la llamada articulación de Charcot (artropatía neurogénica). El trauma repetido en el pie y tobillo provoca destrucción articular (pie de mecedora), en la que el pie se ensancha y pierde su arco.

Los síntomas de insuficiencia arterial periférica en diabéticos son los mismos que los de cualquier otro grupo de pacientes; incluyen claudicación, dolor de reposo y pérdida de tejido. En diabéticos es hasta dos veces más frecuente la presentación con gangrena que con dolor isquémico. Generalmente el pie diabético isquémico está reseco, atrófico, sin vello, desnutrido y frío. Las uñas hipertróficas. Los pulsos pedios y tibial posterior están disminuidos o ausentes. El tiempo de llenado venoso está prolongado, y se presenta el signo de Buerger (rubor por gravedad y palidez de elevación). El pie del paciente diabético es muy sensible a todas formas de traumatismos: el talón y las prominencias óseas resultan especialmente vulnerables. Los daños a los nervios periféricos de los pies provocan trastornos sensoriales, úlceras de la planta del pie, atrofia de la piel, etc. y debido a la oclusión de las arterias que llevan sangre a los pies se puede producir gangrena. Es frecuente en los pacientes diabéticos que las lesiones propias del denominado pie diabético trascurren sin dolor, debido a lo cual se suele agravar la lesión antes de que el paciente pida ayuda especializada. Deformidades del pie: Alteraciones estructurales del pie como la presencia de dedo de martillo, dedos en garra, hallux valgus, cabezas metatarsianas prominentes, amputaciones u otra cirugía del pie.¹²

LA CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida (CV) es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores.

Según la OMS, la calidad de vida es: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido en modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como la relación con sus elementos esenciales de su entorno”.

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tiene una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per capital, el nivel educativo, las condiciones de la vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida es un concepto multidimensional, subjetivo, que debe incluir muchos aspectos de la vida personal. La complejidad de este concepto no permite tener estándares de referencia.¹³

Dimensiones de la calidad de vida

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son: Dimensión física: Percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento. Estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad; Dimensión psicológica: Percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento; Dimensión social: Percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación medico paciente, el desempeño laboral.¹⁴

Características de la calidad de vida: Concepto subjetivo: Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida; Concepto universal: Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas; Concepto Holístico: La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial; Concepto dinámico: Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo; Interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos. La valoración del estado de salud y de enfermedad a nivel individual y poblacional ha sido clásicamente obtenida mediante datos cuantitativos de disminución o desaparición de enfermedad o de prolongación de la vida (morbilidad, mortalidad), a través de la interpretación del personal sanitario. Recientemente se está valorando la perspectiva del estado de salud por parte del propio paciente, tanto en su aspecto físico como el mental y social. De esta manera surge los conceptos de "Calidad de Vida (CV) y "calidad de vida relacionada con la salud" (CVRS) y se hacen necesarias herramientas que permitan cuantificarlos como los cuestionarios de salud, capaces de explorar "dominio" o "dimensiones" mediante ítems o preguntas concretas. La valoración de todos y cada uno de ellos es difícil, pero necesaria cuando se pretende comparar diferentes poblaciones o patologías, cuantificar los cambios que sufre CVRS en el transcurso del tiempo para la aplicación de un determinado tratamiento, relacionar la CVRS con las expectativas de vida y los costos sanitarios o proveer una situación futura. Muchas variables influyen sobre las dimensiones y son cambiantes en el tiempo (personalidad y sustrato psicopatológico, patologías y limitaciones físicas del sujeto, ambiente social y cultural en el que se desenvuelve, creencias y oportunidades de desarrollo, etc.).¹⁵

El enfoque inicial de la valoración de la CV en los pacientes con pie diabético puede ser genérico o específico. Los instrumentos genéricos ofrecen un enfoque general de la CV, siendo aplicables a cualquier enfermedad, mediante la exploración de dimensiones generales que incluyen dimensiones físicas, mentales y sociales, permitiendo compararla con otras patologías y encuadrar en el marco de salud del paciente o de una población dada, así como comparar el impacto de los diferentes tratamientos administrados.¹⁶

La mayoría de estos instrumentos son capaces de valorar varias dimensiones y aplicarles una puntuación o medida, en el que se le llama "perfil de salud". Por otro lado los llamados instrumentos específicos centran su atención en una patología (pie diabético), en una población, una función, o un problema concreto, con el fin de detectar alteraciones propias de esa patología, esa población, esa función, o ese problema que se difuminaría en un test general y cambios concretos de la misma a lo largo del tiempo. La información que ofrece los test genéricos y específicos son complementarios. Recientemente se desarrollaron varios cuestionarios que evalúan la calidad de vida desde la perspectiva de las personas afectadas por las úlceras del pie. Un ejemplo sería la Escala de Úlceras de Pie Diabético y el Instrumento para medir la Calidad de Vida específico para Neuropatía y Úlceras del Pie.¹⁷

El objetivo principal de la práctica médica consiste en preservar el estado de salud del paciente, pero la salud ya no se puede entender únicamente como la simple ausencia de la enfermedad y la atención médica; consecuentemente ha ampliado sus horizontes desde una focalización biológica hacia un funcionamiento global, físico, mental y social. Esto es especialmente relevante en atención primaria, donde somos conscientes como en ningún otro campo de conocimiento de la necesidad de desarrollar una práctica clínica orientada biopsicosocialmente. Con el modelo biomédico clásico difícilmente podemos comprender el amplio abanico de motivos de consulta. Si consideramos que es importante el estado funcional deberemos ser capaces de evaluarlo de alguna manera. Estado funcional, estado de salud y calidad de vida son conceptos íntimamente relacionados e intercambiables en muchos aspectos.¹⁸

La WONCA define el estado funcional como la capacidad para desarrollar una determinada tarea o rol en un momento dado o durante un periodo determinado.¹⁹

El estado funcional es un aspecto del estado de salud que a su vez forma parte de la calidad de vida relacionada con la salud. En la actualidad disponemos de una amplia colección de instrumentos que nos informan de cómo se siente el paciente, cuáles su estado funcional y cómo percibe su propia salud. Sin embargo, evaluar adecuadamente todos estos aspectos requiere un tiempo precioso en las ya de por sí sobrecargadas consultas de atención primaria.²⁰ En los últimos 25 años la evaluación del estado de salud se ha empleado en una amplia variedad de situaciones: a) descripción del perfil de salud para pacientes con diferentes diagnósticos y gravedad de patologías; b) evaluación de los relativos beneficios de diferentes tratamientos; c) comparación de resultados de salud entre diferentes proveedores sanitarios; d) evaluación de iniciativas en políticas sanitarias y e) medición del estado de salud en la población general. Sin embargo, está recibiendo más atención la utilización de las mediciones del estado de salud en la práctica clínica para la evaluación individual del paciente y la monitorización de su tratamiento. La incorporación de las medidas genéricas en las consultas teóricamente podrían cubrir varios objetivos: a) describir el estado global de los pacientes; b) servir de cribado para patologías incipientes; c) estimar necesidades no atendidas rutinariamente; d) monitorizar la progresión de la enfermedad y la respuesta al tratamiento y e) mejorar la relación médico – paciente. ¿Cuál es la razón de este creciente interés en la utilización de mediciones para el paciente en la consulta? Ya se ha comentado el paradigma del modelo biopsicosocial: nuestra mirada como generalistas nos obliga a tener una percepción integral de individuo. Un último argumento se centra en el progresivo aumento de la esperanza de vida de la población y el incremento de las patologías crónicas donde no se espera una curación y los esfuerzos terapéuticos se deben focalizar en intentar lograr mejoras en la sensación de bienestar global del paciente. Siendo conscientes del cambio que representan las condiciones crónicas sobre todo en atención primaria, desde diversos foros se ha propuesto que la calidad de vida sea tenida en cuenta como el objetivo esencial de los cuidados médicos. Uno de los instrumentos genéricos instrumentales para hacer empleados en atención primaria son las viñetas de Coop Wonca y el único específicamente diseñado para ser utilizado en la consulta médica.²¹

Las viñetas Coop Wonca

Las viñetas o láminas Coop Wonca (Anexos) las desarrollaron originalmente los profesionales de una red de centros médicos comunitarios que cooperaban en actividades de investigación de atención primaria: The Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project (Coop Project), Hanover, New Hampshire, E.E. U.U. Se diseñaron para proporcionar un sistema de medición del estado funcional de la consulta médica. Las viñetas aportan un sistema rápido válido y fiable de los pacientes que determina quién podría beneficiarse de una evaluación más exhaustiva. El grupo investigador pretendía además que tuviera una interpretación sencilla, fuera útil clínicamente y sobre todo manejable y eficiente en el contexto de la práctica clínica. Los objetivos que debía cumplir la nueva medida era: a) proporcionar datos válidos y fiables en las principales dimensiones de funcionamiento: físico, mental y social; b) adaptarse fácilmente a la rutina diaria de recogida de datos desarrollada en la consulta; c) ser aplicable a pacientes con una gran variedad de problemas y diagnósticos, como los que se presentan en atención primaria; d) poseer un alto grado de validez aparente y ser aceptada ampliamente por médicos y pacientes; e) producir unos resultados de fácil interpretación y f) facilitar una información de utilidad clínica. El instrumento abarca en total de 9 láminas. Cada una de ellas consta de un título, una cuestión referida al estado de salud, durante el último mes y 5 posibles respuestas. Cada opción está ilustrada con un dibujo que representa un nivel de funcionamiento en una escala ordinal tipo likers de 5 niveles. Las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento. Cada lámina representa una dimensión de la calidad de vida. La puntuación de cada una de las láminas permite una interpretación directa en las dimensiones estudiadas.

Las viñetas pueden ser administradas por un profesional sanitario o, idealmente, ser autos administrados, ya sea en la sala de espera de la consulta médica o en el propio domicilio.

Aunque hay una buena correlación entre la autoadministración y la administración por profesionales, la primera tiene la ventaja de que elimina el posible sesgo debido al entrevistador. Cabe señalar que la posible influencia de otras personas (familiares, amigos) al complementar el instrumento no ha sido adecuadamente estudiado. Se ha informado de correlaciones entre administradores de distinta categoría profesional (enfermería frente a medicina) del 0.77, con un rango de 0.50-0.988.

Antes de complementar las viñetas son necesarias unas breves instrucciones. Es importante que el paciente comprenda que solo es posible una respuesta por lámina. Las instrucciones deben abarcar los siguientes aspectos: el tiempo de referencia: "durante las últimas 4 semanas". El papel de las ilustraciones como complemento de ayuda para la elección de la respuesta adecuada.

El paciente debe ser estimulado a leer las preguntas cuidadosamente y seleccionar la alternativa que considere más apropiada. Si es necesario las cuestiones pueden leerse en voz alta por parte del profesional, y si no se comprenden deben clarificarse pero siendo cuidadosos en no sugerir una respuesta determinada. Las ilustraciones consiguen que el instrumento tenga una apariencia atractiva y amigable pero no parecen influir en los resultados. A finales de los años 80, la Wonca decidió revisar el cuestionario original y promover su uso en la atención primaria.²²

El objetivo principal de la Wonca consistía en conseguir un instrumento válido fiable, sencillo, de fácil manejo en la consulta, aceptado por el paciente y que sirviera como medida de resultado en la atención primaria. Además, se perseguía alcanzar un estándar que fuera aplicable internacionalmente tras las correspondientes adaptaciones transculturales. El instrumento original esta validado en nuestro país, A nuestro instrumento la Wonca realizo las siguientes modificaciones: Se eliminaron las viñetas correspondientes al apoyo social y la calidad de vida, y se dejo la del dolor como opcional. El tiempo de referencia de las cuestiones se redujo de 4 a 2 semanas. Se modificaron los títulos y las preguntas (anexos). En todas las laminas los dibujos se simplificaron al máximo solo se dejo un dibujo por cada categoría de respuesta y se introdujeron símbolos reconocidos internacionalmente. Se especifico el orden en que deberían pasarse las láminas: forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambios en el estado de salud, estado de salud y dolor. El instrumento puede contestarse en menos de 5 minutos. Normalmente cada lámina ocupa 30–45 segundos, independientemente del método de administración.

La revisión se completo en 1990 y se denomino al nuevo instrumento viñetas Coop- Wonca para diferenciarlo de las originales viñetas Coop. El cual ha tenido adaptación transcultural de la versión española.

Por lo que respecta al sistema de puntuación, los autores originales resaltaban el hecho de que cada lámina representa una dimensión de la CVRS y las puntuaciones no debían agregarse para reflejar una puntuación global de funcionamiento. Van Weel, aunque afirma que cada una de las láminas permite una interpretación directa en la dimensión estudiada, deja abierta la posibilidad, al igual que otros instrumentos genéricos, de sumar las puntuaciones de todas las laminas y ofrecer un índice global. Si se tiene en cuenta que al realizar un análisis factorial se obtiene un único factor, parece factible la posibilidad de emplear este índice global más allá de las interpretaciones unidimensionales.²³

Fiabilidad

La fiabilidad test-retest a las 2 semanas, evaluada por medio de los coeficientes de correlación de Spearman, varia en 0.52-0.72. Cuando repetimos este análisis solamente para aquellos individuos que manifiestan encontrarse igual que en las 2 semanas anteriores (viñetas numero5=3), los coeficientes son sensiblemente superior a los anteriores (0.66-0.81).

En general estos niveles de fiabilidad pueden considerarse aceptables indican que las laminas son estables durante relativos cortos periodos de tiempo.

Sensibilidad

Si bien en sentido estricto el cálculo del alfa de Cronbach para estimar la consistencia interna carece de sentido, dada la estructura unidimensional de cada una de las viñetas, si podría ser relevante si pretendemos agregar las puntuaciones para obtener un índice global. Bajo esta perspectiva se calculó el coeficiente para la versión española 0.73, y cuando se añadía la lámina opcional del dolor pasaba a ser de 0.7711. ²⁴

Validez

El cuestionario demostró tener una buena validez ante una muestra de estudiantes de medicina, puesto que al 99% no le provocaba malestar, aburrimiento o fatiga y un 70-75% consideró que mejoraba la comunicación entre paciente y profesional. Cuando se pregunta a los estudiantes, a profesionales de la medicina y a pacientes por las dificultades que en su comprensión entrañaba el instrumento, alrededor del 90% afirmaban no encontrar dificultad alguna.

Las viñetas han mostrado ser sensibles al estado funcional no detectado por otros instrumentos y ofrece una validez convergente de 0.44 y una discriminante de 0.20.

Por lo que respecta a la influencia de diversas variables socio demográficas en los resultados del instrumento, los efectos tienden a ser coincidentes en la bibliografía: la edad influye negativamente en la auto percepción de CVRS; este hecho es sobretodo evidente para la forma física. Un aspecto reincidente en múltiples trabajos sobre la CVRS es la peor percepción de la salud en las mujeres de forma similar a las láminas. Al realizar un análisis multivariante para valorar el impacto de las patologías en las dimensiones del cuestionario, se demostró una sensibilidad similar al SF-36.²⁵

Experiencia con las viñetas de Coop Wonca

Las viñetas se han empleado en España para describir la CVRS en grupos de pacientes de atención primaria, sus acompañantes, familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer, mujeres embarazadas y personas adictas a las drogas.

Además existen estudios internacionales que también evalúan el estado de salud de pacientes que acuden a consultas de atención primaria de áreas urbanas y rurales de Estados Unidos, muestras poblacionales, mujeres embarazadas y un interesante ensayo llevado a cabo en 7 países para evaluar la aceptabilidad de la viñetas.

Diversos estudios estiman el impacto de diferentes diagnósticos y gravedad de patologías en la CVRS en el ámbito de la atención primaria, ya sea en pacientes con problemas agudos o crónicos, ancianos, pacientes con accidentes cerebro vascular, sujeto con dispepsia, con dolor lumbar, migraña, insuficiencia cardiaca, hipertensión, diabetes, asma, hepatopatía crónica o depresión.²⁷

También se ha utilizado como un indicador de resultado en salud en pacientes con infarto agudo de miocardio y cáncer, para evaluar la implicación de voluntarios en atención primaria, como estimador del consejo en nuestro nivel asistencial y para medir el efecto de 2 tipos de técnicas quirúrgicas (laparoscopia frente a laparotomía). Una de las principales desventajas de la viñetas Coop Wonca radica en su efecto techo(ceiling effect), es decir, los resultados de las viñetas están algo sesgados hacia el extremo de la escala que denota buena CVRS, sobre todo en los correspondientes a sentimientos, actividades cotidianas y actividades sociales. Esta característica también se cumple en aquellos instrumentos que tienden a representar la salud como la ausencia de limitaciones. La principal limitación de este hecho radicaría en la disminución de la sensibilidad del Coop Wonca cuando se emplee en sujetos con mínima comorbilidad.²⁸

ANTECEDENTES

En un estudio realizado en Zacatecas México se concluyó que las personas con pie diabético que tienen un grado de auto cuidado bueno o alto es menor el grado de ulceración, incluso si el auto cuidado aumenta, disminuye en gran porcentaje el grado y probabilidad de de presentar alguna lesión en los pies. Se obtuvo que una buena información sobre su estado de salud y conocer sobre su enfermedad hace que los pacientes aumenten y mejoren su salud al igual que su calidad de vida, es decir a mayor información mejor calidad de vida y mejor estado de salud.²⁹

En investigaciones sobre los efectos de la ulceración del pie sobre el funcionamiento y el bienestar físico y psicosocial de la persona, se ha descubierto que las úlceras del pie pueden ser una fuente de discapacidad grave que, a su vez, tiene un impacto negativo sobre la calidad de vida. Además, la limitación de la movilidad causa problemas en las relaciones sociales e interpersonales. Las personas suelen percibir una disminución de su autoestima debido a la incapacidad de realizar funciones sociales y familiares. Los cambios en el concepto de sí mismas a nivel social (percibir que uno es una carga para la familia), a su vez, genera una reducción de la calidad de vida. En España se obtuvieron los siguientes resultados: El Pie diabético va a impactar negativamente en la CVRS de estos pacientes. Las mujeres afectadas por esta enfermedad reflejan peor CVRS que los hombres, en todas las dimensiones del cuestionario SF-36. El tiempo de evolución de la úlcera va a estar asociado con la pérdida de CVRS de estos pacientes. Factores etiopatogénicos del pie diabético, tales como neuropatía y EVP, van a tener un impacto negativo en la CVRS de los pacientes que sufren esta complicación.³⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes portadores de pie diabético en el HGZ/UMF # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

JUSTIFICACIÓN:

El pie diabético es una afección de elevada morbilidad y por ende repercute negativamente en la calidad de vida de estos pacientes, a consecuencia de los ingresos frecuentes, las estadías hospitalarias prolongadas y las amputaciones. La diabetes mellitus es considerada la primera causa de amputaciones en extremidades inferiores.

Establecer un diagnóstico sobre la calidad de vida en los paciente con pie diabético, en el Hospital General zona # 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México, en el D.F, para conocer sus condiciones reales de salud. Contar con indicadores de calidad de vida en el seguimiento de los enfermos con pie diabético, está vinculada no solo porque es una parte básica del concepto de salud, sino por la estrecha relación que existe entre la calidad de vida y el estado de salud de los pacientes con pie diabético que se ve reflejada en la morbilidad y mortalidad de este grupo.

OBJETIVOS:

Objetivos General:

- Evaluar la calidad de vida en pacientes portadores de pie diabético en el HGZ/ UMF No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

Objetivos particular:

- Estudiar la calidad de vida de los pacientes con pie diabético en función de su forma física.
- Analizar la calidad de vida de los pacientes con pie diabético en función de sus sentimientos.
- Valorar la calidad de vida de los pacientes con pie diabético con las actividades cotidianas y sociales
- Explicar si la calidad de vida en pacientes portadores de pie diabético varía con el cambio en el estado de salud
- Determinar la calidad de vida en el paciente con pie diabético mediante el estado de salud.
- Verificar la calidad de vida de los pacientes con pie diabético de acuerdo al dolor.

HIPOTESIS: Se realizó esta hipótesis con fines académicos.

El ser paciente con pie diabético tienen influencia en la calidad de vida en el HGZ/UMF#8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

HIPOTESIS NULA (H_0):

Los pacientes con pie diabético no tienen mala calidad de vida en el HGZ/UMF #8 Dr. Gilberto flores izquierdo

HIPOTESIS ALTERNATIVA (H_1):

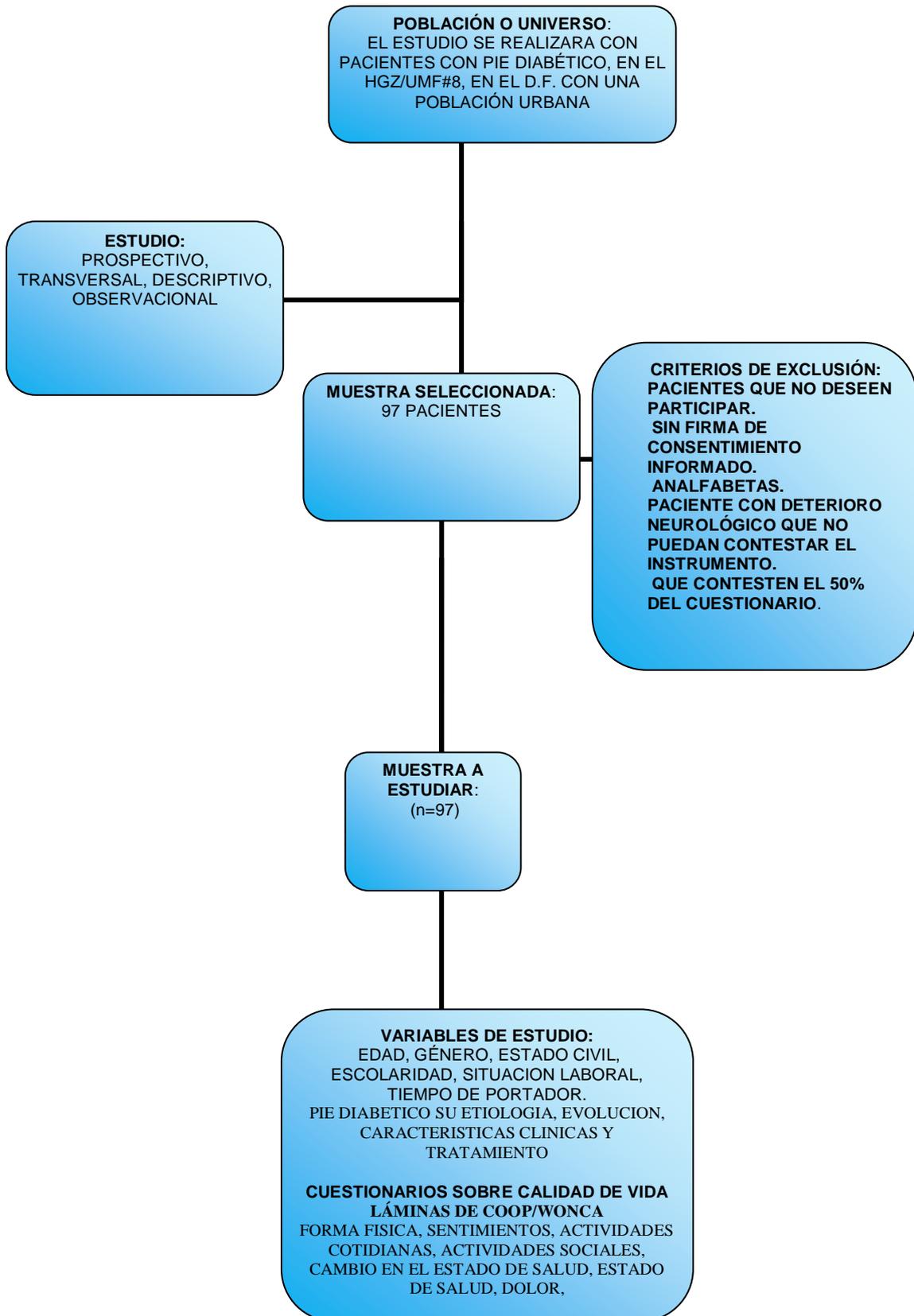
Los paciente con pie diabético tienen mala calidad de vida en el HGZ / UMF # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo

MATERIALES Y MÉTODOS

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 del las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO
- e).- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



POBLACION Ó UNIVERSO:

El estudio se realizó con pacientes con pie diabético, en el HGZ/UMF#8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, en el D.F; con una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

El estudio se llevó a cabo a los pacientes portadores de pie diabético, de marzo 2011 a febrero 2013, en el Hospital General de Zona # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, En la colonia Tizapan la Hormiga; Delegación Álvaro Obregón, en México, D.F

MUESTRA:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo, con variable dicotómica para la población finita necesaria fue de 97 pacientes con un intervalo de confianza de 99%. Con una proporción del 0.07. Con amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Donde se conoce el tamaño finito de la población.

N= Número total de individuos

n= tamaño muestra

Z alta= valor correspondiente a la distribución de Gauss 1.96 para alfa= 0.05 y 2.58, para alfa= 0.01

P= Prevalencia esperada del parámetro a evaluar.

q= 1-p

i= Error que se prevé cometer

$$n = Z^2 \frac{(N) (p) (q)}{i^2 (N-1) + Z^2 (p) (q)}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Se estudió a pacientes con pie diabético sin distinción de sexo, sin distinción de edad, diabéticos con o sin otra enfermedad, derechohabientes al IMSS.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se excluyó a todo paciente que sean diabéticos sin complicaciones, que no firmen la carta de consentimiento informado, portador de úlceras por presión, portador cuadripléjicos, pacientes intubados, analfabetas, pacientes con alteraciones psiquiátricas, pacientes que no deseen participar, paciente con deterioro neurológico que no puedan contestar el instrumento.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Pacientes que no contestaron completo el cuestionario, paciente que después de firmar el consentimiento informado se rehúsan a contestar el cuestionario.

VARIABLES:

Variable dependiente: Calidad de vida

Variable independiente: Pie diabético

Datos sociodemograficos

- 1.- Edad
- 2.- Sexo
- 3.- Estado civil
- 4.- Nivel de escolaridad
- 5.- Situación laboral
- 6.- Tiempo de portar pie diabético

VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA Y PIE DIABETICO DEFINICIONES CONCEPTUALES

Pie Diabético: es una infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos relacionados con alteraciones neurológicas y distintos grados de enfermedad vascular periférica en las extremidades inferiores que afecta a pacientes con diabetes mellitus

Calidad de vida: Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.

VARIABLES DEL TEST

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA LÁMINAS DE COOP/WONCA

Forma física
Sentimientos
Actividades cotidianas
Actividades sociales
Cambio en el estado de salud
Estado de salud
Dolor

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES CARACTERISTICAS GENERALES

NOMBRE DE VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
NIVEL DE ESCOLARIDAD	TIEMPO DURANTE EL QUE UN ALUMNO ASISTE A LA ESCUELA O A CUALQUIER CENTRO DE ENSEÑANZA	CUALITATIVA	NOMINAL	1.ANALFABETA 2.PRIMARIA 3.SECUNDARIA 4.COMERCIAL 5.PREPARATORIA 6.PROFESIONAL
EDAD	TIEMPO TRASCURRIDO DESDE EL NACIMIENTO HASTA EL MOMENTO ACTUAL	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS
SEXO	CARACTERISTICAS FENOTIPICAS QUE DIFERENCIA HOMBRE DE MUJER	CUALITATIVA	NOMINAL	1.FEMENINO 2.MASCULINO
SITUACION LABORAL	ACTIVIDAD QUE UNA PERSONA REALIZA ACAMBIO DE DINERO Y DE MANERA MAS O MENOS CONTINUADA	CUALITATIVA	NOMINAL	1.EMPLEADO 2.DESEMPLEADO 3.PENSIONADO
ESTADO CIVIL	CONDICION QUE CARACTERIZA A UNA PERSONA EN LO QUE HACE A SUS VINCULOS PERSONALES CON INDIVIDUOS DE OTRO SEXO O DE SU MISMO SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	1.SOLTERO 2.CASADO 3.DIVORCIADO 4.VIUDO 5.UNIO LIBRE
TIEMPO DE PORTAR PIE DIABETICO	TIEMPO TRASCURRIDO DESDE LA CONFIRMACION DE UNA ENFERMEDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMERO CONSECUTIVOS

Elaboró: Alejandra Ponce Vázquez

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES CUESTIONARIOS SOBRE CALIDAD DE VIDA LÁMINAS DE COOP/WONCA

NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
FORMA FISCA	CUALQUIER MOVIMIENTO VOLUNTARIO PRODUCIDO POR LA CONTRACCION DEL MUSCULO ESQUELETICO, QUE TIENE COMO RESULTADO UN GASTO ENERGETICO QUE SE AÑADE AL METABOLISMO BASAL	Cualitativa	Escala de Wonca que mide calidad de vida de la forma física. Ordinal.	1. MUY INTENSA 2. INTENSA 3. MODERADA 4. LIGERA 5. MUY LIGERA
SENTIMIENTOS	SON ESTADOS DEL ANIMO QUE SE PRODUCEN POR CAUSAS QUE LO IMPRESIONAN. ESTAS CAUSAS PUEDEN SER ALEGRES Y FELICES O DOLOROSOS Y TRISTES. SURGEN COMO RESULTADO DE UNA EMOCION QUE PERMITE QUE EL SUJETO SEA CONCIENTE DE US ESTADO DE ANIMO	Cualitativa	Escala de Wonca que mide calidad de vida del sentimientos. Ordinal.	1. NADA EN ABSOLUTO 2. UN POCO 3. MODERADAMENTE 4. BASTANTE 5. INTENSAMENTE
ACTIVIDADES COTIDIANAS	SON ACCIONES QUE SE REALIZAN EN BASE A CIERTAS ACTIVIDADES QUE PODEMOS CAMBIAR PERO SIEMPRE VAN A TENER EL MISMO FIN O RESULTADO	Cualitativa	Escala de Wonca que mide calidad de vida de las actividades cotidiana. Ordinal.	1. NINGUNO EN ABSOLUTO 2. UN POCO DE DIFICULTAD 3. DIFICULTAD MODERADA 4. MUCHA DIFICULTAD 5. TODO, NI HE PODIDO HACER NADA
ACTIVIDADES SOCIALES	CAPACIDAD QUE TIENE ALGO O ALGUIEN DE REALIZAR ACCIONES, MOVERSE, FUNCIONAR O ACTUAR CON UN NUMERO INDETERMINADO DE PERSONAS QUE INTERACTUAN ENTRE ELLAS PARA CONSEGUIR UN OBJETIVO COMUN Y DIVERSO	Cualitativa	Escala de Wonca que mide calidad de vida de las actividades sociales. Ordinal.	1. NADA EN ABSOLUTO 2. LIGERAMENTE 3. MODERADAMENTE 4. BASTANTE 5. MUCHISIMO
CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD	CAMBIOS EN EL ESTADO DE COMPLETO BIENESTAR FISICO, MENTAL Y SOCIAL Y NO SOLAMENTE LA AUSENCIA DE ENFERMEDAD	Cualitativa	Escala de Wonca que mide calidad de vida los cambios en el estado de salud. Ordinal.	1. MUCHO MEJOR 2. UN POCO MEJOR 3. IGUAL; POR EL ESTILO 4. UN POCO PEOR 5. MUCHO PEOR
ESTADO DE SALUD	ESTADO BDE COMPELTO BIENESTAR FISICO, MENTAL Y SOCIAL ,NO SOLAMENTE LA AUSENCIA DE ENFERMEDAD	Cualitativa	Escala de Wonca que mide calidad de vida del estado de salud. Ordinal.	1. EXCELENTE 2. MUY BUENA 3. BUENA 4. REGULAR 5. MALA
DOLOR	EXPERIENCIA SENSORIAL Y EMOCIONAL DESAGRADABLE ASOCIADA A UNA LESION EN LOS TEJIDOS REAL O POTENCIAL	Cualitativa	Escala de Wonca que mide calidad de vida del dolor. Ordinal.	1. NADA DE DOLOR 2. DOLOR LEVE 3. DOLOR LIGERO 4. DOLOR MODERADO 5. DOLOR INTENSO

Elaboró: Alejandra Ponce Vázquez

DISEÑO ESTADÍSTICO:

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo, valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza, de 99%, frecuencia y porcentaje. El tipo de muestra es representativa y se calculó de acuerdo a la prevalencia de una población finita con un total de 97 pacientes.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

Se diseñó una presentación con los datos de identificación personalizada y se utilizó el Cuestionarios sobre calidad de vida y Láminas de medición del estado funcional de COOP-WONCA, que mide de manera independiente forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud, dolor. Las láminas de COOP-WONCA, como instrumento de calidad de vida relacionada a la salud, tiene una alta utilidad, debido a que emplea 30 segundos por cada ítem para resolverlo, resultan atractivas a los pacientes, carece de dificultades. Este instrumento abre frecuentemente nuevas vías de comunicación sobre la determinación de aspectos clínicos que habían sido ignorados. Las puntuaciones más altas (peor calidad de vida relacionada a la salud), y la menor (mejor calidad de vida relacionada a la salud). A finales de los años ochenta, la WONCA decidió revisar el cuestionario original y promover su uso en atención primaria.

El objetivo principal de la WONCA consistía en conseguir un instrumento válido, fiable, sencillo, de fácil manejo en la consulta, aceptado por el paciente y que sirviera como medida de resultado en atención primaria. Además, se perseguía alcanzar un estándar que fuera aplicable internacionalmente tras las correspondientes adaptaciones transculturales. Se eliminaron las viñetas correspondientes al apoyo social y la calidad de vida, y se dejó la del dolor como opcional.

El tiempo de referencia de las cuestiones se redujo de 4 a 2 semanas. Se modificaron los títulos y las preguntas. En todas las láminas, los dibujos se simplificaron al máximo: sólo se dejó un dibujo por cada categoría de respuesta y se introdujeron símbolos reconocidos internacionalmente. Se especificó el orden en que debían pasarse las láminas.

Fiabilidad

La fiabilidad test-retest a las 2 semanas, evaluada por medio de los coeficientes de correlación de Spearman, varia en 0.52-0.72. Cuando repetimos este análisis solamente para aquellos individuos que manifiestan encontrarse igual que en las 2 semanas anteriores (viñetas numero5=3), los coeficientes son sensiblemente superior a los anteriores (0.66-0.81).

En general estos niveles de fiabilidad pueden considerarse aceptables indican que las láminas son estables durante relativos cortos periodos de tiempo.

Sensibilidad

Si bien en sentido estricto el cálculo del alfa de Cronbach para estimar la consistencia interna, dada la estructura unidimensional de cada una de las viñetas, si podría ser relevante si pretendemos agregar las puntuaciones para obtener un índice global. Bajo esta perspectiva se calculó 0.73, y cuando se añadía la lámina opcional del dolor pasaba a ser de 0.7711.

Validez

El instrumento original fue validado en México en el hospital general, nuestro instrumento el cual solo es la modificación del original es validado internacionalmente y con adaptación transcultural, de la versión española.

El cuestionario demostró tener una buena validez ante una muestra de estudiantes de medicina, puesto que al 99% no le provocaba malestar, aburrimiento o fatiga y un 70-75% consideró que mejoraba la comunicación entre paciente y profesional. Por lo que respecta a la influencia de diversas variables sociodemográficas en los resultados del instrumento, los efectos tienden a ser coincidentes en la bibliografía: la edad influye negativamente en la autopercepción de CVRS; este hecho es sobretodo evidente para la forma física en la versión española, noruega y china, un aspecto reincidente en múltiples trabajos sobre la CVRS es la peor percepción de la salud en las mujeres de forma similar a las láminas

Experiencia con las viñetas de Coop Wonca: las viñetas se han empleado en España para describir la CVRS en grupos de pacientes de atención primaria, sus acompañantes. Además existen estudios internacionales que también evalúan el estado de salud de pacientes que acuden a consultas de atención primaria de áreas urbanas y rurales de Estados Unidos, muestras poblacionales, mujeres embarazadas y un interesante ensayo llevado a cabo en 7 países para evaluar la aceptabilidad de la viñetas. Diversos estudios estiman el impacto de diferentes diagnósticos y gravedad de patologías en la CVRS en el ámbito de la atención primaria, ya sea en pacientes con problemas agudos o crónicos, ancianos, pacientes con accidentes cerebro vascular, con dolor lumbar, migraña, insuficiencia cardíaca, hipertensión, diabetes, hepatopatía crónica o depresión. También se ha utilizado como un indicador de resultado en salud en pacientes con infarto agudo de miocardio y cáncer, para evaluar la implicación de voluntarios en atención primaria, como estimador del consejo en nuestro nivel asistencial y para medir el efecto de 2 tipos de técnicas quirúrgicas (laparoscopia frente a laparotomía). Una de las principales desventajas de la viñetas Coop Wonca radica en su efecto techo(ceiling effect), es decir, los resultados de las viñetas están algo sesgados hacia el extremo de la escala que denota buena CVRS, sobre todo en los correspondientes a sentimientos, actividades cotidianas y actividades sociales. Esta característica también se cumple en aquellos instrumentos que tienden a representar la salud como la ausencia de limitaciones. La principal limitación de este hecho radicaría en la disminución de la sensibilidad del Coop Wonca cuando se emplee en sujetos con mínima comorbilidad.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN:

Se realizó el estudio en los pacientes con pie diabético en el HGZ /UMF # 8 Gilberto Flores Izquierdo. En la Ciudad de México, Durante el periodo del 1 de marzo al 1 de Febrero 2013. Con autorización del Director de la Institución, y previo consentimiento informado. Se les otorgó a cada paciente participante un cuestionario y Láminas de Medición De Calidad de Vida, Coop-Wonca las cuales tienen información acerca de su estado de salud. Con ellas intentamos conocer mejor como es su salud. Se estructuró una hoja con datos personales de identificación. Se les dieron las indicaciones en forma verbal: El concepto de estado funcional: la capacidad para desarrollar determinadas tareas en la vida. El número de cuestiones con las dimensiones exploradas. La estructura de las respuestas: cinco alternativas por cada cuestión, de las cuales sólo una debe ser elegida.

La jerarquía de las alternativas.

a) En todas las cuestiones excepto en la 5: desde sin limitaciones hasta la máxima limitación.

b) En la número 5: de mejoría a deterioro.

El tiempo de referencia: «durante las últimas 2 semanas».

El papel de las ilustraciones como complemento de ayuda para la elección de la respuesta adecuada.

El paciente se estimuló a leer las preguntas cuidadosamente y seleccionar la alternativa que considere más apropiada («la respuesta correcta es la que usted piense que es la correcta»). Si es necesario, las cuestiones pueden leerse en voz alta por parte del profesional, y si no se comprenden, deben clarificarse, pero siendo cuidadosos en no sugerir una respuesta determinada. Cada pregunta tiene 5 posibles respuestas. El paciente tendrá que leer cada pregunta detenidamente y posteriormente rodeara con un círculo el número de la derecha del dibujo que mejor describa su situación.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:

Se aplicó el Cuestionarios sobre calidad de vida y Láminas de medición del estado funcional de COOP-WONCA en forma individual. Se aplicó a paciente sin límites de edad, y quienes puedan leer y escribir. Si el administrador de la prueba sospecha que el nivel de lectura es inadecuado, se trabajó con la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas. Si el sujeto tiene dificultades para leer la primera pregunta, se debe interrumpir la aplicación de la prueba. La prueba se realizó en 10 minutos. Durante la aplicación del Cuestionarios sobre calidad de vida y Láminas de medición del estado funcional de COOP-WONCA, es importante recordar que las respuestas no requieren o aceptar ayuda de otras personas. Los sujetos deben ser informados de que no necesitaran responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar. El examinador debe decir: Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no esté seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta. El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser él quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del cuestionario. El examinador deberá revisar la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HGZ/UMF #8
PROTOCOLO DE INVESTIGACION

“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PIE DIABETICO EN EL HGZ/UMF # 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

2011

FECHA	MAR 2011	ABR 2011	MAY 2011	JUN 2011	JUL 2011	AGO 2011	SEP 2011	OCT 2011	NOV 2011	DIC 2011	ENE 2012	FEB 2012
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPOTESIS		X										
PROPOSITOS		X										
DISEÑO METODOLOGICO		X										
ANALISIS ESTADISTICO		X	X									
CONSIDERACIONES ETICAS			X									
RECURSOS			X									
BIBLIOGRAFIA			X									
ASPECTOS GENERALES			X									
ACEPTACION			X									

2013-2014

FECHA	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2014
PRUEBA PILOTO				X								
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANALISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCION DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVISION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

Elaboró: Alejandra Ponce Vázquez

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

Para la realización de este proyecto se contó con un investigador, un aplicador de cuestionarios, un recolector de datos, se obtuvo la participación en cuanto orientación de la realización de la investigación del asesor de investigación. Se utilizó el cuestionario y Láminas de Medición De Calidad de Vida, Coop-Wonca. Para la realización de la investigación se contó con una computadora Acer one, con procesador XP, USB 4GB y un disco compacto para almacenar toda la investigación. Servicio de fotocopiado para reproducir el cuestionario y Láminas de Medición De Calidad de Vida, Coop-Wonca. Así como con lápices, borradores. Los gastos en general se absorbieron por el residente de medicina familiar Dra. Alejandra Ponce Vázquez.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

La preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad. Por lo tanto debe de regirse por los lineamientos éticos de la Declaración de Helsinki para toda investigación médica, que plantea, que, en la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. Se tomarán toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, confidencialidad de la información del paciente.

Los pacientes recibieron información adecuada acerca de los objetivos, métodos. La persona se informó del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, se obtuvo, por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona (Se encuentra en los anexos). La Declaración de Helsinki (Doc. 17.C) es un documento oficial de la Asociación Médica Mundial, organismo representante mundial de los médicos. Fue adoptada por primera vez en 1964 (Helsinki, Finlandia) y revisada en 1975 (Tokio, Japón), 1983 (Venecia, Italia), 1989 (Hong Kong), 1996 (Somerset West, Sudáfrica) y 2000 (Edimburgo, Escocia).

Estuvo bajo la consideración de la Ley General de Salud y de las normas de investigación institucional y fue aceptado por el comité local de investigación.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17. El presente trabajo se clasifica como categoría uno, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan observarse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

RESULTADOS

Después de realizar el estudio de 97 pacientes adscritos al HGZ/UMF #8 encontramos lo siguiente:

En cuanto al sexo, el 37(38.1%) femenino y masculino 60(61.9%) (Ver cuadro y grafica núm. 1)

En este estudio, la media de edad fue 62,66, con una moda 65, donde el mayor porcentaje lo representaron los pacientes de 65 años (7.2%) y el menor porcentaje lo represento los de 33, 34 años (1.0%).

Se observó con respecto, al estado civil el 8(8.2%) solteros; predominando los casados con un 53(54.6%); divorciados 5 (5.2); unión libre 15 (15.5%); viudos 16 (16.5%). (Ver cuadro y grafica núm. 2)

Con respecto, a la escolaridad se encontró que 50(51.5%) habían concluido la primaria; 23(23.7%) secundaria; 8(8.2%) comercial; 13 (13.4%) preparatoria; 3(3.1%) profesional. (Ver cuadro y grafica núm. 3)

En cuanto, a la situación laboral se encontró que 25(25.8%) empleados; 38(39.2%) desempleados o dedicados al hogar; 34 (35.1%) pensionados. (Ver cuadro y grafica núm. 4)

En relación, al tiempo de evolución se observó 17(17.5%) días de ser portadores de pie diabético; 40 (41.2%) meses de ser portador de pie diabético; 40 (41.2) años de ser portador de pie diabético. (Ver cuadro y grafica núm. 5)

Con respecto, a la forma física se observó que 1(1.0%) actividad física muy intensa; 3 (3.1%) actividad física intensa; 8(8.2%) actividad física moderada; 50 (51.5%) actividad física ligera; 35 (36.1%) actividad física muy ligera. (Ver cuadro y grafica núm. 6)

En cuanto, a sentimientos se observó que 14(14.4%) no tuvieron en absoluto sentimientos de ansiedad, depresión o irritabilidad; 29 (29.9%) un poco de sentimientos de ansiedad, depresión o irritabilidad; 28 (28.9%) moderadamente sentimientos de ansiedad, depresión o irritabilidad; 17 (17.5%) bastante sentimientos de irritabilidad, depresión o ansiedad y 9 (9.3%) presentaron intensamente sentimientos de ansiedad, depresión o irritabilidad. (Ver cuadro y grafica núm. 7)

Respecto, actividades cotidianas se observó que 8 (8.2%) ninguna dificultad para realizar sus tareas o actividades habituales; 11 (11.3%) un poco de dificultad para realizar sus tareas o actividades habituales; 37 (38.1%) dificultad moderada para realizar sus tareas o actividades habituales y 19 (19.6%) mucha dificultad para realizar tareas o actividades habituales (Ver cuadro y grafica núm. 8)

Referente, a las actividades sociales se encontró que 24 (24.7%) no tenían limitadas sus actividades sociales; 26 (26.8%) ligeramente limitadas sus actividades sociales; 17 (17.5%) moderadamente limitadas sus actividades sociales; 17 (17.5%) bastante limitadas sus actividades sociales; 13 (13.4%) muy limitadas sus actividades sociales (Ver cuadro y grafica núm. 9)

En el apartado, de cambios en el estado de salud se observó que 6(6.2%) mucho mejor su estado de salud comparado con el de hace dos semanas; 50 (51.5%) un poco mejor su estado de salud; 16(16.5%) igual, por el estilo su estado de salud; 16(16.5%) un poco peor su estado de salud; 9 (9.3%) mucho peor su estado de salud comparado con el de hace dos semanas. (Ver cuadro y grafica núm. 10).

En el rubro, de estado de salud se encontró que 2(2.1%) excelente calificó su estado de salud; 5 (5.2%) muy bueno su estado de salud; 31 (32%) bueno su estado de salud; 43 (44.3%) regular su estado de salud y 16 (16.5%) como malo su salud en general. (Ver cuadro y grafica núm. 11).

Respecto, a dolor se encontró que 5 (5.2%) nada de dolor en las dos últimas semanas; 11 (11.3%) dolor muy leve; 30 (30,9%) dolor ligero; 16 (16.5%) dolor moderado; 35 (36.1%) dolor muy intenso. (Ver cuadro y grafica núm. 12).

Se observó que, de acuerdo al rango de edad 17(17%) 30 a 50 años; 53(55%) 51 a 70 años y 27 (28%) 71 años y más. (Ver cuadro y grafica núm. 13).

En cuanto a sexo y forma física, se encontró que en los pacientes femeninos 1(2.7%) muy intensa actividad física; 2 (5.4%) intensa actividad física; 2 (5.4%) moderada actividad física; 20 (54.1%) ligera actividad física y 12 (32.4%) actividad física muy ligera. En cuanto, al sexo masculino, se observó que 0(0%) actividad física muy intensa: 1(1.7%) intensa actividad física; 6(10%) moderada actividad física; 30(50%) ligera actividad física y 23 (38.3%) actividad física muy ligera (Ver cuadro y grafica núm. 14).

Con respecto a sexo y sentimientos, se observó que en el sexo femenino 5(13.5%) no tenía sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 12(32.4%) un poco, sentimientos de ansiedad, depresión o irritabilidad; 8 (21.6%) moderadamente, sentimientos de ansiedad, depresión o irritabilidad; 7 (18.9%) bastante, sentimientos de ansiedad, depresión o irritabilidad y 5 (13.5%) intensamente, sentimientos de ansiedad, depresión o irritabilidad. En el sexo masculino 9 (15%) no tenía sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 1 (1.7%) un poco, sentimientos de ansiedad, depresión o irritabilidad; 8 (10%) moderadamente, sentimientos de ansiedad, depresión o irritabilidad; 30 (50%) bastante, sentimientos de ansiedad, depresión o irritabilidad y 23 (38.3%) intensamente, sentimientos de ansiedad, depresión o irritabilidad (Ver cuadro y grafica núm. 15).

Referente a sexo y actividades cotidianas se observó en el sexo femenino 2(5.4%) ninguna dificultad para realizar sus actividades o tareas habituales; 8 (21.6%) un poco de dificultad para realizar sus actividades o tareas habituales; 13 (35.1%) dificultad moderada dificultad para realizar sus actividades o tareas habituales; 7 (18.9%) mucha dificultad para realizar sus actividades o tareas habituales; 7 (18.9%) toda la dificultad para realizar sus actividades o tareas habituales, no ha podido hacer nada. En el sexo masculino 6 (10%) no presentaba ninguna dificultad para realizar sus actividades o tareas habituales; 3(5%) un poco de dificultad para realizar sus actividades o tareas habituales; 24 (40%) dificultad moderada para realizar sus actividades o tareas habituales; 12 (20%) mucha dificultad para realizar sus actividades o tareas habituales; 15 (25%) toda la dificultad para realizar sus actividades o tareas habituales (Ver cuadro y grafica núm. 16).

En el rubro de sexo y sus actividades sociales, se encontró que en el sexo femenino 7 (18.9%); no, nada, limitadas sus actividades sociales; 15 (40.5%) ligeramente limitadas sus actividades sociales; 4 (10.8%) moderadamente limitadas sus actividades sociales, 7 (18.9%) bastante limitadas sus actividades sociales; 4 (10.8%) muchísimo limitadas sus actividades sociales. En el sexo masculino 17 (28.3%); no tenía limitadas sus actividades sociales; 11 (18.3%) ligeramente limitadas sus actividades sociales; 13 (21.7%) moderadamente limitadas sus actividades sociales, 10 (16.7%) bastante; 9 (15%) muy limitadas sus actividades sociales. (Ver cuadro y grafica núm. 17).

Se observó que en el sexo y el cambio en el estado de salud, se encontró, en el sexo femenino 2 (5.4%) mucho mejor, en comparación con la de hace dos semanas; 21(56.8%) un poco mejor, su estado de salud; 5 (13.5%) igual, por el estilo, su estado de salud; 8(21.6%) un poco peor, su estado de salud; 1 (2.7%) mucho peor, su estado de salud. En el sexo masculino se observó 4 (6.7%) mucho mejor, en comparación con la de hace dos semanas; 29(48.3%) un poco mejor, su estado de salud; 11 (18.3%) igual, por el estilo, su estado de salud; 8(13.3%) un poco peor, su estado de salud; 8 (13.3%) mucho peor, su estado de salud. (Ver cuadro y grafica núm. 18).

En cuanto a sexo y estado de salud se encontró que el sexo femenino 1 (1.7%) excelente calificó su salud general; 1 (2.7%) muy buen, estado de salud; 13 (35.1%) bueno, estado de salud, 19(51.4%) regular, estado de salud y 3 (8.1%) malo, estado de salud. En cuanto al sexo masculino se observó 1 (1.7%) excelente calificó su salud general; 4 (6.7%) muy bueno, su estado de salud; 18 (30%) bueno, su estado de salud, 24(40%) regular, su estado de salud y 13 (821.7%) malo, su estado de salud. (Ver cuadro y grafica núm. 19).

Con respecto a sexo y dolor se encontró que en el sexo femenino 0(0%) nada de dolor experimento; 6 (16.2%) dolor muy leve; 12(32.4%) dolor ligero; 9 (24.3%) dolor moderado y 10(27%) dolor intenso. En el sexo masculino 5 (8.3%) nada de dolor experimento; 5 (8.3%) dolor muy leve; 18(30%) dolor ligero; 7 (11.7%) dolor moderado y 25(41.7%) experimentó dolor intenso. (Ver cuadro y grafica núm. 20).

En cuanto a estado civil y forma física se encontró que en los pacientes solteros 0(0%) muy intensa, actividad física; 0(0%) intensa, actividad física; 1 (12.5%) moderada, actividad física; 6 (75%) ligera, actividad física y 1 (12.5%) muy ligera, actividad física. En cuanto a casados se observó que 1(1.9%) muy intensa, actividad física; 1(1.9%) intensa, actividad física; 5(9.4%) moderada, actividad física; 27(50.9%) ligera, actividad física y 19 (35.8%) muy ligera, actividad física. En divorciados 0(0%) muy intensa, actividad física; 1 (20%) intensa, actividad física; 0 (0%) moderada, actividad física; 1 (20%) ligera, actividad física y 3 (60%) muy ligera, actividad física. En cuanto, a unión libre se observó que 0(0%) muy intensa, actividad física; 1(6.7%) intensa, actividad física; 3(13.3%) moderada, actividad física; 7(46.7%) ligera, actividad física y 5 (33.3%) muy ligera, actividad física. En los pacientes viudos 0(0%) muy intensa, actividad física; 0 (0%) intensa, actividad física; 0 (0%) moderada, actividad física; 9 (56.3%) ligera, actividad física y 7 (43.8%) muy ligera, actividad física. (Ver cuadro y grafica núm. 21).

Con respecto a estado civil y sentimientos, se observó que en los solteros 0 (0%) nada de, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 2(25%) un poco, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 5 (62.5%) moderadamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 0 (0%) bastante sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad y 1 (12.5%) intensamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad. En casados 12 (22.6%) nada de, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 18 (34%) un poco, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 12 (22.6%) moderadamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 8 (15.1%) bastante, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad y 3 (5.7%) intensamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad. En cuanto a, divorciados 0(0%) nada de, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 1 (20%) un poco sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 1 (20%) moderadamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 2 (40%) bastante, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad y 1 (20%) intensamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad. En cuanto a, unión libre 0 (0%) nada de, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 6 (40%) un poco, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 7 (46.7%) moderadamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 2 (13.3%) bastante, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad y 0 (0%) intensamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad.

En cuanto a viudos 2(12.5%) nada de sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 2 (12.5%) un poco, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad e; 3 (18.8%) moderadamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 5 (31.3%) bastante, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad y 4 (25%) intensamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad. (Ver cuadro y grafica núm. 22).

Referente a estado civil y actividades cotidianas se observó en los solteros 1(12.5%) ninguna dificultad para realizar sus actividades o tareas habituales; 1 (12.5%) un poco, de dificultad para realizar sus actividades o tareas habituales; 4 (50%) dificultad moderada, para realizar sus actividades o tareas habituales; 1 (12.5%) mucha dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 1 (12.5%) toda la dificultad, no ha podido hacer nada. En casados 6 (11.3%) ninguna dificultad; 6(11.3%) un poco de dificultad ,para realizar sus actividades o tareas habituales; 24 (45.3%) dificultad moderada para realizar sus actividades o tareas habituales; 7 (13.2%) mucha dificultad para realizar sus actividades o tareas habituales y 18 (18.9%) toda la dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; divorciados 0(0%) no tenían dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 0 (0%) un poco de dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 2 (40%) dificultad moderada. para realizar sus actividades o tareas habituales; 1 (20%) mucha dificultad; 2 (40%) toda la dificultad, no ha podido hacer nada. En unión libre 1 (6.7%) ninguna dificultad; 3(20%) un poco de dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 3 (20%) dificultad moderada, para realizar sus actividades o tareas habituales; 5 (33.3%) mucha dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales y 3 (20%) toda la dificultad; viudos 0(0%) ninguna dificultad ,para realizar sus actividades o tareas habituales; 1 (6.3%) un poco, de dificultad para realizar sus actividades o tareas habituales; 4 (25.1%) dificultad, moderada para realizar sus actividades o tareas habituales; 5 (31.3%) mucha dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 6(37.5%) toda la dificultad, no ha podido hacer nada de sus actividades o tareas habituales. (Ver cuadro y grafica núm. 23).

En el rubro de estado civil y sus actividades sociales se encontró que en los solteros 3(37.5%); ninguna limitación en sus actividades sociales; 4 (50%) ligeramente limitadas sus actividades sociales; 1 (12.5%) moderadamente limitadas sus actividades sociales, 0 (0%) bastante limitadas sus actividades sociales; 0 (0%) muy limitadas sus actividades sociales.

En los casados 13 (24.5%); ninguna limitación en sus actividades sociales; 14 (26.4%) ligeramente limitadas sus actividades sociales; 9 (17%) moderadamente limitadas sus actividades sociales, 11 (20.8%) bastante limitadas sus actividades sociales; 6 (11.3%) muy limitadas sus actividades sociales; divorciados 0 (0%); ninguna limitación en sus actividades sociales; 1 (20%) ligeramente limitadas sus actividades sociales; 2 (40%) moderadamente limitadas sus actividades sociales, 1 (20%) bastante limitadas sus actividades sociales; 1 (20%) muy limitadas sus actividades sociales. En los unión libre 6 (40%); ninguna limitación en sus actividades sociales; 4 (26.7%) ligeramente limitadas sus actividades sociales 4 (26.7%) moderadamente limitadas sus actividades sociales, 0 (0%) bastante limitadas sus actividades sociales; 1 (6.7%) muy limitadas sus actividades sociales; los viudos 2 (12.5%); ninguna limitación en sus actividades sociales; 3 (18.8%) ligeramente limitadas sus actividades sociales; 1 (6.3%) moderadamente limitadas sus actividades sociales, 5 (31.3%) bastante limitadas sus actividades sociales; 5 (31.3%) muy limitadas sus actividades sociales. (Ver cuadro y grafica núm. 24).

Se observó que en el estado civil y el cambio en el estado de salud se encontró que los solteros 1 (12.5%) calificó su salud como mucho mejor en comparación con la de hace dos semanas; 6(75%) un poco mejor; 1(12.5%) igual, por el estilo; 0(0%) un poco peor; 0 (0%) mucho peor. Los casados 5 (9.4%) mucho mejor, su estado de salud, en comparación con la de hace dos semanas; 26(49.1%) un poco mejor, su estado de salud; 7 (13.2%) igual, por el estilo su estado de salud; 7(13.2%) un poco peor ,su estado de salud; 8 (15.1%) mucho peor, su estado de salud; divorciados 0 (0%) mucho mejor, su estado de salud en comparación, con la de hace dos semanas; 4(20%) un poco mejor, su estado de salud; 1 (20%) igual, por el estilo ,su estado de salud; 2(40%) un poco peor, su estado de salud; 0 (0%) mucho peor, su estado de salud. Se observó que de unión libre 0(0%) mucho mejor, su estado de salud, en comparación con la de hace dos semanas; 8(53.3%) un poco mejor ,su estado de salud; 4 (26.7%) igual, por el estilo ,su estado de salud; 3(20%) un poco peor, su estado de salud; 0 (0%) mucho peor ,su estado de salud; Los viudos 0 (0%) mucho mejor, su estado de salud en comparación con la de hace dos semanas; 8(50%) un poco mejor su estado de salud; 3 (18.8%) igual, por el estilo su estado de salud ; 4(25%) un poco peor su estado de salud; 1 (6.3%) mucho peor su estado de salud. (Ver cuadro y grafica núm. 25).

En cuanto a estado civil y estado de salud se encontró que los solteros 0 (0%) excelente salud; 1 (12.5%) muy buena salud; 6 (75%) buena salud, 1(12.5%) regular salud 0 (0%) mala salud. En cuanto a los casados 1 (1.9%) excelente salud;2 (3.8%) muy buena salud; 17 (32.1%) buena salud, 21(39.6%) regular salud y 12 (22.6%)mala salud; divorciados 1 (20%) excelente salud; 2 (40%) muy buena salud; 0 (0%) buena salud, 1(20%) regular salud y 1 (20%)mala salud.

En cuanto a los de unión libre 0 (0%) excelente salud; 0(0%) muy buena salud; 4(26.7%) buena salud, 10(66.7%) regular salud y 1 (6.7%) mala salud; En el rubro de los viudos 0(0%) excelente salud; 0(0%) muy buena salud; 4 (25%) buena salud, 10(62.5%) regular salud y 2(12.5%) mala salud. (Ver cuadro y grafica núm. 26).

Con respecto a estado civil y dolor se encontró que en los solteros 1(12.5%) no experimento nada de dolor; 3 (37.5%) dolor muy leve; 3(37.5%) dolor ligero; 1 (12.5%) dolor moderado y 0(0%) dolor intenso. En los casados 4(7.5%) no experimento nada de dolor; 4 (7.5%) dolor muy leve; 17(32.1%) dolor ligero; 8 (15.1%) dolor moderado y 20(37.7%) experimentó dolor intenso; los divorciados 0(0%) no experimento nada de dolor; 0 (0%) dolor muy leve; 2(40%) dolor ligero; 2 (40%) dolor moderado y 1(20%) dolor intenso. En unión libre 0 (0%) no experimento nada de dolor; 3 (20%) dolor muy leve; 6(40%) dolor ligero; 3 (20%) dolor moderado y 3(20 %) experimentó dolor intenso. En cuanto a los viudos 0(0%) no experimento nada de dolor; 1 (6.3%) dolor muy leve; 2(12.5%) dolor ligero; 2(12.5%) dolor moderado y 11(68.8%) experimentó dolor intenso.

(Ver cuadro y grafica núm. 27)

En cuanto a nivel escolar y forma física, se encontró que, en los pacientes con primaria 0(0%) muy intensa, actividad física; 0(0%) intensa, actividad física; 4 (8%) moderada, actividad física; 24 (48%) ligera, actividad física y 22 (44%) muy ligera, actividad física. En cuanto a secundaria, se observó que 1(4.3%) muy intensa, actividad física: 0(0%) intensa, actividad física; 2(8.7%) moderada actividad física; 13(56.5%) ligera, actividad física y 7 (30.4%) muy ligera, actividad física. En el nivel comercial 0(0%) muy intensa, actividad física; 1 (12.5%) intensa, actividad física; 0 (0%) moderada, actividad física; 3 (37.5%) ligera, actividad física y 4 (50%) muy ligera, actividad física. En cuanto a preparatoria, se observó que 0(0%) muy intensa, actividad física: 2(15.4%) intensa actividad, física; 2(15.4%) moderada, actividad física; 8(61.5%) ligera, actividad física y 1 (7.7%) muy ligera, actividad física. En los pacientes profesionistas 0(0%) muy intensa, actividad física; 0 (0) intensa, actividad física; 0 (0%) moderada, actividad física; 2(66.7%) ligera, actividad física y 1 (33.3%) muy ligera, actividad física. (Ver cuadro y grafica núm. 28).

Con respecto a nivel escolar y sentimientos, se observó que en los pacientes, con primaria 7 (14%) nada de, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 11(22%) un poco, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 13 (26%) moderadamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 12 (24) bastante sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad y 7 (14%) intensamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad.

Respecto a secundaria 3 (13%) nada de, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 7 (30.4%) un poco, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 9 (39.1%) moderadamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 3 (13%) bastante, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad y 1 (4.3%) intensamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad. En el nivel comercial 0(0%) nada de, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 3(37.5%) un poco, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 3(37.5%) moderadamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 2 (25%) bastante, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad y 0 (0%) intensamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad. En cuanto a, preparatoria 3 (23.1%) nada de, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 7 (53.8%) un poco, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 3 (23.1%) moderadamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 0 (0%) bastante, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad y 0 (0%) intensamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad. En los pacientes profesionistas 1(33.3%) nada de, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 1 (33.3%) un poco, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 0 (0%) moderadamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 0 (0%) bastante, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad y 1 (33.3%) intensamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad. (Ver cuadro y grafica núm. 29).

Referente a nivel escolar y actividades cotidianas, se observó en, pacientes con primaria 4(8%) ninguna dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 5(10%) un poco de dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 13 (26%) dificultad moderada, para realizar sus actividades o tareas habituales; 14(28%) mucha dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 14 (28%) toda la dificultad, no ha podido hacer nada. En cuanto a secundaria 2 (8.7%) ninguna dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 1(4.3%) un poco de dificultad para, realizar sus actividades o tareas habituales; 14 (60.9%) dificultad moderada, para realizar sus actividades o tareas habituales; 2 (8.7%) mucha dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales y 4 (17.4%) toda la dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales. En el nivel comercial 0(0%) ninguna dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 1 (12.5%) un poco de dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 2 (25%) dificultad moderada, para realizar sus actividades o tareas habituales; 2 (25%) mucha dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 3 (37.5%) toda la dificultad, no ha podido hacer nada. En cuanto a preparatoria 2 (15.4%) ninguna dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 4(30.8%) un poco, de dificultad para realizar sus actividades o tareas habituales; 6(46.2%) dificultad moderada, para realizar sus actividades o tareas habituales; 0 (0%) mucha dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales y 1(7.7%) toda la dificultad.

En los pacientes profesionistas 0(0%) ninguna dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 0 (0%) un poco de dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 2(66.7. %) dificultad moderada, para realizar sus actividades o tareas habituales; 1 (33.3%) mucha dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 0 (0%) toda la dificultad, no ha podido hacer nada de sus actividades o tareas habituales. (Ver cuadro y grafica núm. 30).

En el rubro de nivel escolar y sus actividades sociales, se encontró que en los pacientes con primaria 9 (18%) ninguna limitación en sus actividades sociales; 8 (16%) ligeramente, limitadas sus actividades sociales; 12(24%) moderadamente, limitadas sus actividades sociales, 11(22%) bastante limitadas sus actividades sociales; 10 (20%) muy limitadas ,sus actividades sociales ; en cuanto a secundaria 5 (21.7%); ninguna limitación en sus actividades sociales; 7(30.4%) ligeramente limitadas sus actividades sociales; 5 (21.7%) moderadamente limitadas sus actividades sociales, 6 (26.1%) bastante limitadas sus actividades sociales; 0 (0%) muy limitada sus actividades sociales s; En el nivel comercial 3 (37.5%); ninguna limitación en sus actividades sociales; 3 (37.5%) ligeramente limitadas sus actividades sociales; 0 (0%) moderadamente limitadas sus actividades sociales, 0 (0%) bastante limitadas sus actividades sociales; 2 (25%) muy limitadas sus actividades sociales . En cuanto a preparatoria 6 (46.2%); ninguna limitación en sus actividades sociales; 7 (53.8%) ligeramente limitadas sus actividades sociales; 0 (0%) moderadamente limitadas sus actividades sociales, 0 (0%) bastante limitadas sus actividades sociales; 0 (0%) muy limitadas sus actividades sociales; En los pacientes profesionistas 1 (33.3%); ninguna limitación en sus actividades sociales; 1(33.3%) ligeramente limitadas sus actividades sociales; 0 (0%) moderadamente limitadas sus actividades sociales, 0 (0%) bastante limitadas sus actividades sociales; 1 (33.3%) muy limitadas sus actividades sociales. (Ver cuadro y grafica núm. 31).

Se observó que en el nivel escolar y el cambio en el estado de salud se encontró que los pacientes con primaria 3 (6%) mucho mejor en comparación con la de hace dos semanas; 23(46%) un poco mejor su estado de salud; 9 (18%) igual, por el estilo su estado de salud; 9(18%) un poco peor su estado de salud; 6 (12%) mucho peor su estado de salud. En cuanto a secundaria 2 (8.7%) mucho mejor su estado de salud ,en comparación con la de hace dos semanas; 12 (52.2%) un poco mejor su estado de salud; 3 (13%) igual, por el estilo su estado de salud; 3(13%) un poco peor; su estado de salud 3 (13%) mucho peor su estado de salud; En el nivel comercial 0 (0%)mucho mejor en comparación con la de hace dos semanas; 5(62.5%) un poco mejor su estado de salud; 2 (25%) igual, por el estilo; 1 (12.5%) un poco peo su estado de salud r; 0 (0%) mucho peor su estado de salud.

Se observó que en preparatoria 1 (7.7%) mucho mejor, su estado de salud en comparación con la de hace dos semanas; 9(69.2%) un poco mejor, su estado de salud; 1 (7.7%) igual, por el estilo su estado de salud; 2(15.4%) un poco peor, su estado de salud; 0 (0%) mucho peor, su estado de salud; En los pacientes profesionistas 0 (0%)mucho mejor, su estado de salud en comparación con la de hace dos semanas; 1(33.3%) un poco mejor, su estado de salud; 1 (33.3%) igual, por el estilo, su estado de salud ; 1(33.3%) un poco peor, su estado de salud; 0 (0%) mucho peor, su estado de salud. (Ver cuadro y grafica núm. 32).

En cuanto a, nivel escolar y estado de salud, se encontró que, los pacientes con primaria 0 (0%) excelente, su salud; 3 (6.6%) muy buena, salud; 11 (22.0%) buena su salud, 27 (54%) regular, su estado de salud y 9 (18%) malo, su estado de salud. En cuanto a secundaria 0 (0%) excelente, su estado de salud; 2 (8.7%) muy bueno, su estado de salud; 8 (34.8%) bueno, su estado de salud, 9 (39.1%) regular, estado de salud y 4 (17.4%) malo, su estado de salud; En el nivel comercial 0 (0%) excelente, su estado de salud; 0 (0%) muy buena salud; 1 (12.5%) buena salud, 5(62.5%) regular salud y 2 (25%) malo su salud; Se observó que, en preparatoria 2 (15.4%) excelente, estado de salud; 0 (0%) muy buena salud; 9 (69.2%) buena salud, 1(7.7%) regular salud y 1 (7.7%) mala salud; En los pacientes profesionistas 0 (0%) excelente, estado de salud; 0 (0%) muy buena salud; 2 (66.7%) buena salud, 1(33.3%) regular salud y 0 (0%)mala salud. (Ver cuadro y grafica núm. 33).

Con respecto a nivel escolar y dolor se encontró que los pacientes con primaria 2(4%) no experimento nada de dolor; 5 (10%) dolor muy leve; 10(20%) dolor ligero; 10 (20%) dolor moderado y 23(46%) dolor intenso. En cuanto a secundaria 2 (8.7%) no experimento nada de dolor; 3 (13%) dolor muy leve; 7 (30.4%) dolor ligero; 4 (17.4%) dolor moderado y 7(30.4%) experimentó dolor intenso; En el nivel comercial 0(0%) no experimento nada de dolor; 1 (12.5%) dolor muy leve; 2(25%) dolor ligero; 2 (25%) dolor moderado y 3(37.5%) dolor intenso. Se observó que en preparatoria 1 (7.7%) no experimento nada de dolor; 2 (15.4%) dolor muy leve; 8(61.5%) dolor ligero; 0 (0%) dolor moderado y 2(15.4%) experimentó dolor intenso. En los pacientes profesionistas 0 (0%) no experimento nada de dolor; 0 (0%) dolor muy leve; 3(100%) dolor ligero; 0 (0%) dolor moderado y 0 (0%) experimentó dolor intenso. (Ver cuadro y grafica núm. 34).

En cuanto a situación laboral y forma física ,se encontró que, en los pacientes empleados 0 (0%) muy intensa, actividad física; 2 (8%) intensa, actividad física;3 (12%) moderada, actividad física; 18 (72%) ligera, actividad física y 2 (8%) muy ligera, actividad física .

En cuanto a los desempleados, se observó que 1(2.6%) muy intensa, actividad física; 0(0%) intensa, actividad física; 3(7.9%) moderada, actividad física; 17(44.7%) ligera, actividad física y 17 (44.7%) muy ligera, actividad física. en los pensionados 0(0%) muy intensa, actividad física; 1 (2.9%) intensa, actividad física;2 (5.9%) moderada, actividad física; 15 (44.1%) ligera, actividad física y 16 (47.1%) muy ligera, actividad física . (Ver cuadro y grafica núm. 35).

Con respecto a situación laboral y sentimientos se observó que en los empleados 5(20%) nada de, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 16(64%) un poco, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 3 (12%) moderadamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 0 (0%) bastante, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad y 1 (4%) intensamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad. En cuanto a los desempleados 7 (18.4%) nada de, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 6 (15.8%) un poco, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 11 (28.9%) moderadamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 10 (26.3%) bastante, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad y 4 (10.5%) intensamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad. en los pensionados 2 (5.9%) nada de, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 7 (20.6%) un poco, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 14 (41.2%) moderadamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 7 (20.6%) bastante, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad y 4 (11.8%) intensamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad. (Ver cuadro y grafica núm. 36).

Referente a situación laboral y actividades cotidianas se observó en los empleados 4(16%) ninguna dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 4 (16%) un poco de dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 16 (64%) dificultad moderada, para realizar sus actividades o tareas habituales; 0 (0%) mucha dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 1 (4%) toda la dificultad, no ha podido hacer nada. en los desempleados 3 (7.9%) ninguna dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 4 (10.5%) un poco. de dificultad para realizar sus actividades o tareas habituales; 13 (34.2%) dificultad moderada, para realizar sus actividades o tareas habituales; 8 (21.1%) mucha dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 10 (26.3%) toda la dificultad, no ha podido hacer nada. En los pensionados 1 (2.9%) ninguna dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 3(8.8%) un poco, de dificultad para realizar sus actividades o tareas habituales; 8 (23.5%) dificultad moderada, para realizar sus actividades o tareas habituales; 11 (32.4%) mucha dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 11 (32.4%) toda la dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales (Ver cuadro y grafica núm. 37).

En el rubro de, situación laboral y sus actividades sociales, se encontró que en pacientes empleados 14 (56%) ninguna limitación, de sus actividades sociales; 11 (44%) ligeramente limitadas, sus actividades sociales; 0 (0%) moderadamente limitadas, sus actividades sociales, 0 (0%) bastante limitadas, sus actividades sociales; 0 (0%) muy limitadas, sus actividades sociales. En los desempleados 6 (15.8%); ninguna limitación, de sus actividades sociales; 8 (21.1%) ligeramente limitadas, sus actividades sociales; 9 (23.7%) moderadamente, limitadas sus actividades sociales, 8 (21.1%) bastante limitadas, sus actividades sociales; 7 (18.4%) muy limitadas, sus actividades sociales. En los pensionados 4 (11.8%); ninguna limitación, de sus actividades sociales; 7 (20.6%) ligeramente limitadas, sus actividades sociales; 8 (23.5%) moderadamente limitadas, sus actividades sociales, 9 (26.5%) bastante limitadas sus actividades sociales; 6 (17.6%) muy limitadas sus actividades sociales. (Ver cuadro y grafica núm. 38).

Se observó que, en la situación laboral y el cambio en el estado de salud, se encontró en los pacientes empleados 3 (12%) mucho mejor, su estado de salud, en comparación con la de hace dos semanas; 16 (64%) un poco mejor, su estado de salud; 3 (12%) igual, por el estilo, su estado de salud; 3(12%) un poco peor, su estado de salud; 0 (0%) mucho peor, su estado de salud. En los desempleados 3 (7.9%) mucho mejor, en comparación con la de hace dos semanas; 15 (39.5%) un poco mejor, su estado de salud; 11 (28.9%) igual, por el estilo su estado de salud; 6(15.8%) un poco peor su estado de salud; 3 (7.9%) mucho peor, su estado de salud. En los pensionados se observó 0 (0%) mucho mejor, su estado de salud, en comparación con la de hace dos semanas; 19(55.9%) un poco mejor, su estado de salud; 2 (5.9%) igual, por el estilo, su estado de salud; 7(20.6%) un poco peor, su estado de salud; 6 (17.6%) mucho peor, su estado de salud. (Ver cuadro y grafica núm. 39).

En cuanto a situación laboral y estado de salud se encontró que en los empleados 3 (12%) excelente, su estado de salud; 16 (64%) muy buena salud; 3 (12%) buena salud, 3(12%) regular salud y 0 (0%) mala salud. En cuanto a los desempleados 3 (7.9%) excelente, su estado de salud; 15 (39.5%) muy buena salud; 11 (28.9%) buena salud, 6(15.8%) regular salud y 3 (7.9%) mala salud. En los pensionados se observó 0 (0%) excelente salud; 19 (55.9%) muy buena salud; 2 (5.9%) buena salud, 7(20.6%) regular salud y 6 (17.6%) mala salud. (Ver cuadro y grafica núm. 40).

Con respecto a situación laboral y dolor, se encontró que los empleados 3(12%) nada de dolor; 5 (20%) dolor muy leve; 14(56%) dolor ligero; 0 (0%) dolor moderado y 3(12%) dolor intenso. En los desempleados 1(2.6%) nada de dolor; 3 (7.9%) dolor muy leve; 10(26.3%) dolor ligero; 12 (31.6%) dolor moderado y 12(31.6%) dolor intenso. En los pensionados 1 (2.9%) nada de dolor; 3 (8.8%) dolor muy leve; 6(17%) dolor ligero; 4 (11.8%) dolor moderado y 20(58%) dolor intenso. (Ver cuadro y grafica núm. 41).

En cuanto a tiempo de portador y forma física, se encontró que, en los pacientes con días de pie diabético 0(0%) muy intensa actividad física; 2 (11.8%) intensa, actividad física; 3 (17.6%) moderada, actividad física; 5 (29.4%) ligera, actividad física y 7 (41.2%) muy ligera, actividad física. En los portadores de meses, con pie diabético, se observó que 1(2.5%) muy intensa, actividad física; 1(2.5%) intensa, actividad física; 0(0%) moderada, actividad física; 26(65%) ligera, actividad física y 12 (30%) muy ligera actividad física. En los pacientes, con años de portar pie diabético 0(0%) muy intensa, actividad física; 0 (0%) intensa, actividad física; 5 (12.5%) moderada, actividad física; 19 (47.5%) ligera, actividad física y 16 (40%) muy ligera, actividad física. (Ver cuadro y grafica núm. 42).

Con respecto a tiempo de portador y sentimientos se observó que, en los pacientes con días de pie diabético 3(17.6%) nada de, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 3(17.6%) un poco, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 6 (35.3%) moderadamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 3 (17.6%) bastante, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad y 2 (11.8%) intensamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad. En los portadores de, meses con pie diabético 6 (15%) nada de, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 13 (32.5%) un poco, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 10 (25%) moderadamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 7 (17.5%) bastante, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad y 4 (10%) intensamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad. En los pacientes, con años de portar pie diabético 5(12.5%) nada de, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 13(32.5%) un poco, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 12 (30%) moderadamente sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 7 (17.5%) bastante, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad y 3 (7.5%) intensamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad. (Ver cuadro y grafica núm. 43).

Referente a tiempo, de portador y actividades cotidianas, se observó en los pacientes con, días de pie diabético 0(0%) ninguna dificultad, para realizar sus, actividades o tareas habituales; 3 (17.6%) un poco de dificultad; 7 (41.2%) dificultad moderada, para realizar sus actividades o tareas habituales; 3 (17.6%) mucha dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 4 (23.5%) toda la dificultad, no ha podido hacer nada. En los portadores de meses, con pie diabético 5(12.5%) nada de dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 6 (15%) un poco de dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 14 (35%) dificultad moderada, para realizar sus actividades o tareas habituales; 7 (17.5%) mucha dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 8 (20%) toda la dificultad, no ha podido hacer nada.

En los pacientes con años de portar pie diabético 3 (7.5%) ninguna dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 2(5%) un poco, de dificultad para realizar sus actividades o tareas habituales; 16 (40%) dificultad moderada, para realizar sus actividades o tareas habituales; 9 (22%) mucha dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 10 (25%) toda la dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales (Ver cuadro y grafica núm. 44).

En el rubro de, tiempo de portador y sus actividades sociales se encontró que, en los pacientes con días de pie diabético 4 (23.5%); ninguna limitación, de sus actividades sociales; 5 (29.4%) ligeramente, limitadas sus actividades sociales; 2 (11.8%) moderadamente limitadas, sus actividades sociales, 2 (11.8%) bastante limitadas, sus actividades sociales; 4 (23.5%) muy limitadas, sus actividades sociales. En los portadores de, meses con pie diabético 9 (22.5%); ninguna limitación, de sus actividades sociales; 14 (35%) ligeramente limitadas, sus actividades sociales; 7 (17.5%) moderadamente limitadas, sus actividades sociales, 8 (20%) bastante limitadas, sus actividades sociales; 2 (5%) muy limitadas, sus actividades sociales. En los pacientes con, años de portar pie diabético 11 (27.5%); ninguna limitación, de sus actividades sociales; 7 (17.5%) ligeramente limitadas, sus actividades sociales; 8 (20%) moderadamente limitadas, sus actividades sociales, 7 (17.5%) bastante limitadas, sus actividades sociales; 7 (17.5%) muy limitadas, sus actividades sociales. (Ver cuadro y grafica núm. 45).

Se observó que en el tiempo de portador y el cambio en el estado de salud se encontró en los pacientes con días de pie diabético 1 (5.9%) mucho mejor, en comparación con la de, hace dos semanas; 8(47.1%) un poco mejor, su estado de salud ; 2 (11.8%) igual, por el estilo ,su estado de salud; 4(23.5%) un poco peor, su estado de salud; 2 (11.8%) mucho peor ,su estado de salud. En los portadores de meses, con pie diabético 4 (10%) mucho mejor, su estado de salud en comparación, con la de hace dos semanas; 21(52.5%) un poco mejor, su estado de salud; 6 (15%) igual, por el estilo, su estado de salud; 5(12.5%) un poco peor, su estado de salud; 4 (10%) mucho peor, su estado de salud. En los pacientes con años, de portar pie diabético se observó 1 (2.5%) mucho mejor, su estado de salud, en comparación con la de hace dos semanas; 21(52.5%) un poco mejor, su estado de salud; 8 (20%) igual, por el estilo su estado de salud; 7(17.5%) un poco peor su estado de salud; 3 (7.5%) mucho peor, su estado de salud, en comparación de hace dos semanas. (Ver cuadro y grafica núm. 46).

En cuanto a, tiempo de portador y estado de salud, se encontró que, en los pacientes con días de pie diabético 0 (0%) excelente, su estado de salud; 0 (0%) muy bueno, su estado de salud; 6 (35.3%) bueno, su estado salud, 9(52.9%) regular, su estado de salud y 2 (11.8%) malo, su estado de salud.

En los portadores, de meses con pie diabético 1 (2.5%) excelente, su estado de salud; 4 (10%) muy bueno, su estado de salud; 14 (35%) bueno, su estado de salud, 13(32.5%) regular, su estado de salud y 8 (20%) malo, su estado de salud. En los pacientes, con años de portar pie diabético 1 (2.5%) excelente, su estado de salud; 1 (2.5%) muy bueno, su estado de salud; 11 (27.5%) bueno, su estado de salud, 21(52.5%) regular, su estado de salud y 6 (15%) malo, su estado de salud. (Ver cuadro y grafica núm. 47).

Con respecto a tiempo de portador y dolor se encontró que los pacientes con días de pie diabético 1(5.9%) no experimento nada de dolor; 3 (17.6%) dolor muy leve; 1(5.9%) dolor ligero; 4 (23.5%) dolor moderado y 18(47.1%) dolor intenso. En los portadores de meses con pie diabético 1(2.5%) no experimento nada de dolor; 3 (7.5%) dolor muy leve; 18(45%) dolor ligero; 4 (10%) dolor moderado y 14(35%) dolor intenso. En los pacientes con años de portar pie diabético 3 (7.5%) no experimento nada de dolor; 5 (12.5%) dolor muy leve; 11(27.5%) dolor ligero; 8 (20%) dolor moderado y 13(32.5%) experimentó dolor intenso. (Ver cuadro y grafica núm. 48).

En cuanto a rango de edad y forma física, se encontró que, en los de 30 a 50 años de edad 1(5.9%) muy intensa, actividad física; 1 (5.9%) intensa, actividad física; 3 (17.6%) moderada, actividad física; 8 (47.1%) ligera, actividad física y 4 (23.5%) muy ligera, actividad física. En los portadores 51 a 70 años de edad, se observó que 0(0%) muy intensa, actividad física; 2(3.8%) intensa, actividad física; 2(3.8%) moderada, actividad física; 29(54.7%) ligera, actividad física y 20 (37.7%) muy ligera, actividad física. En los pacientes con más de 71 años de edad 0(0%) muy intensa, actividad física; 0 (0%) intensa, actividad física; 3 (11.1%) moderada, actividad física; 13 (48.1%) ligera, actividad física y 11 (40.7%) muy ligera, actividad física. (Ver cuadro y grafica núm. 49).

Con respecto a rango de edad y sentimientos, se observó que en los de 30 a 50 años de edad 3(17.6%) nada, de sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 9(52.9%) un poco, de sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 2 (11.8%) moderadamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 2 (11.8%) bastante, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad y 1 (5.9%) intensamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad. En los portadores 51 a 70 años de edad 6 (11.3%) nada, de sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 17 (32.1%) un poco, de sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 16 (30.2%) moderadamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 9 (17%) bastante, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad y 5 (9.4%) intensamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad.

En los pacientes con más de 71 años de edad 5(18.5%) nada, de sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 3(11.1%) un poco, de sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 10 (37%) moderadamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad; 6 (22.2%) bastante, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad y 3 (11.1%) intensamente, sentimientos de depresión, ansiedad o irritabilidad. (Ver cuadro y grafica núm. 50).

Referente a rango de edad y actividades cotidianas, se observó que en los de 30 a 50 años de edad 3(17.6%) ninguna, dificultad ,para realizar sus actividades o tareas habituales; 5 (29.4%) un poco, de dificultad ,para realizar sus actividades o tareas habituales; 6 (35.3%) dificultad moderada, para realizar sus actividades o tareas habituales; 1 (5.9%) mucha dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 2 (11.8%) toda la dificultad, no ha podido hacer nada. En los portadores 51 a 70 años de edad 2(5.4%) ninguna, dificultad ,para realizar sus actividades o tareas habituales; 5 (9.4%) un poco ,de dificultad para realizar, sus actividades o tareas habituales; 5 (9.4%) dificultad moderada, para realizar sus actividades o tareas habituales; 20 (37.7%) mucha dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 13 (24.5%) toda la dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales, 10(18.9%) no ha podido hacer nada. En los pacientes con más de 71 años de edad 0 (0%) ninguna dificultad ,para realizar sus actividades o tareas habituales; 1(3.7%) un poco, de dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 11 (40.7%) dificultad moderada, para realizar sus actividades o tareas habituales; 5 (18.5%) mucha dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales; 10 (37%) toda la dificultad, para realizar sus actividades o tareas habituales (Ver cuadro y grafica núm. 51).

En el rubro de rango de edad y sus actividades sociales, se encontró que en los de 30 a 50 años de edad 8 (47.1%); no, nada, limitadas sus actividades sociales; 5 (29.4%) ligeramente, limitadas sus actividades sociales; 0 (0%) moderadamente, limitadas sus actividades sociales, 2 (11.8%) bastante, limitadas sus actividades sociales; 2 (11.8%) muchísimo, limitadas sus actividades sociales. En los portadores 51 a 70 años de edad 12 (22.6%); no, nada, limitadas sus actividades sociales; 14 (26.4%) ligeramente, limitadas sus actividades sociales; 13 (24.5%) moderadamente, limitadas sus actividades sociales, 9 (17%) bastante, limitadas sus actividades sociales; 5 (9.4%) muchísimo, limitadas sus actividades sociales. En los pacientes con más de 71 años de edad 4 (14.8%); no, nada limitadas sus actividades sociales; 7 (25.9%) ligeramente, limitadas sus actividades sociales; 4 (14.8%) moderadamente, limitadas sus actividades sociales, 6 (22.2%) bastante, limitadas sus actividades sociales; 6(22.2%) muy limitadas, sus actividades sociales. (Ver cuadro y grafica núm. 52).

Se observó que en el rango de edad y el cambio, en el estado de salud se encontró que en los de 30 a 50 años de edad 3 (17.6%) mucho mejor, en comparación con la de hace dos semanas; 11(64.7%) un poco mejor, su estado de salud; 1 (5.9%) igual, por el estilo, su estado de salud; 0(0%) un poco peor, su estado de salud; 2 (11.8%) mucho peor, su estado de salud.

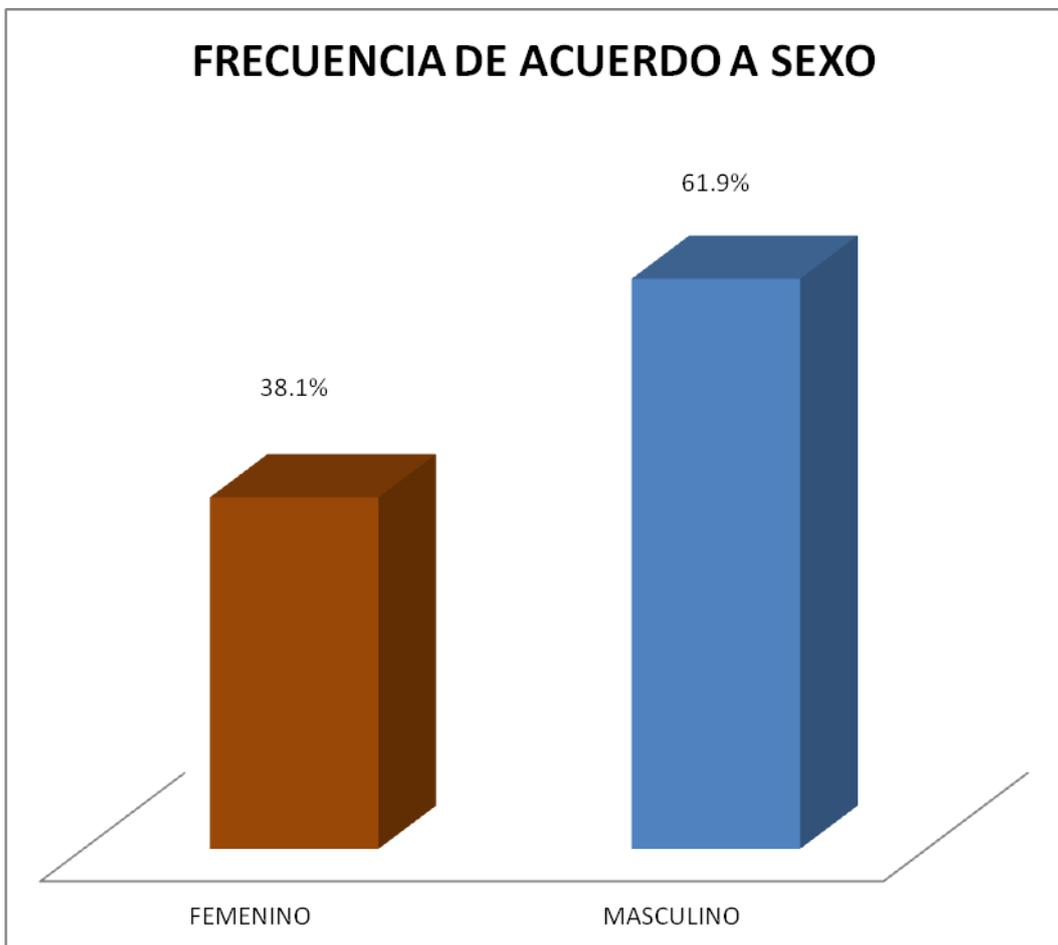
En los portadores 51 a 70 años de edad 3 (5.7%) mucho mejor, en comparación con la de hace dos semanas; 26(49.1%) un poco mejor, su estado de salud; 10 (18.9%) igual, por el estilo, su estado de salud; 10(18.9%) un poco peor, su estado de salud; 4 (7.5%) mucho peor, su estado de salud. En los pacientes con más de 71 años de edad, se observó 0 (0%) mucho mejor en comparación con la de hace dos semanas; 13(48.1%) un poco mejor, su estado de salud; 5 (18.5%) igual, por el estilo, su estado de salud; 6(22.2%) un poco peor, su estado de salud; 3 (11.1%) mucho peor, su estado de salud. (Ver cuadro y grafica núm. 53).

En cuanto a rango de edad y estado de salud, se encontró que en los de 30 a 50 años de edad 1 (5.9%) excelente, su salud general; 3 (17.3%) muy buena, su salud; 8 (47.1%) buena, su salud, 2 (11.8%) regular, su salud y 3 (17.6%) mala, su salud. En los portadores 51 a 70 años de edad 1 (1.9%) excelente, su salud; 1 (1.9%) muy buena, su salud; 16 (30.2%) buena, su salud, 26(49.1%) regular, su salud y 9 (17%) mala, su salud. En los pacientes con más de 71 años de edad 0 (0%) excelente, su salud; 1 (3.7%) muy buena, su salud; 7 (25.9%) buena, su salud, 15(55.6%) regular, su salud y 4 (14.8%) mala, su salud. (Ver cuadro y grafica núm. 54).

Con respecto a rango de edad y dolor se encontró que en los de 30 a 50 años de edad 3(17.6%) no experimento nada de dolor; 4 (23.5%) dolor muy leve; 4(23.5%) dolor ligero; 2 (11.8%) dolor moderado y 4(23.5%) dolor intenso. En los portadores 51 a 70 años de edad 1(1.9%) no experimento nada de dolor; 5 (9.4%) dolor muy leve; 22(41.5%) dolor ligero; 8 (15.1%) dolor moderado y 17(32.1%) dolor intenso. En los pacientes con más de 71 años de edad 1 (3.7%) no experimento nada de dolor; 2 (7.4%) dolor muy leve; 4(14.8%) dolor ligero; 6 (22.2%) dolor moderado y 14(51.9%) experimentó dolor intenso. (Ver cuadro y grafica núm. 55).

FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO

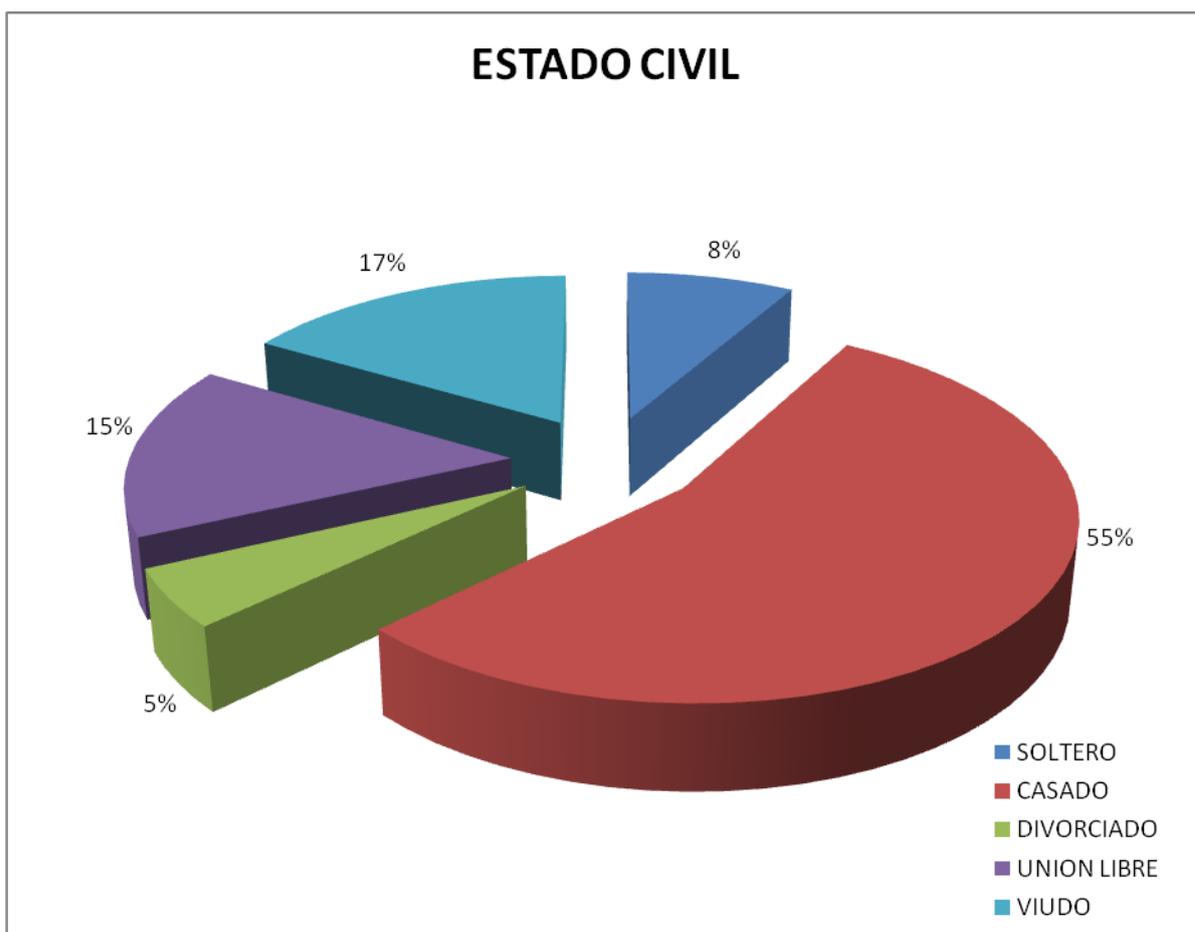
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	37	38.1
MASCULINO	60	61.9
TOTAL	97	100.0



Cuadro 1. Frecuencia De acuerdo a género

FRECUENCIA DE ACUERDO A ESTADO CIVIL

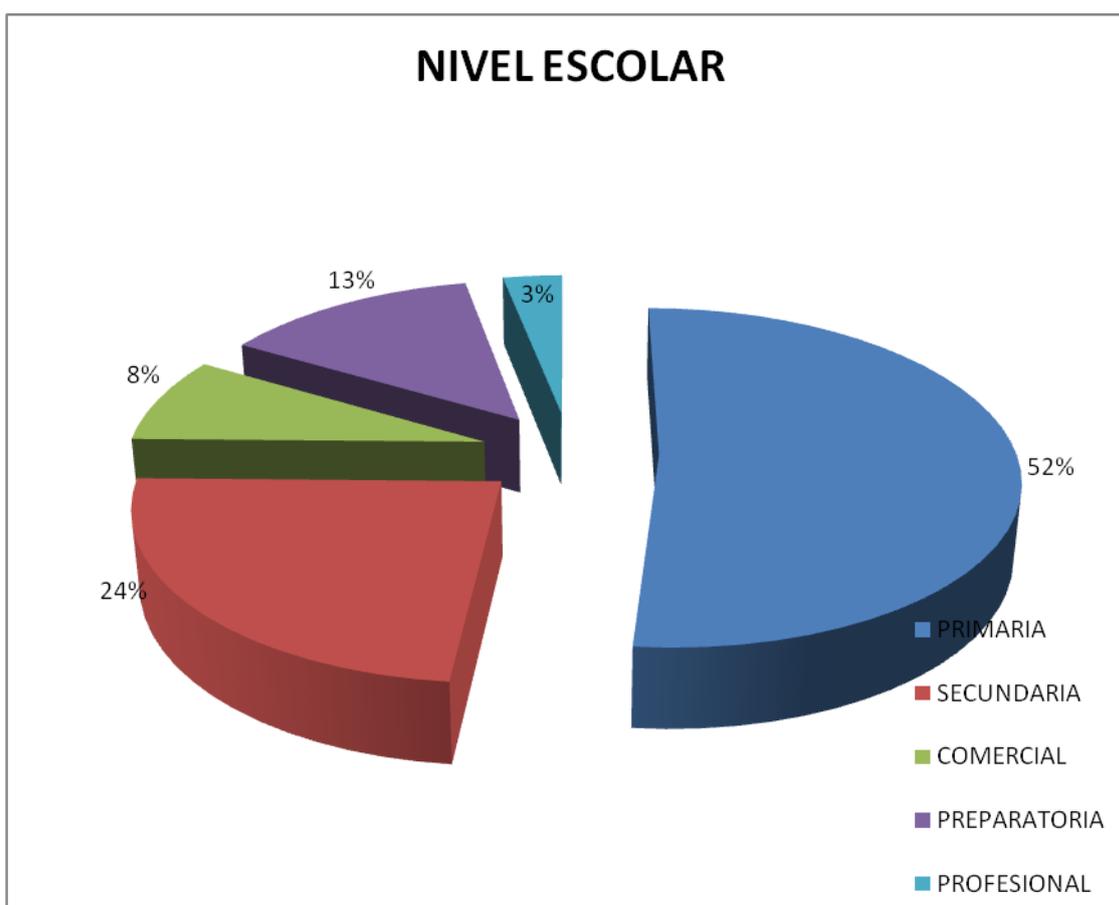
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	8	8.2
CASADO	53	54.6
DIVORCIADO	5	5.2
UNION LIBRE	15	15.5
VIUDO	16	16.5
TOTAL	97	100



Cuadro 2. Frecuencia de acuerdo a estado civil

FRECUENCIA DE ACUERDO A NIVEL ESCOLAR

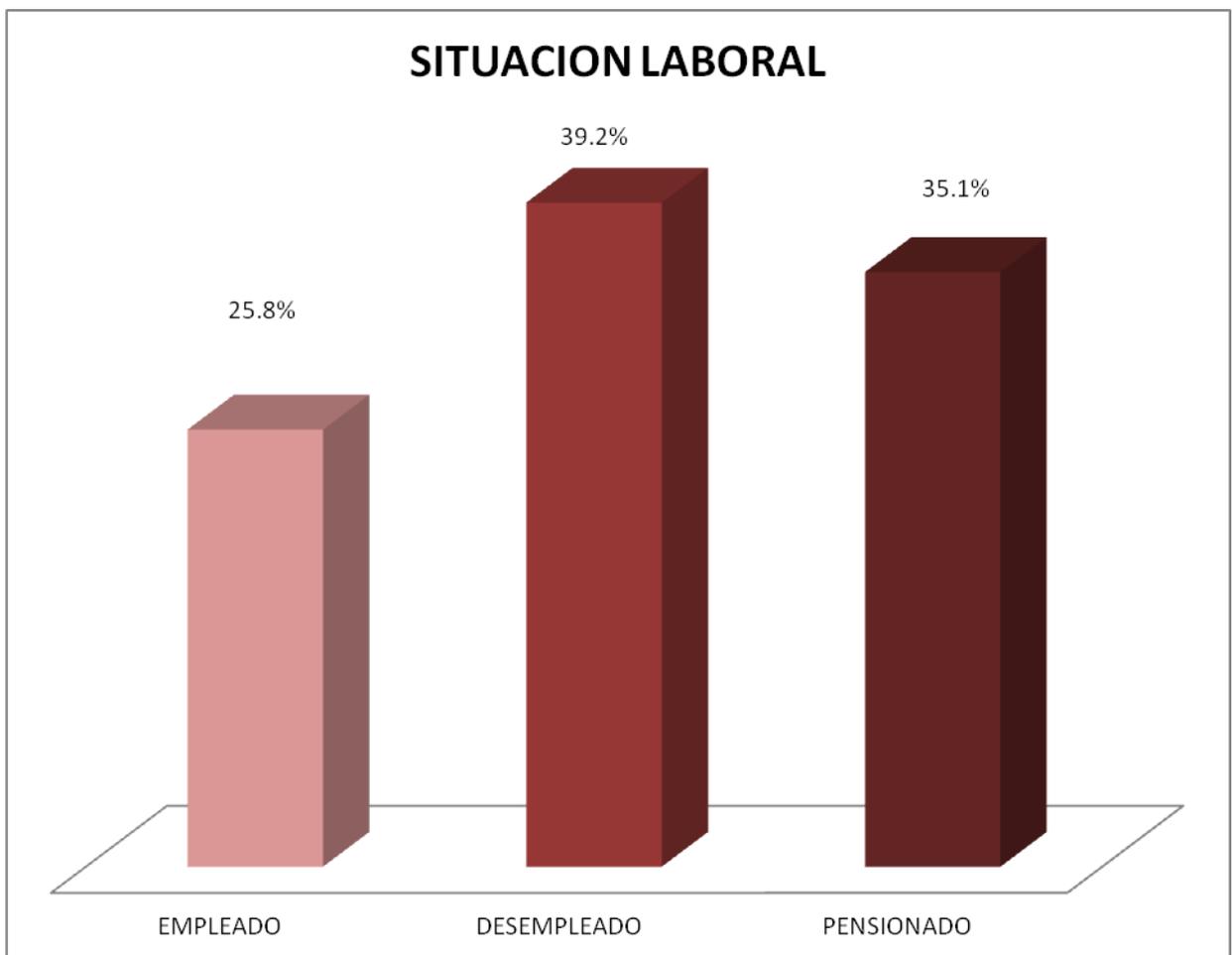
NIVEL ESCOLAR	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	50	51.5
SECUNDARIA	23	23.7
COMERCIAL	8	8.2
PREPARATORIA	13	13.4
PROFESIONAL	3	3.1
TOTAL	97	100.0



Cuadro 3. FRECUENCIA DE ACUERDO A NIVEL ESCOLAR

FRECUENCIA DE ACUERDO A SITUACION LABORAL

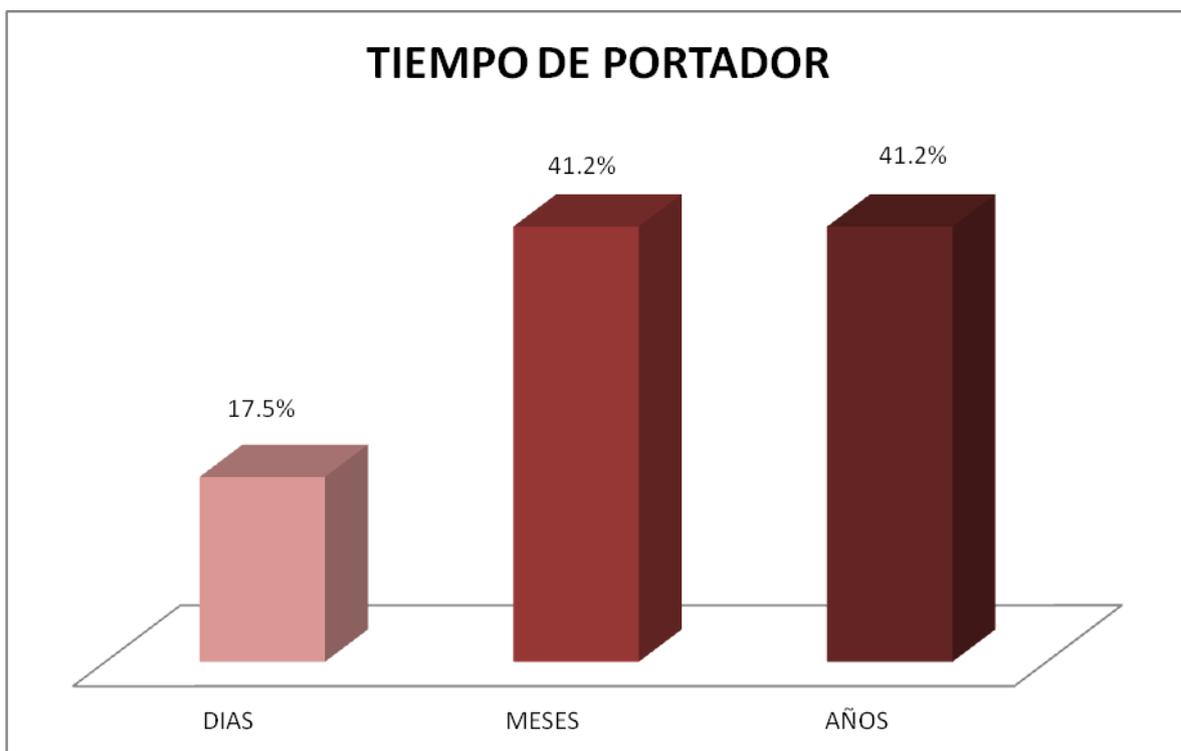
SITUACION LABORAL	Frecuencia	Porcentaje
EMPLEADO	25	25.8
DESEMPLEADO	38	39.2
PENSIONADO	34	35.1
TOTAL	97	100.0



Cuadro 4. Frecuencia de acuerdo a situación laboral

FRECUENCIA DE ACUERDO A TIEMPO DE PORTADOR

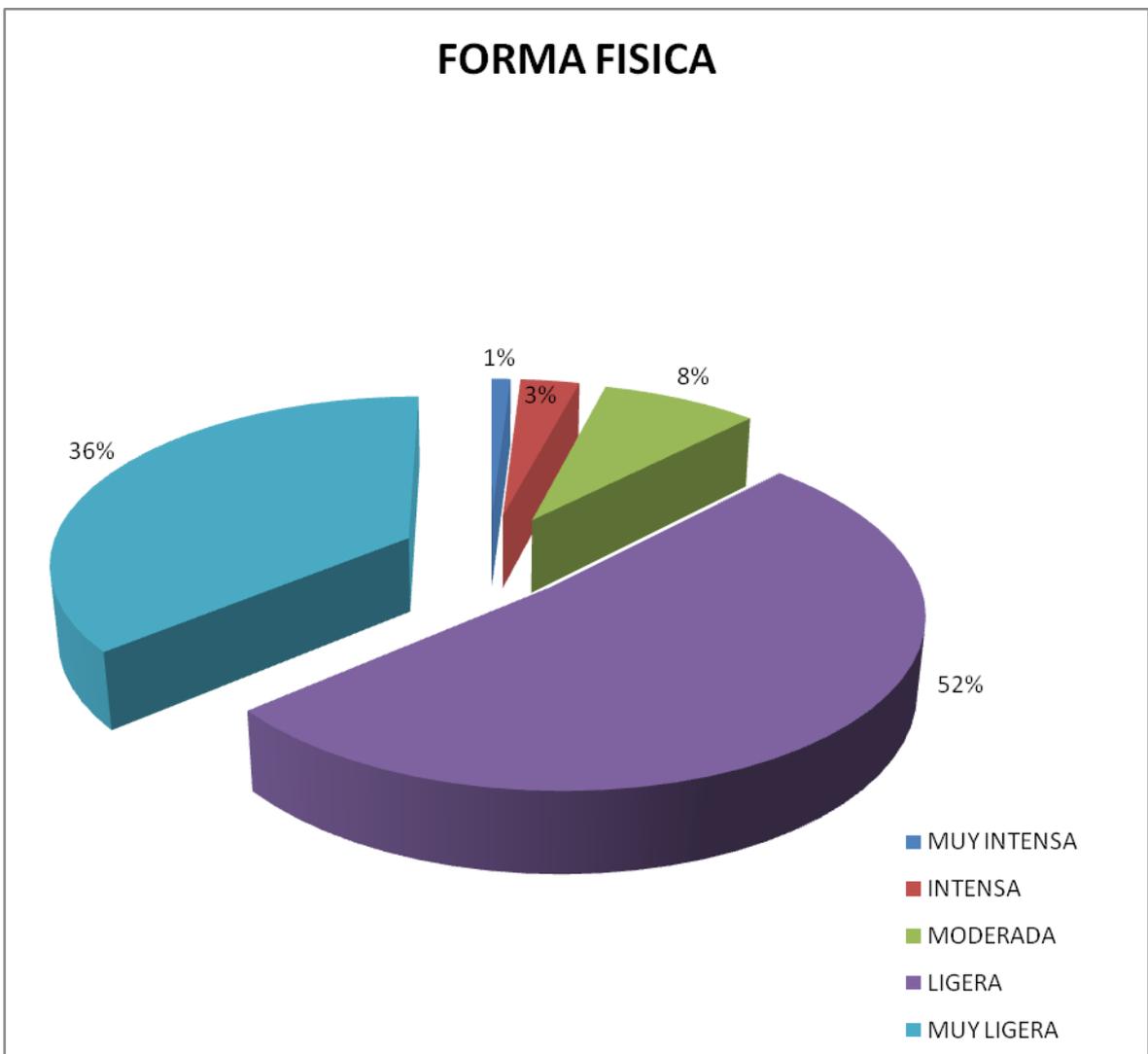
TIEMPO DE PORTADOR	Frecuencia	Porcentaje
DIAS	17	17.5
MESES	40	41.2
AÑOS	40	41.2
TOTAL	97	100.0



Cuadro 5. Frecuencia de acuerdo a tiempo de portador

FRECUENCIA DE ACUERDO A FORMA FÍSICA

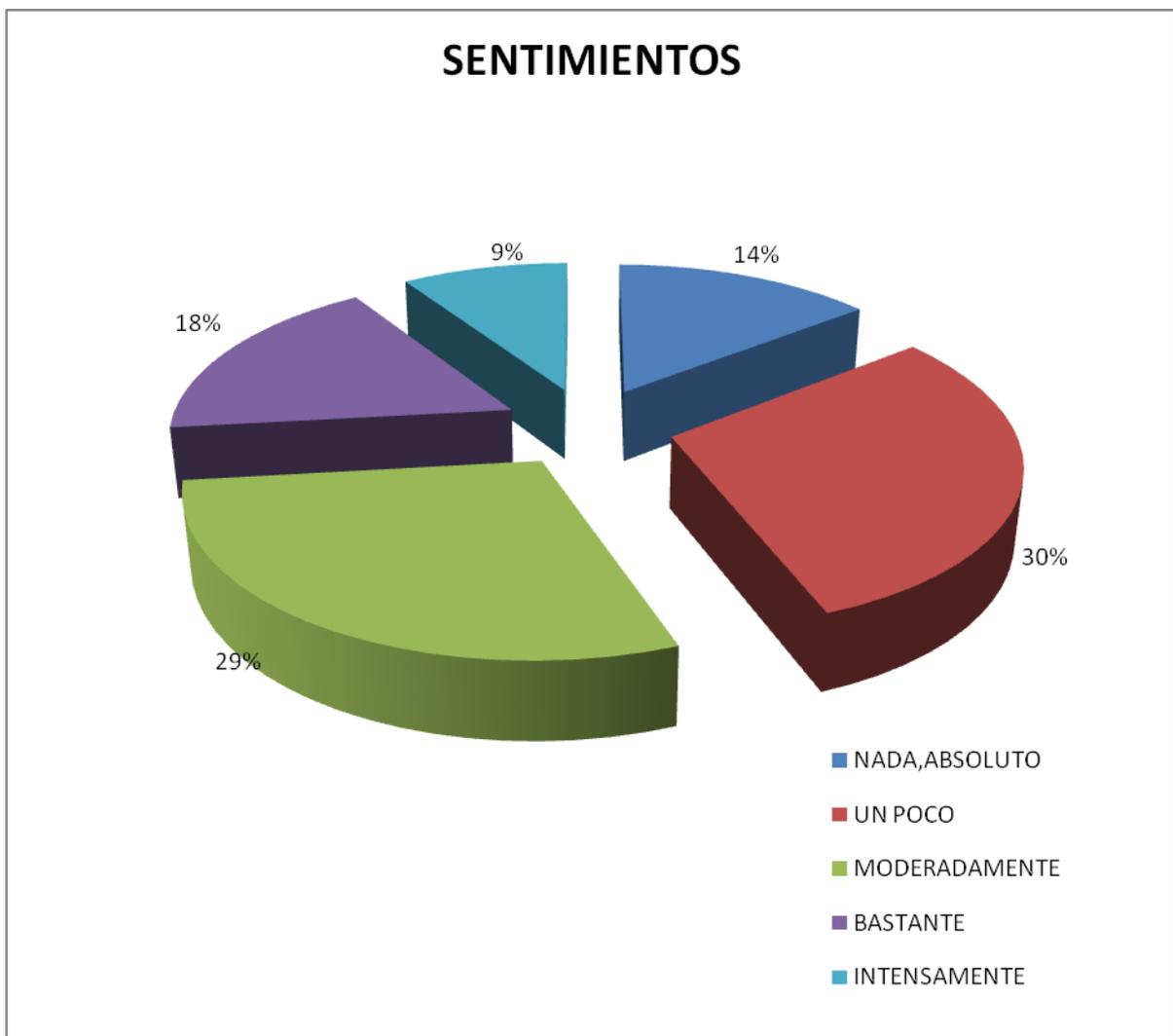
FORMA FÍSICA	Frecuencia	Porcentaje (%)
MUY INTENSA	1	1.0
INTENSA	3	3.1
MODERADA	8	8.2
LIGERA	50	51.5
MUY LIGERA	35	36.1
TOTAL	97	100.0



Cuadro 6.frecuencia de acuerdo a tiempo de portador

FRECUENCIA DE ACUERDO A SENTIMIENTOS

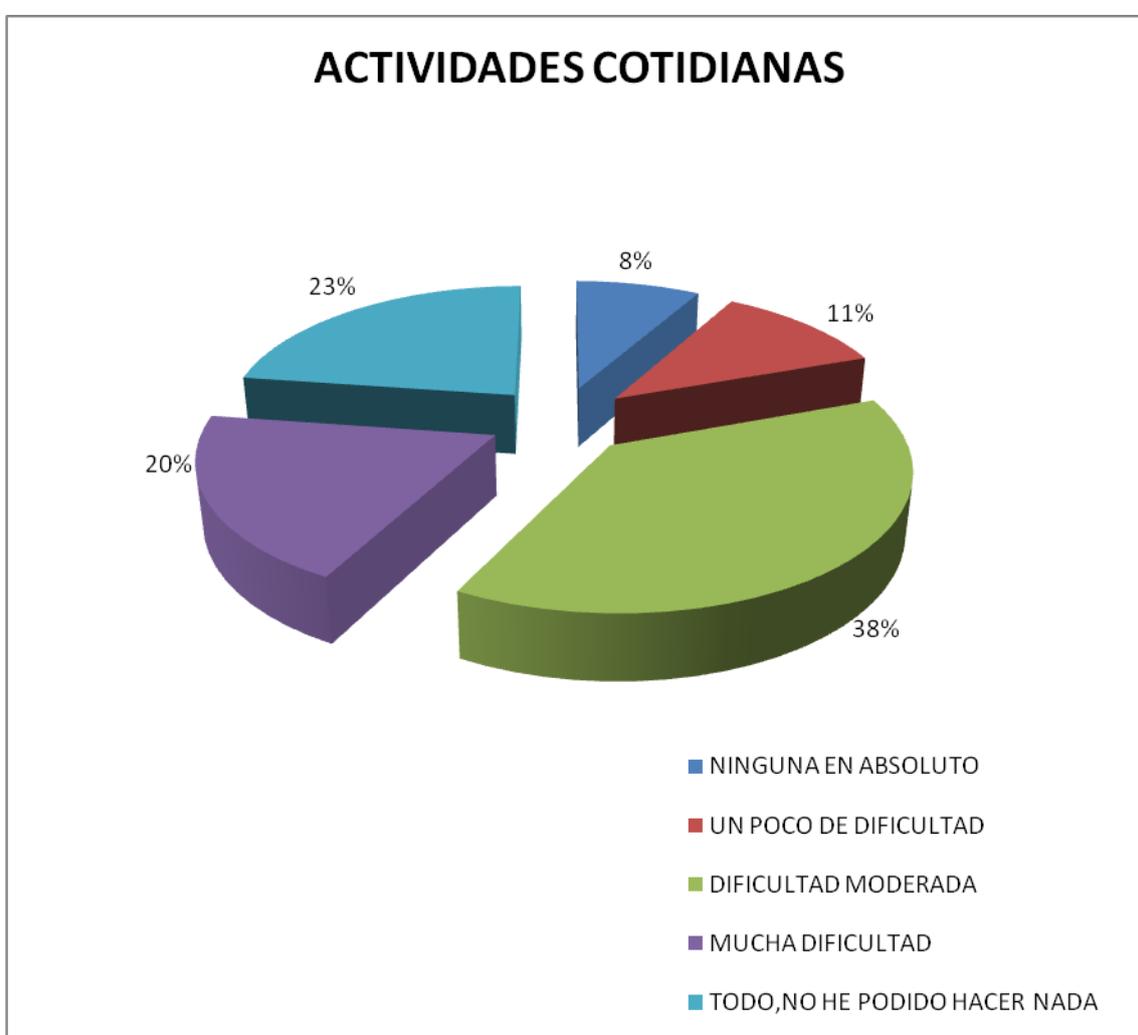
SENTIMIENTOS	Frecuencia	Porcentaje
NADA,ABSOLUTO	14	14.4
UN POCO	29	29.9
MODERADAMENTE	28	28.9
BASTANTE	17	17.5
INTENSAMENTE	9	9.3
TOTAL	97	100.0



Cuadro 7. Frecuencia de acuerdo a tiempo de portador

FRECUENCIA DE ACUERDO A ACTIVIDADES COTIDIANAS

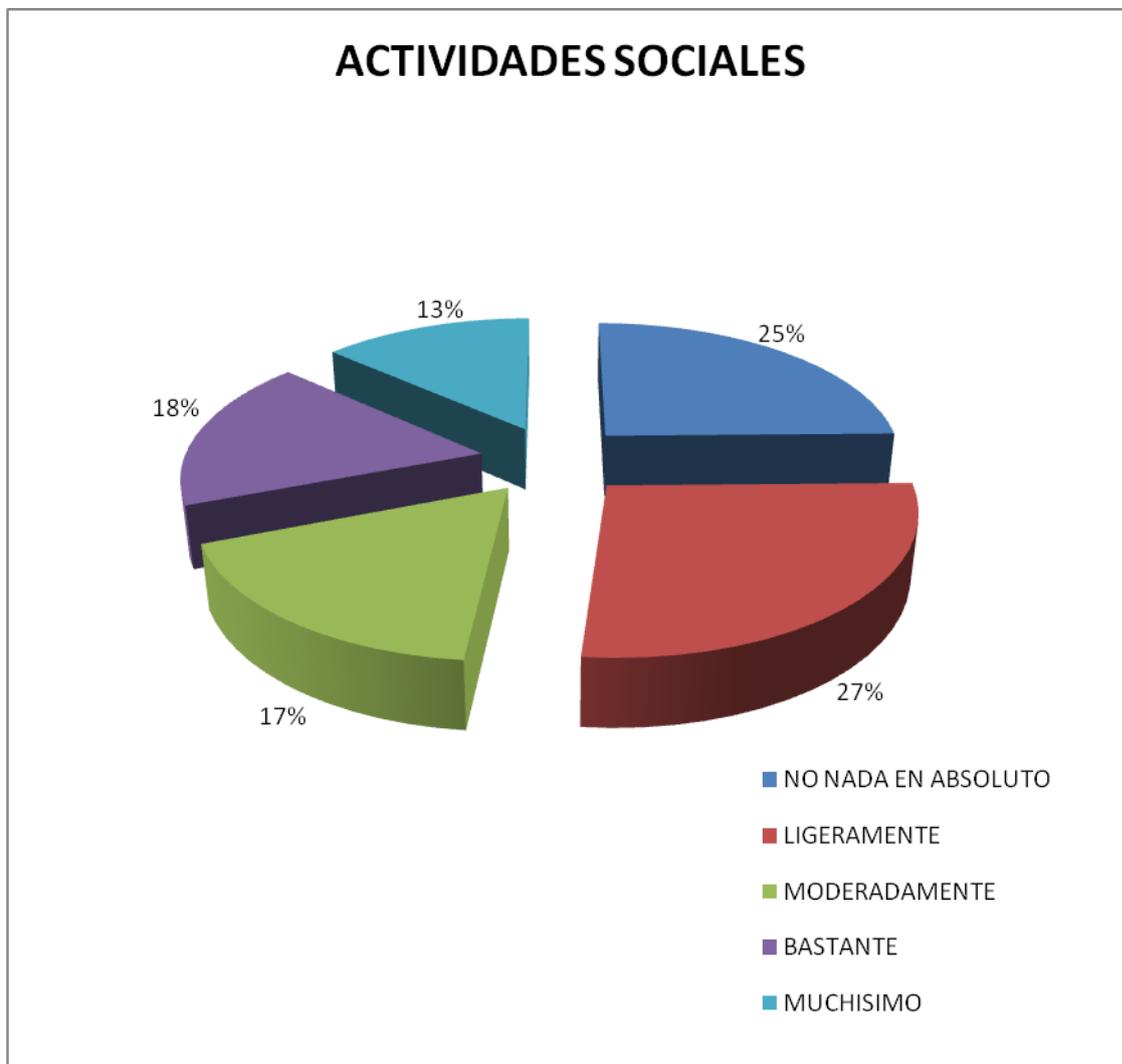
ACTIVIDADES COTIDIANAS	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA DIFICULTAD	8	8.2
UN POCO DE DIFICULTAD	11	11.3
DIFICULTAD MODERADA	37	38.1
Mucha dificultad	19	19.6
Todo, no he podido hacer nada	22	22.7
TOTAL	97	100.0



Cuadro 8. Frecuencia de acuerdo a actividades cotidianas

FRECUENCIA DE ACUERDO A ACTIVIDADES SOCIALES

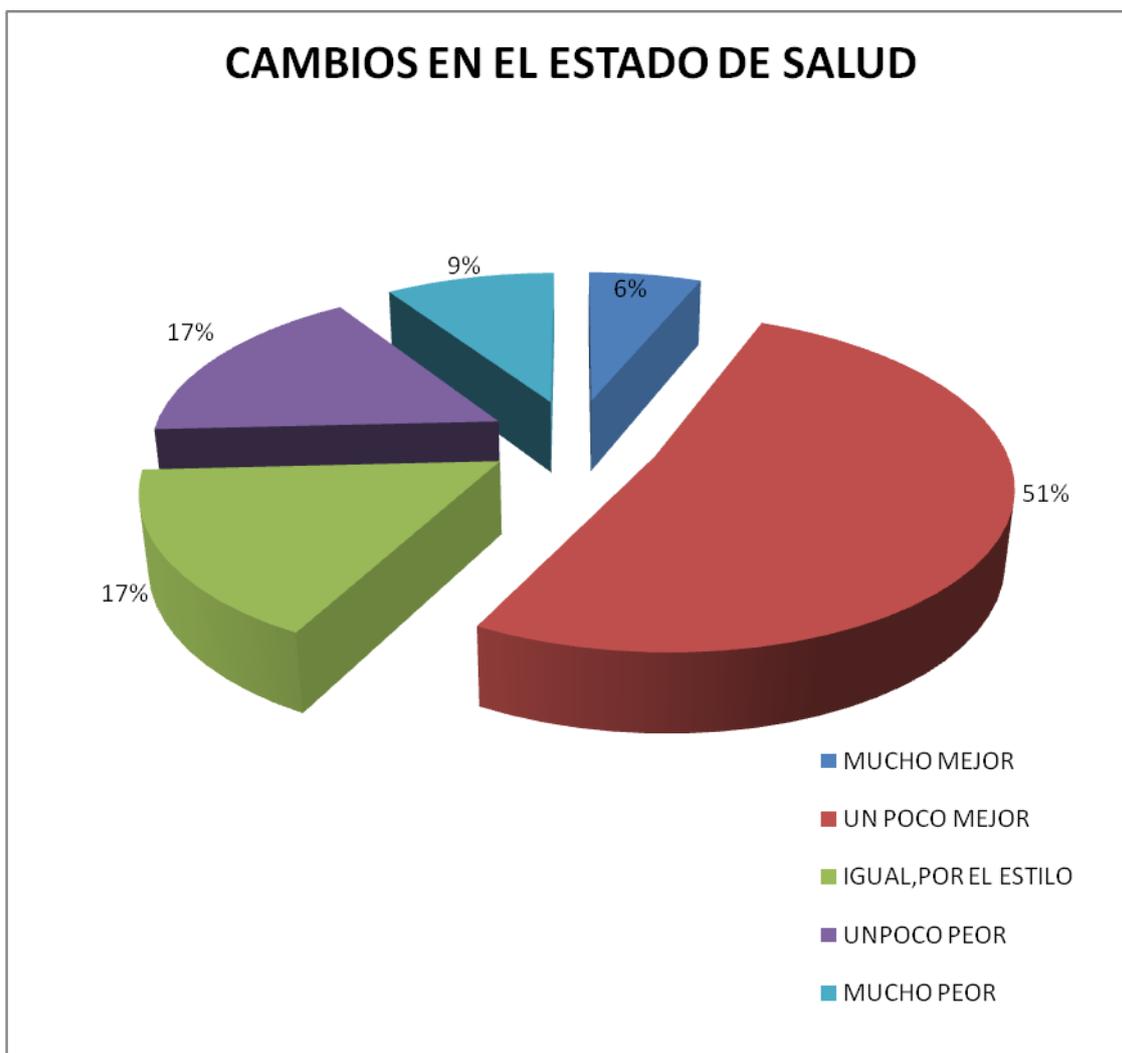
ACTIVIDADES SOCIALES	Frecuencia	Porcentaje
NO ,NADA EN ABSOLUTO	24	24.7
LIGERAMENTE	26	26.8
MODERADAMENTE	17	17.5
BASTANTE	17	17.5
MUCHISIMO	13	13.4
TOTAL	97	100.0



Cuadro 9. Frecuencia de acuerdo a actividades cotidianas

FRECUENCIA DE ACUERDO A CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD

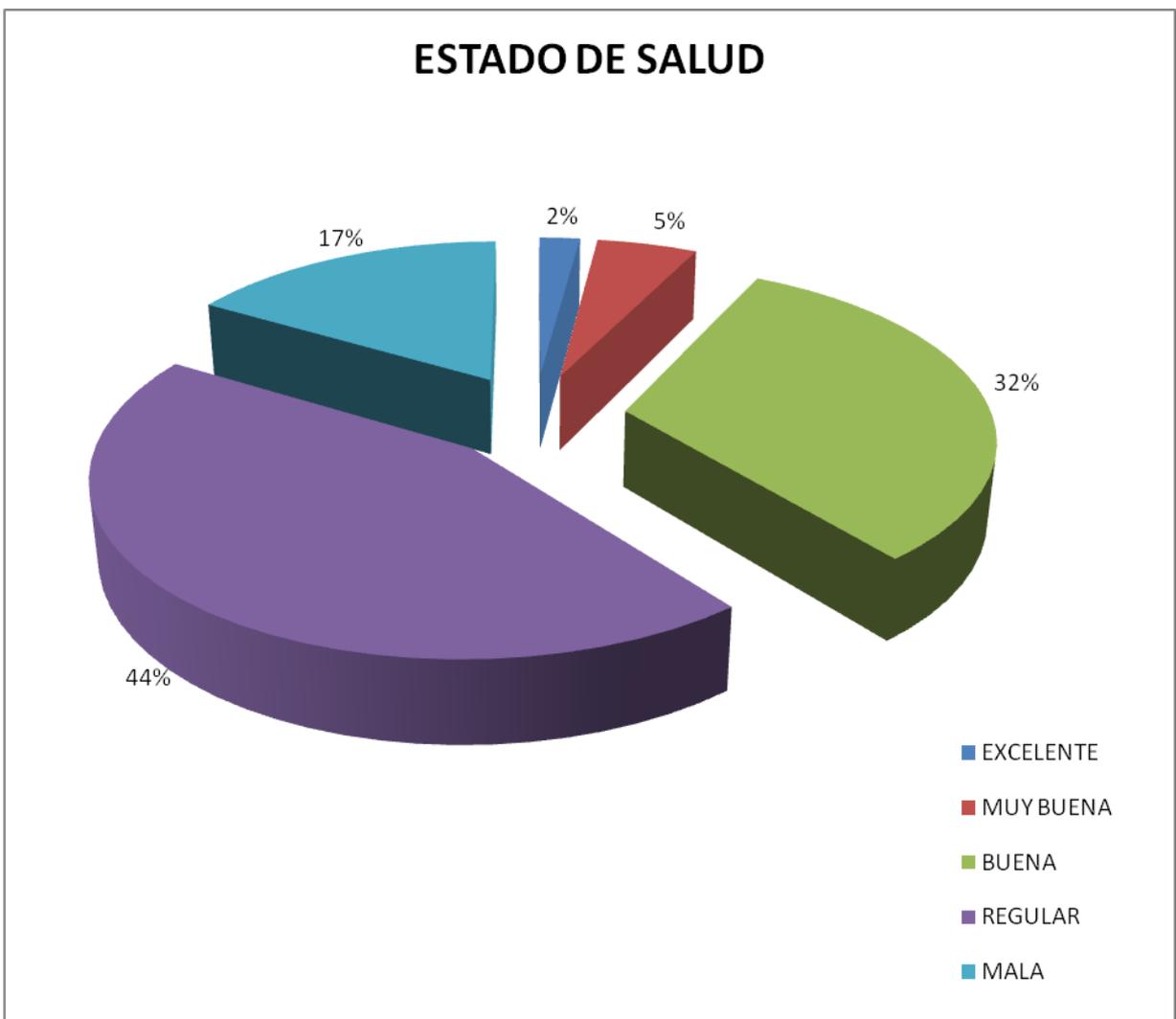
Cambios en el estado de salud	Frecuencia	Porcentaje
MUCHO MEJOR	6	6.2
UN POCO MEJOR	50	51.5
IGUAL, POR EL ESTILO	16	16.5
UNPOCO PEOR	16	16.5
MUCHO PEOR	9	9.3
TOTAL	97	100.0



Cuadro 10. Frecuencia de acuerdo a cambios en el estado de salud

FRECUENCIA DE ACUERDO AL ESTADO DE SALUD

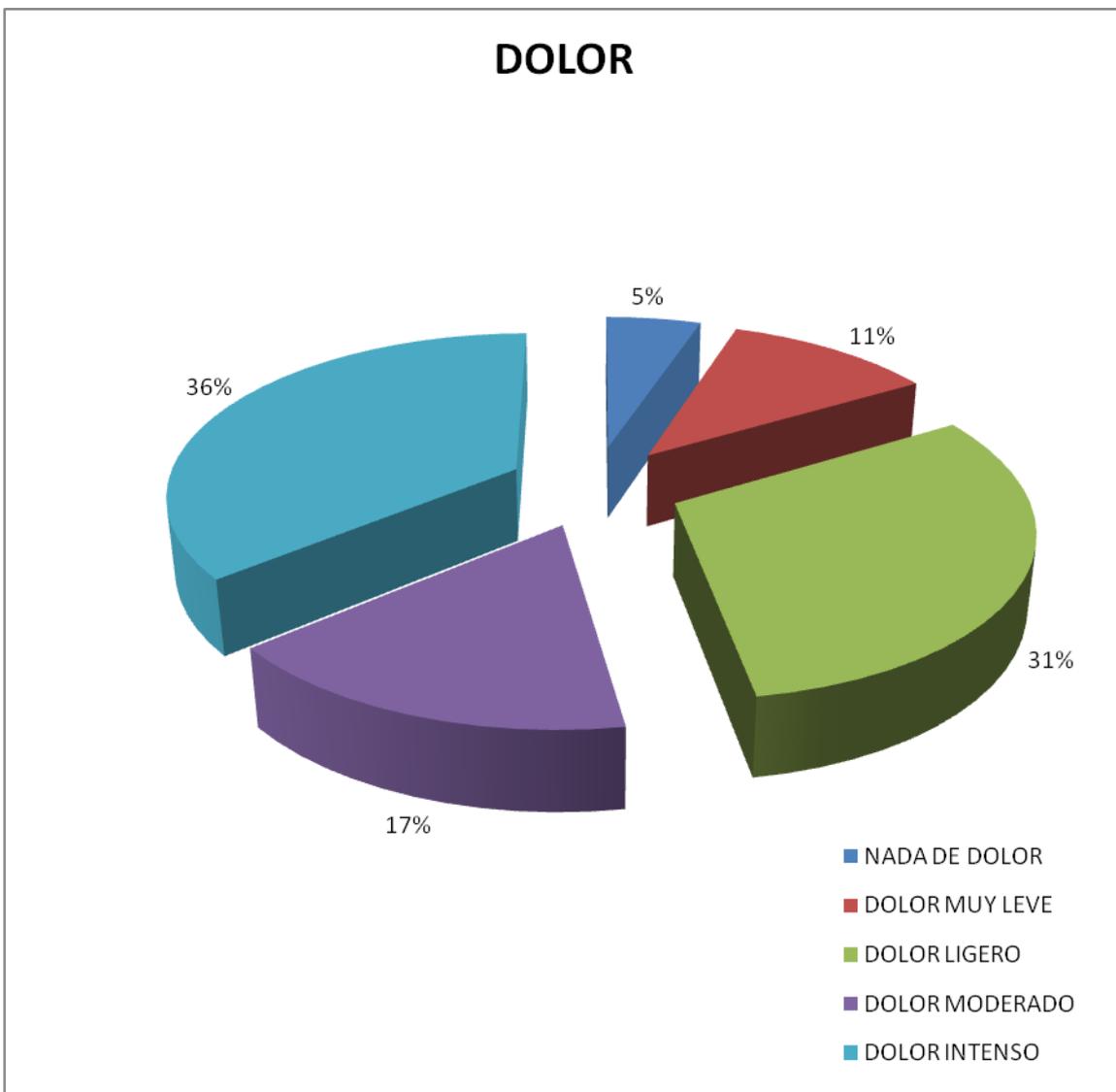
ESTADO DE SALUD	Frecuencia	Porcentaje
EXCELENTE	2	2.1
MUY BUENA	5	5.2
BUENA	31	32.0
REGULAR	43	44.3
MALA	16	16.5
TOTAL	97	100.0



Cuadro 11. Frecuencia de acuerdo al estado de salud

FRECUENCIA DE ACUERDO AL DOLOR

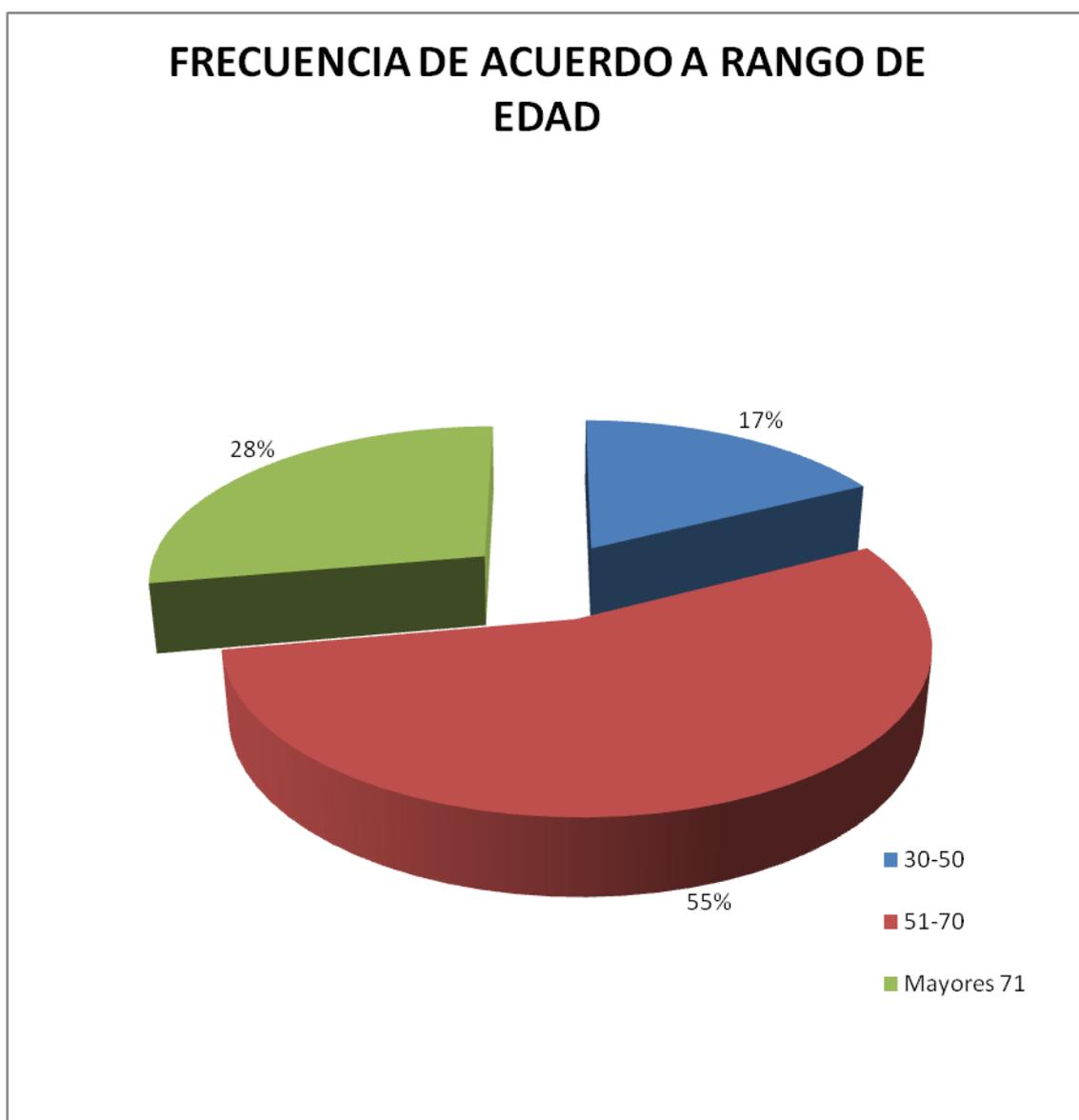
DOLOR	Frecuencia	Porcentaje
NADA DE DOLOR	5	5.2
DOLOR MUY LEVE	11	11.3
DOLOR LIGERO	30	30.9
DOLOR MODERADO	16	16.5
DOLOR INTENSO	35	36.1
TOTAL	97	100.0



Cuadro 12. Frecuencia de acuerdo al dolor

FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD

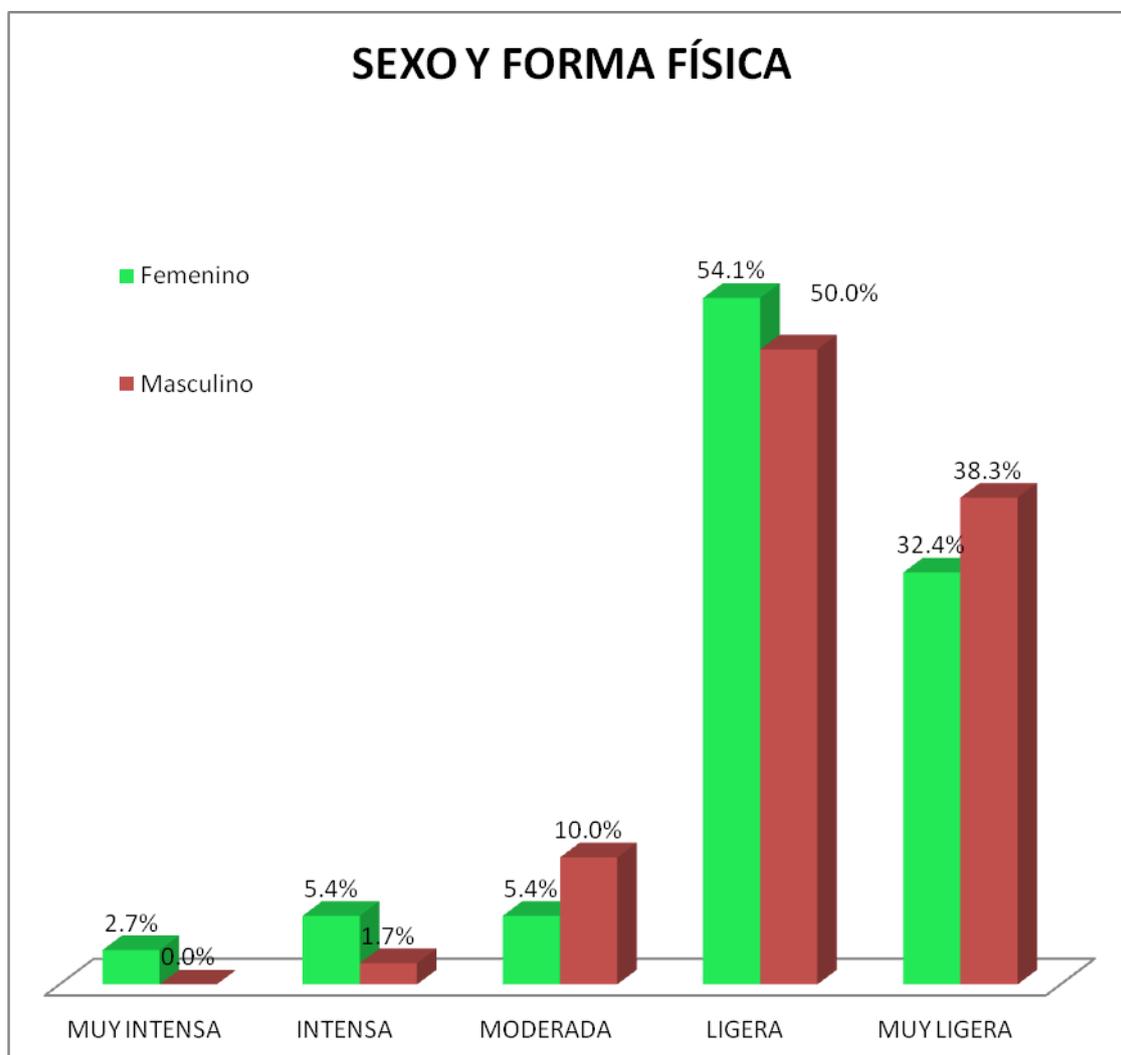
Rangos de edad	Frecuencia	Porcentaje
30-50	17	17.5
51-70	53	54.6
Mayores 71	27	27.8
Total	97	100.0



Cuadro 13. Frecuencia de acuerdo a rango de edad

SEXO Y FORMA FÍSICA

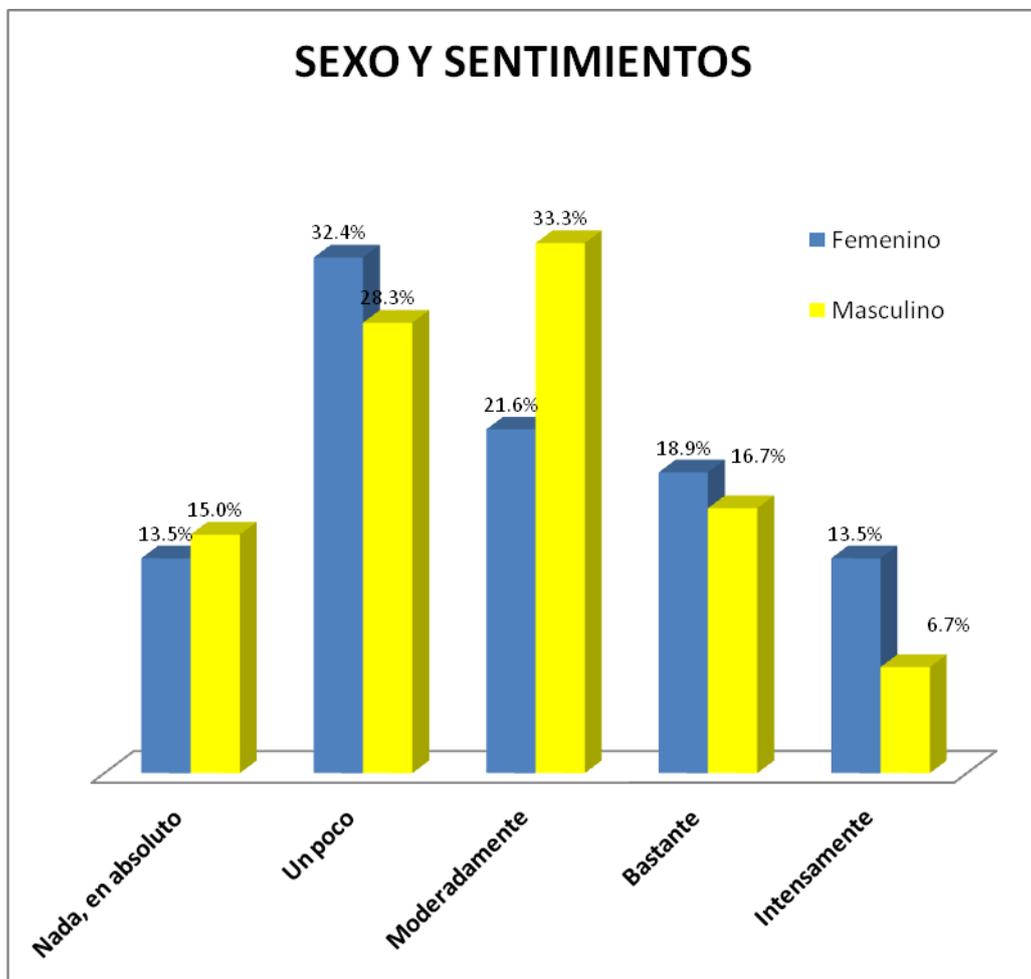
FORMA FÍSICA						
Sexo	Muy intensa	Intensa	Moderada	Ligera	Muy ligera	Total
Femenino						
Frecuencia	1	2	2	20	12	37
Porcentaje	2.7%	5.4%	5.4%	54.1%	32.4%	100.0%
Masculino						
Frecuencia	0	1	6	30	23	60
Porcentaje	0.0%	1.7%	10.0%	50.0%	38.3%	100.0%



Cuadro 14. Sexo y Forma física

SEXO Y SENTIMIENTOS

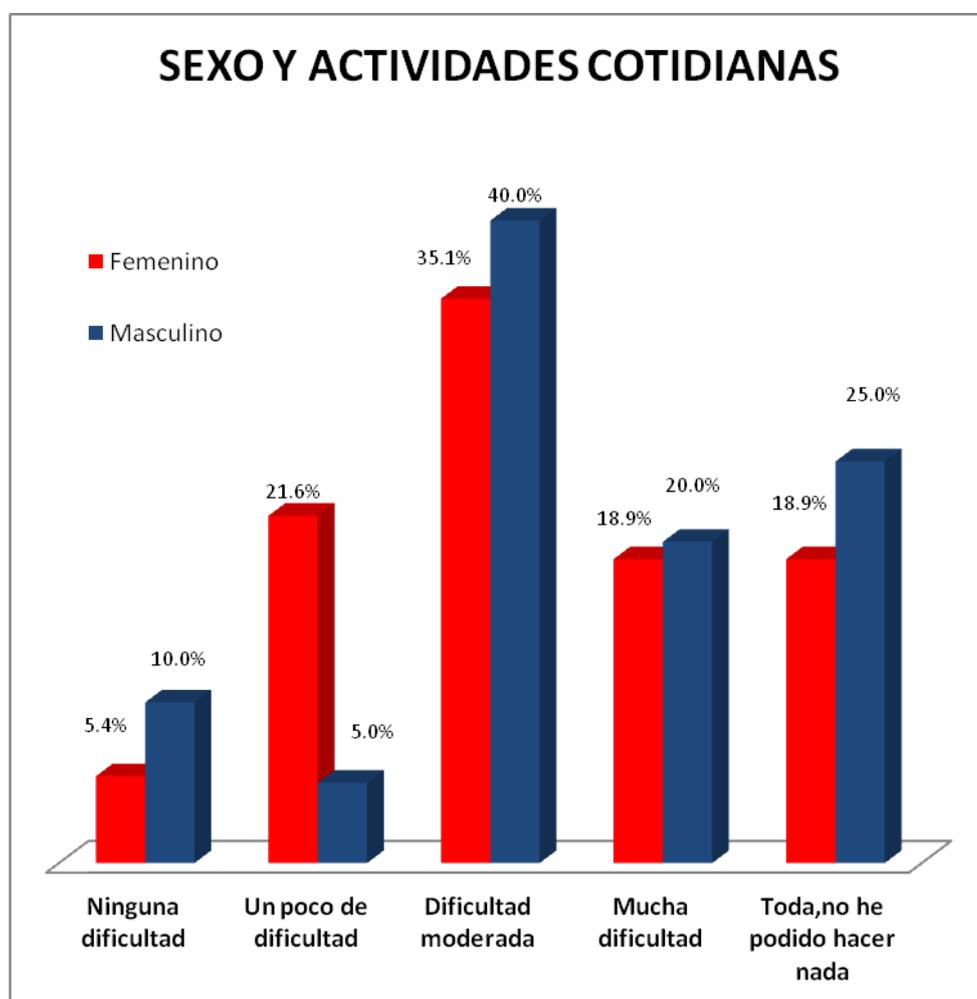
SENTIMIENTOS						
SEXO	Nada, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Intensamente	Total
Femenino						
Frecuencia	5	12	8	7	5	37
Porcentaje	13.5%	32.4%	21.6%	18.9%	13.5%	100.0%
Masculino						
Frecuencia	9	17	20	10	4	60
Porcentaje	15.0%	28.3%	33.3%	16.7%	6.7%	100.0%



Cuadro 15. Sexo y Sentimientos

SEXO Y ACTIVIDADES COTIDIANAS

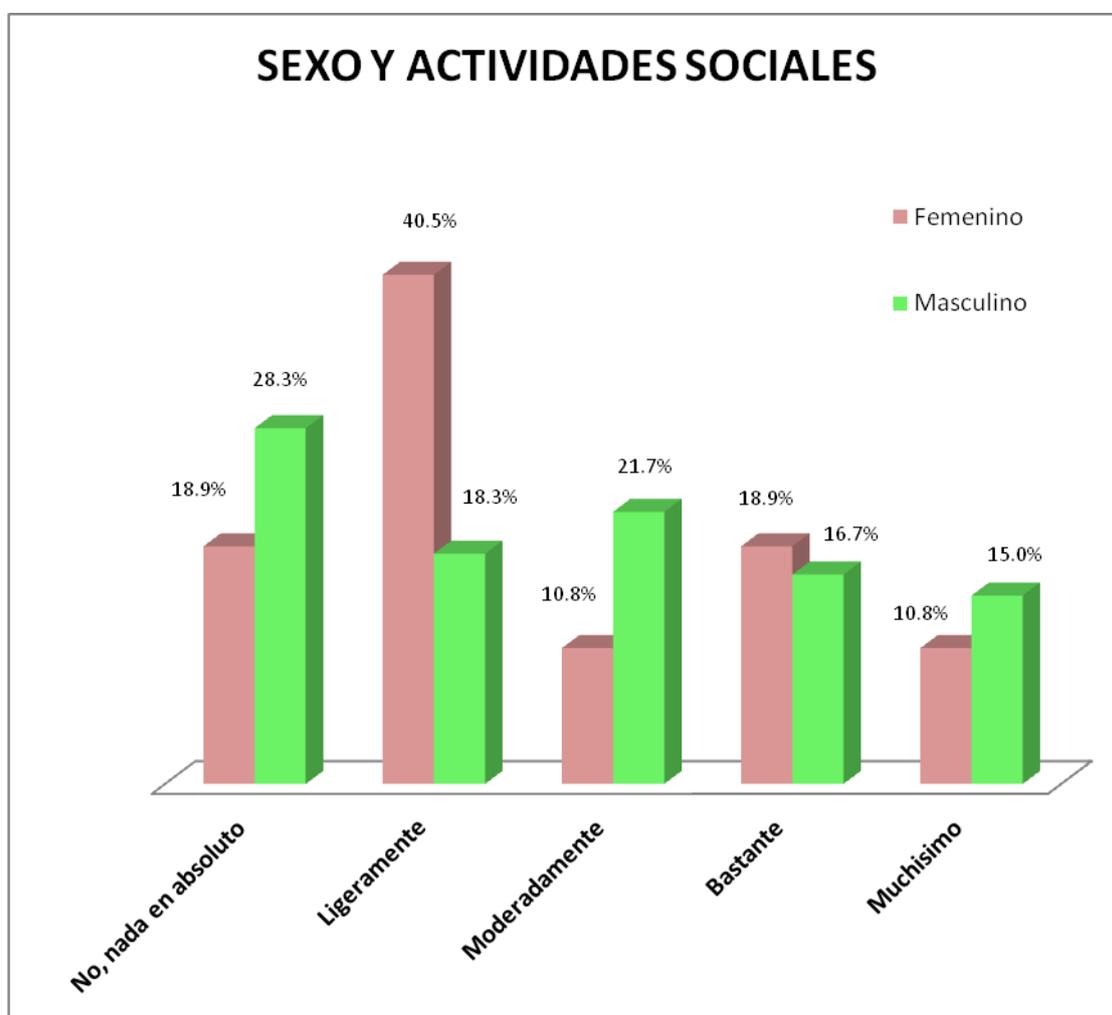
ACTIVIDADES COTIDIANAS						
SEXO	Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Toda, no he podido hacer nada	Total
Femenino						
Frecuencia	2	8	13	7	7	37
Porcentaje	5.4%	21.6%	35.1%	18.9%	18.9%	100.0%
Masculino						
Frecuencia	6	3	24	12	15	60
Porcentaje	10.0%	5.0%	40.0%	20.0%	25.0%	100.0%



Cuadro 16. Sexo y Actividades cotidianas

SEXO Y ACTIVIDADES SOCIALES

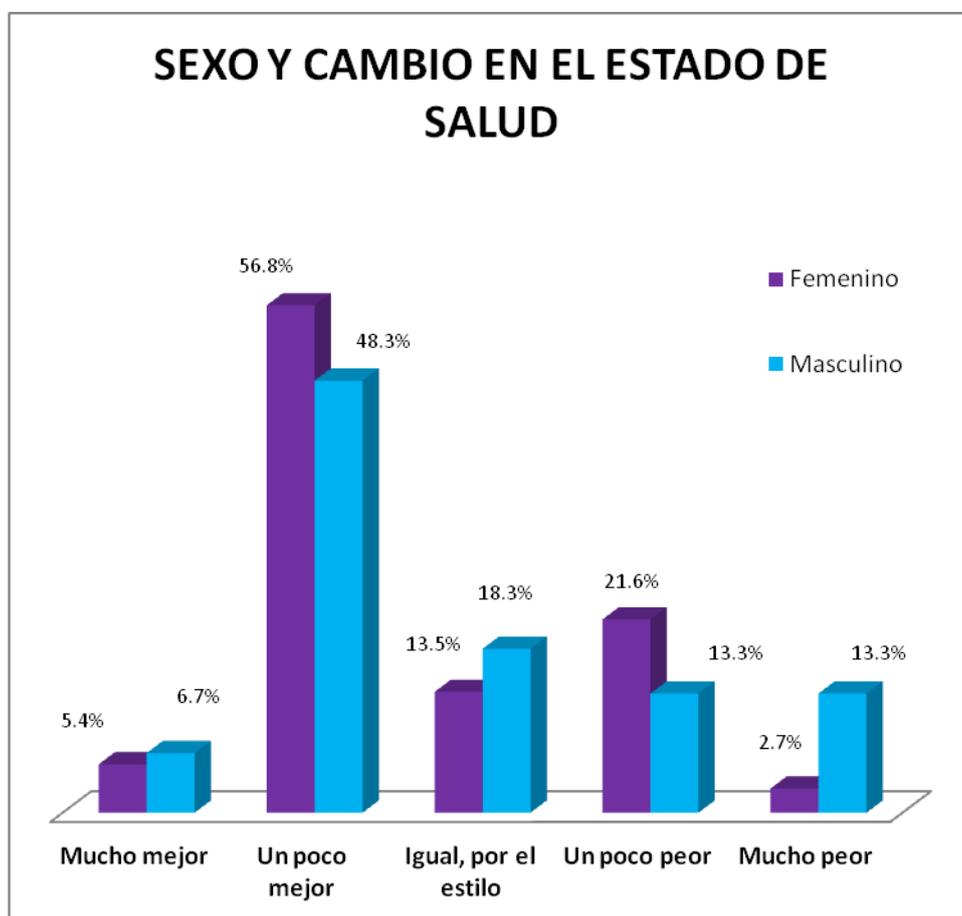
ACTIVIDADES SOCIALES						
SEXO	No, nada en absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	Muchísimo	Total
Femenino						
Frecuencia	7	15	4	7	4	37
Porcentaje	18.9%	40.5%	10.8%	18.9%	10.8%	100.0%
Masculino						
Frecuencia	17	11	13	10	9	60
Porcentaje	28.3%	18.3%	21.7%	16.7%	15.0%	100.0%



Cuadro 17. Sexo y Actividades Sociales

SEXO Y CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD

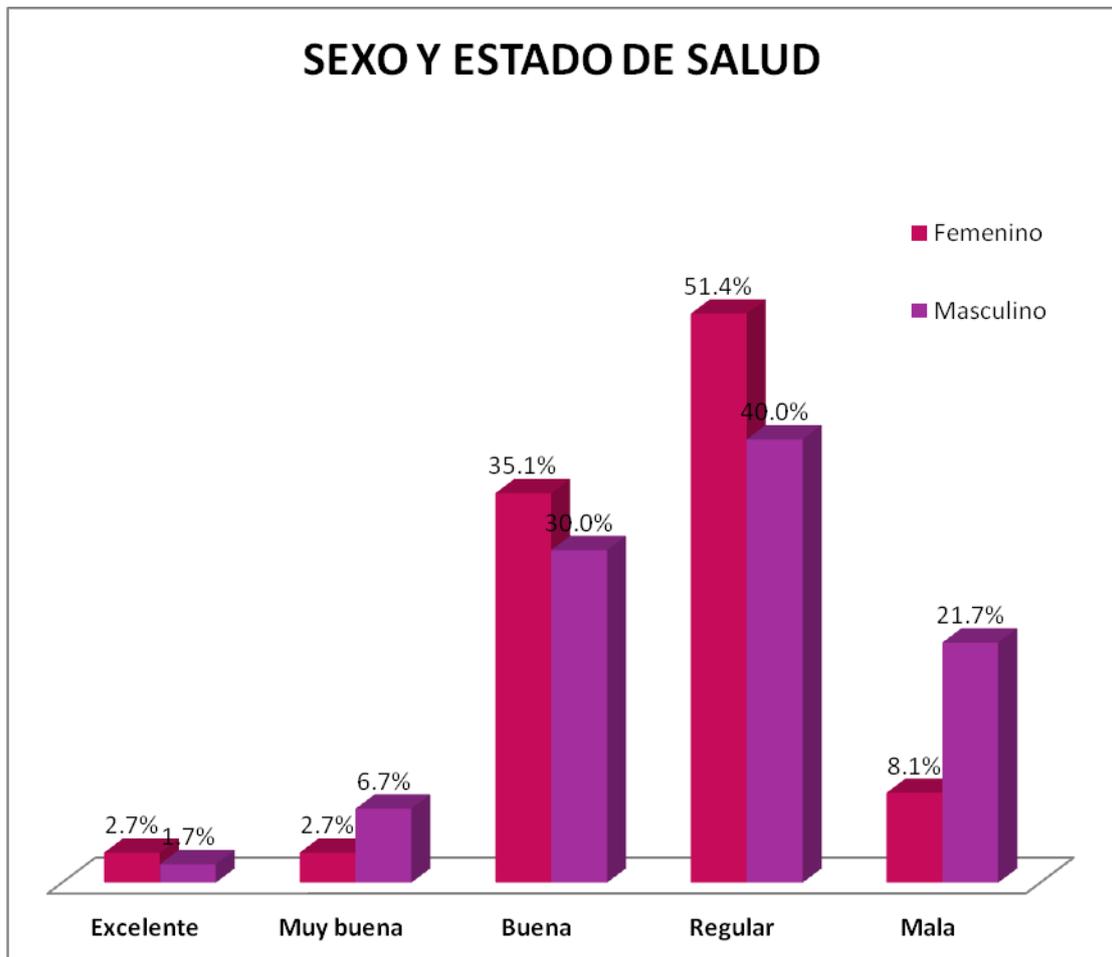
CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD						
SEXO	Mucho mejor	Un poco mejor	Igual, por el estilo	Un poco peor	Mucho peor	Total
Femenino						
Frecuencia	2	21	5	8	1	37
Porcentaje	5.4%	56.8%	13.5%	21.6%	2.7%	100.0%
Masculino						
Frecuencia	4	29	11	8	8	60
Porcentaje	6.7%	48.3%	18.3%	13.3%	13.3%	100.0%



Cuadro 18. Sexo y Cambio en el estado de salud

SEXO Y ESTADO DE SALUD

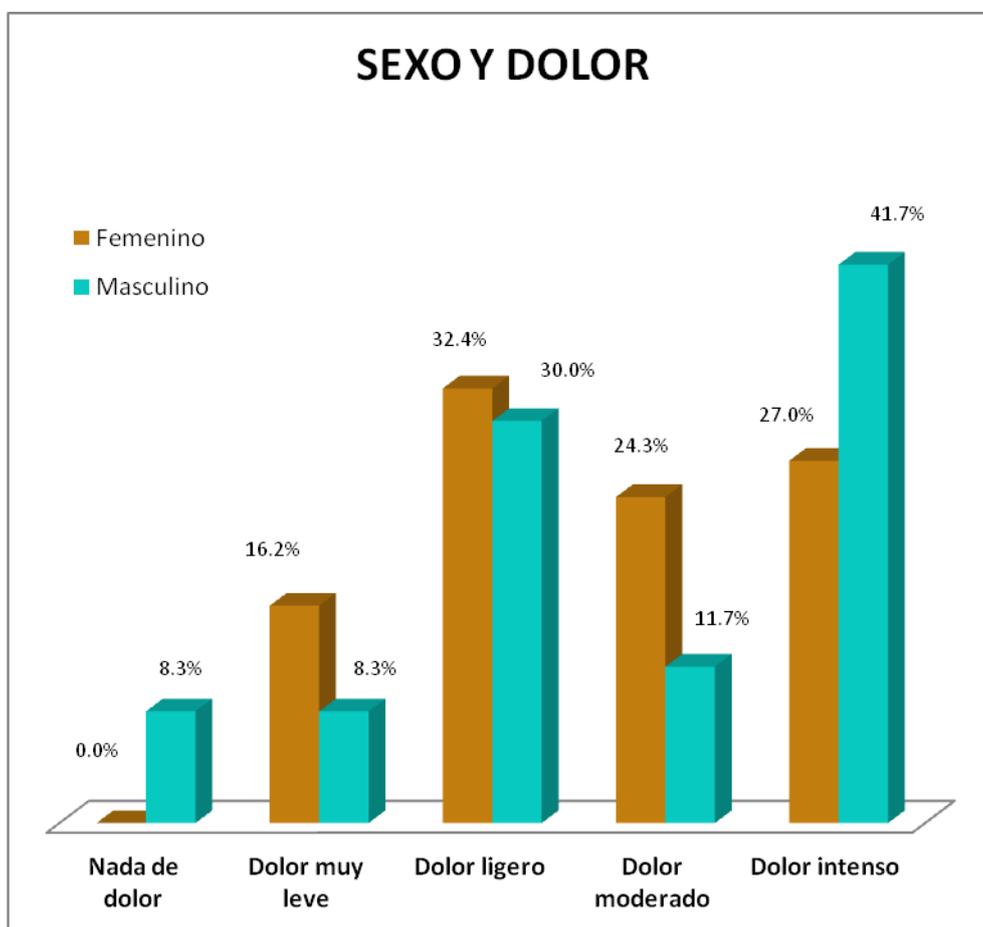
ESTADO DE SALUD						
SEXO	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Total
Femenino						
Frecuencia	1	1	13	19	3	37
Porcentaje	2.7%	2.7%	35.1%	51.4%	8.1%	100.0%
Masculino						
Frecuencia	1	4	18	24	13	60
Porcentaje	1.7%	6.7%	30.0%	40.0%	21.7%	100.0%



Cuadro 19. Sexo y Estado de salud

SEXO Y DOLOR

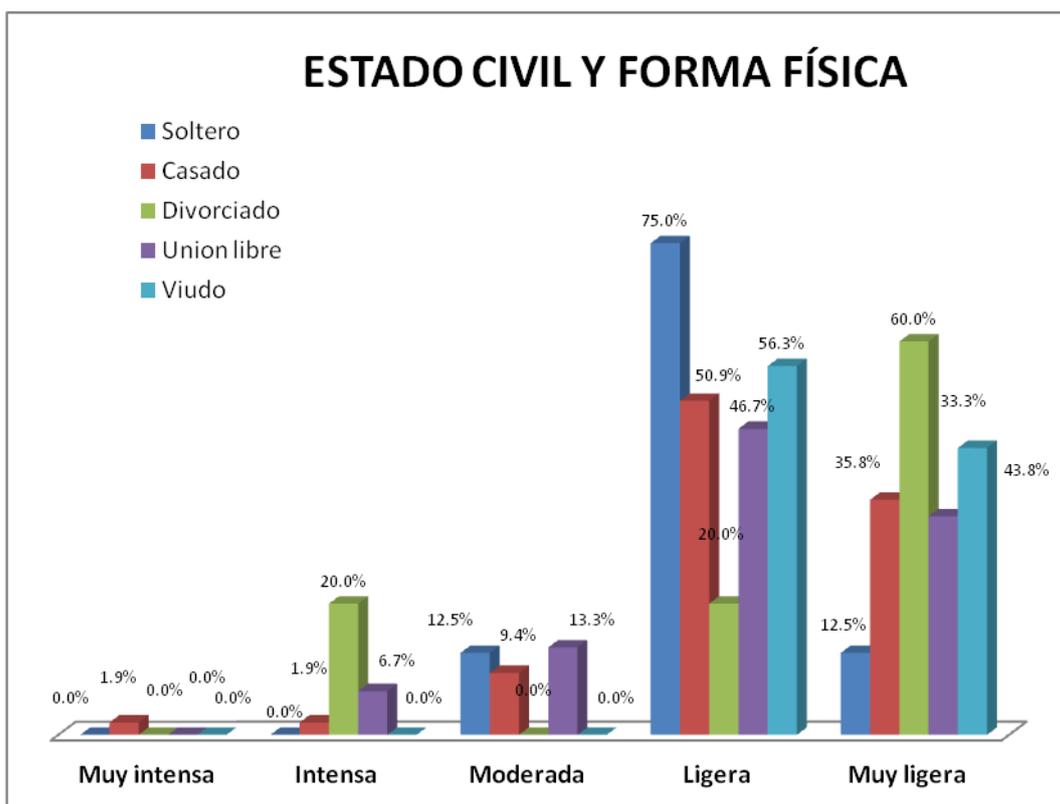
DOLOR						
Femenino	Nada de dolor	Dolor muy leve	Dolor ligero	Dolor moderado	Dolor intenso	Total
Femenino						
Frecuencia	0	6	12	9	10	37
Porcentaje	0.0%	16.2%	32.4%	24.3%	27.0%	100.0%
Masculino						
Frecuencia	5	5	18	7	25	60
Porcentaje	8.3%	8.3%	30.0%	11.7%	41.7%	100.0%



Cuadro 20. Sexo y Dolor

ESTADO CIVIL Y FORMA FÍSICA

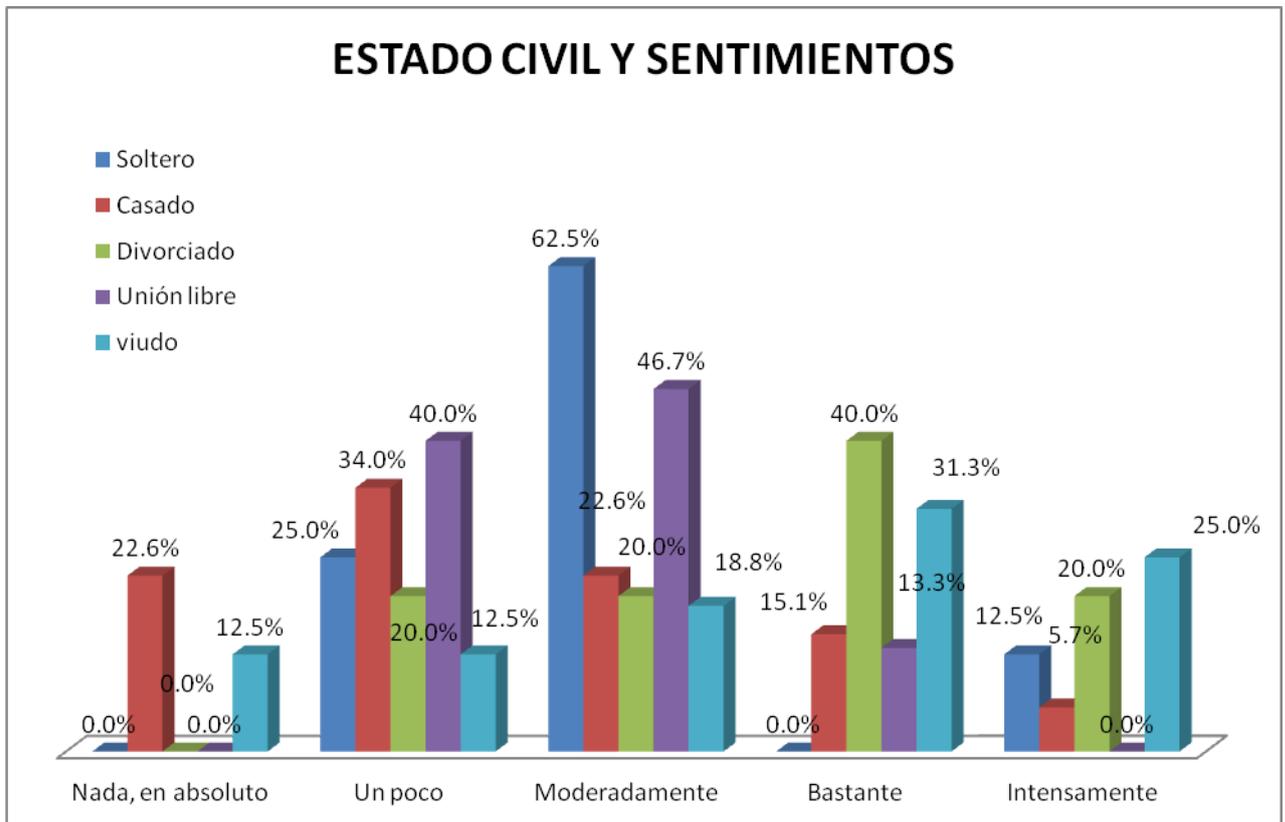
FORMA FÍSICA						
Estado Civil	Muy intensa	Intensa	Moderada	Ligera	Muy ligera	Total
Soltero						
Frecuencia	0	0	1	6	1	8
Porcentaje	0.0%	0.0%	12.5%	75.0%	12.5%	100.0%
Casado						
Frecuencia	1	1	5	27	19	53
Porcentaje	1.9%	1.9%	9.4%	50.9%	35.8%	100.0%
Divorciado						
Frecuencia	0	1	0	1	3	5
Porcentaje	0.0%	20.0%	0.0%	20.0%	60.0%	100.0%
Unión libre						
Frecuencia	0	1	2	7	5	15
Porcentaje	0.0%	6.7%	13.3%	46.7%	33.3%	100.0%
Viudo						
Frecuencia	0	0	0	9	7	16
Porcentaje	0.0%	0.0%	0.0%	56.3%	43.8%	100.0%



Cuadro 21. Estado civil y Forma física

ESTADO CIVIL Y SENTIMIENTOS

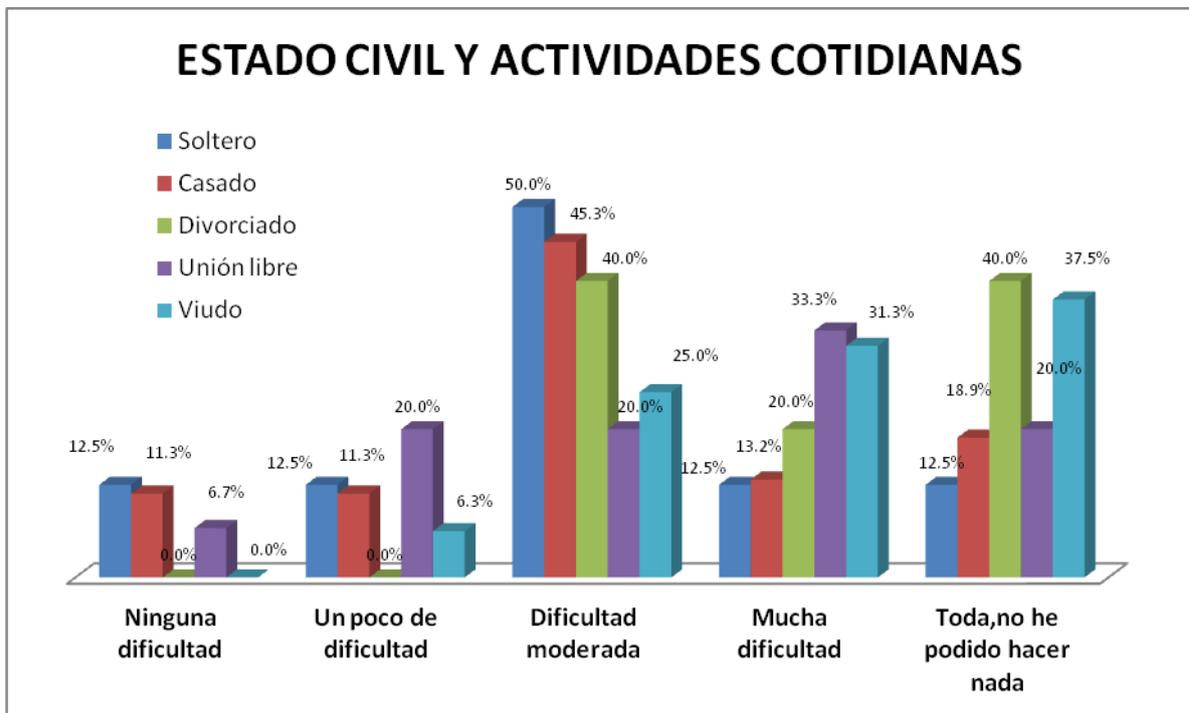
SENTIMIENTOS						
ESTADO CIVIL	Nada, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Intensamente	Total
Soltero						
Frecuencia	0	2	5	0	1	8
Porcentaje	0.0%	25.0%	62.5%	0.0%	12.5%	100.0%
Casado						
Frecuencia	12	18	12	8	3	53
Porcentaje	22.6%	34.0%	22.6%	15.1%	5.7%	100.0%
Divorciado						
Frecuencia	0	1	1	2	1	5
Porcentaje	0.0%	20.0%	20.0%	40.0%	20.0%	100.0%
Unión libre						
Frecuencia	0	6	7	2	0	15
Porcentaje	0.0%	40.0%	46.7%	13.3%	0.0%	100.0%
Viudo						
Frecuencia	2	2	3	5	4	16
Porcentaje	12.5%	12.5%	18.8%	31.3%	25.0%	100.0%



Cuadro 22. Estado civil y Sentimientos

ESTADO CIVIL Y ACTIVIDADES COTIDIANAS

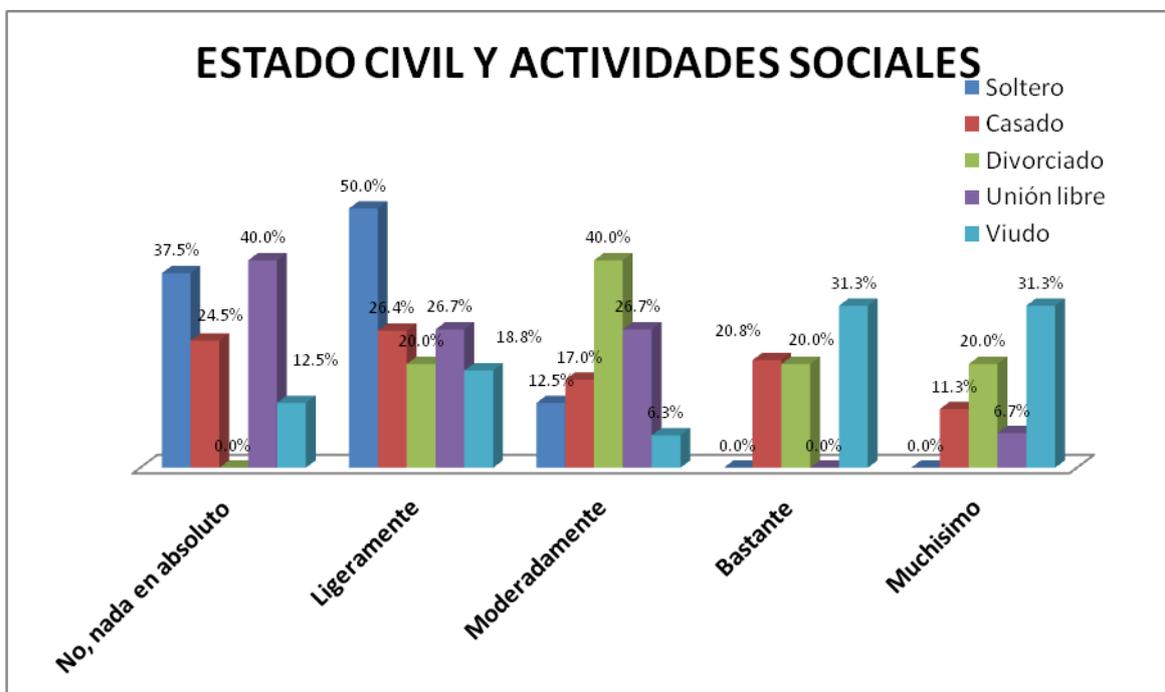
ACTIVIDADES COTIDIANAS						
Estado civil	Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Toda, no he podido hacer nada	Total
Soltero						
Frecuencia	1	1	4	1	1	8
Porcentaje	12.5%	12.5%	50.0%	12.5%	12.5%	100.0%
Casado						
Frecuencia	6	6	24	7	10	53
Porcentaje	11.3%	11.3%	45.3%	13.2%	18.9%	100.0%
Divorciado						
Frecuencia	0	0	2	1	2	5
Porcentaje	0.0%	0.0%	40.0%	20.0%	40.0%	100.0%
Unión libre						
Frecuencia	1	3	3	5	3	15
Porcentaje	6.7%	20.0%	20.0%	33.3%	20.0%	100.0%
Viudo						
Frecuencia	0	1	4	5	6	16
Porcentaje	0.0%	6.3%	25.0%	31.3%	37.5%	100.0%



Cuadro 23. Estado civil y actividades cotidianas

ESTADO CIVIL Y ACTIVIDADES SOCIALES

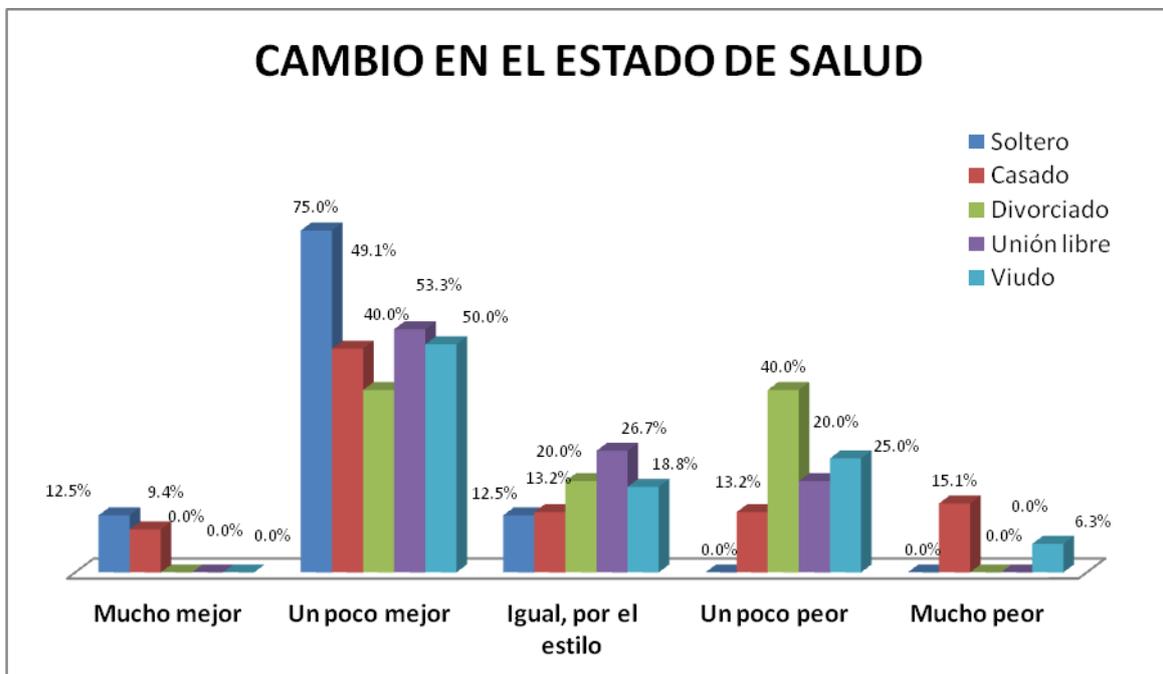
ACTIVIDADES SOCIALES						
Estado civil	No, nada en absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	Muchísimo	Total
Soltero						
Frecuencia	3	4	1	0	0	8
Porcentaje	37.5%	50.0%	12.5%	0.0%	0.0%	100.0%
Casado						
Frecuencia	13	14	9	11	6	53
Porcentaje	24.5%	26.4%	17.0%	20.8%	11.3%	100.0%
Divorciado						
Frecuencia	0	1	2	1	1	5
Porcentaje	0.0%	20.0%	40.0%	20.0%	20.0%	100.0%
Unión libre						
Frecuencia	6	4	4	0	1	15
Porcentaje	40.0%	26.7%	26.7%	0.0%	6.7%	100.0%
Viudo						
Frecuencia	2	3	1	5	5	16
Porcentaje	12.5%	18.8%	6.3%	31.3%	31.3%	100.0%



Cuadro 24. Estado civil y actividades sociales

ESTADO CIVIL Y CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD

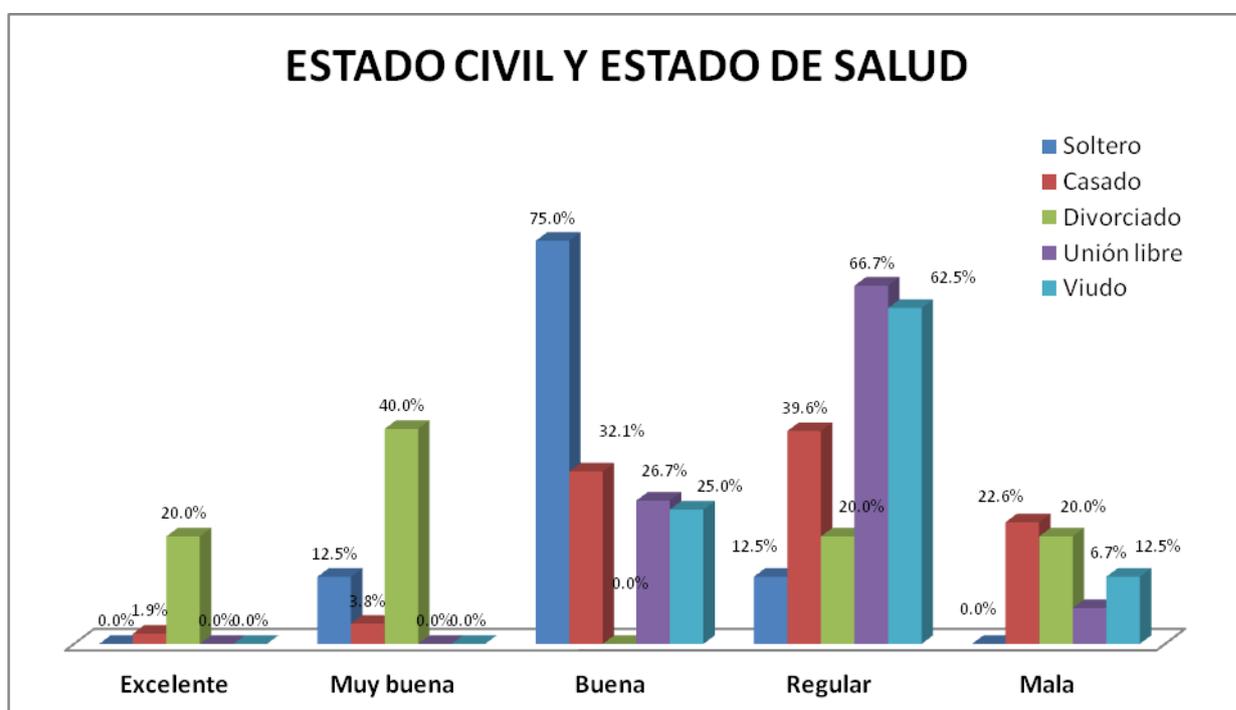
CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD						
Estado civil	Mucho mejor	Un poco mejor	Igual, por el estilo	Un poco peor	Mucho peor	Total
Soltero						
Frecuencia	1	6	1	0	0	8
Porcentaje	12.5%	75.0%	12.5%	0.0%	0.0%	100.0%
Casado						
Frecuencia	5	26	7	7	8	53
Porcentaje	9.4%	49.1%	13.2%	13.2%	15.1%	100.0%
Divorciado						
Frecuencia	0	2	1	2	0	5
Porcentaje	0.0%	40.0%	20.0%	40.0%	0.0%	100.0%
Unión libre						
Frecuencia	0	8	4	3	0	15
Porcentaje	0.0%	53.3%	26.7%	20.0%	0.0%	100.0%
Viudo						
Frecuencia	0	8	3	4	1	16
Porcentaje	0.0%	50.0%	18.8%	25.0%	6.3%	100.0%



Cuadro 25. Estado civil y cambio en el estado de salud

ESTADO DE CIVIL Y ESTADO DE SALUD

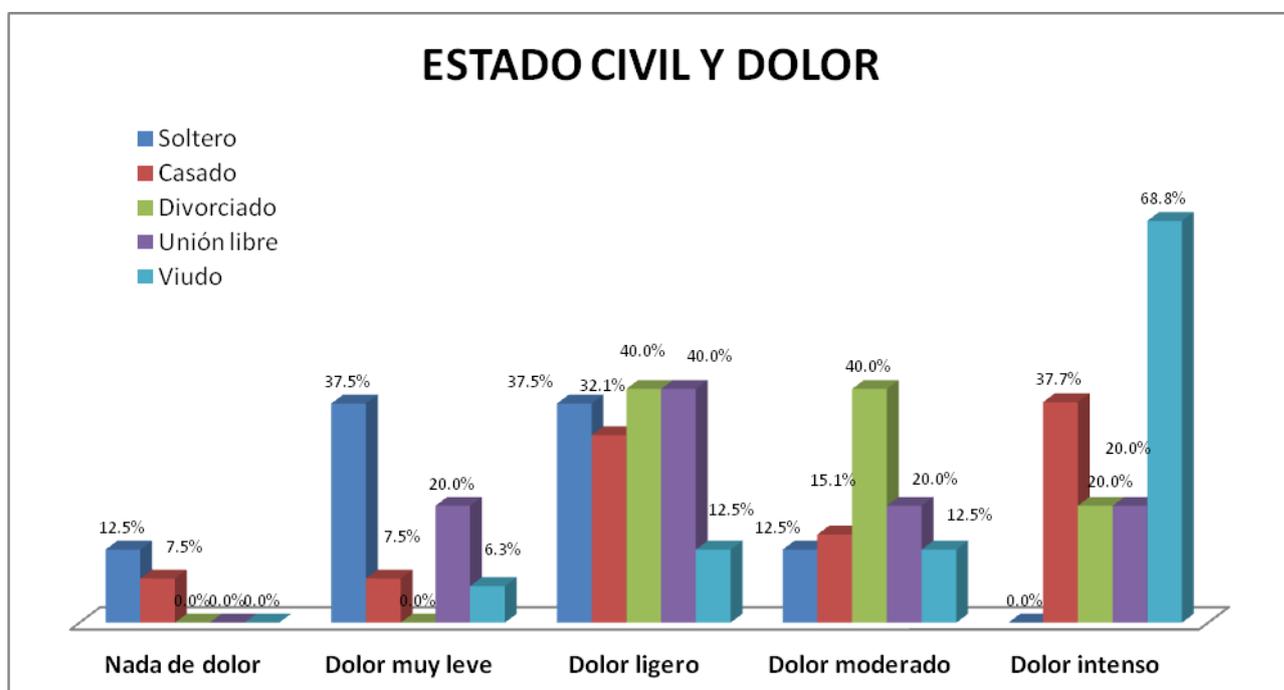
ESTADO DE SALUD						
ESTADO CIVIL	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Total
Soltero						
Frecuencia	0	1	6	1	0	8
Porcentaje	0.0%	12.5%	75.0%	12.5%	0.0%	100.0%
Casado						
Frecuencia	1	2	17	21	12	53
Porcentaje	1.9%	3.8%	32.1%	39.6%	22.6%	100.0%
Divorciado						
Frecuencia	1	2	0	1	1	5
Porcentaje	20.0%	40.0%	0.0%	20.0%	20.0%	100.0%
Unión libre						
Frecuencia	0	0	4	10	1	15
Porcentaje	0.0%	0.0%	26.7%	66.7%	6.7%	100.0%
Viudo						
Frecuencia	0	0	4	10	2	16
Porcentaje	0.0%	0.0%	25.0%	62.5%	12.5%	100.0%



Cuadro 26. Estado de civil y estado de salud

ESTADO CIVIL Y DOLOR

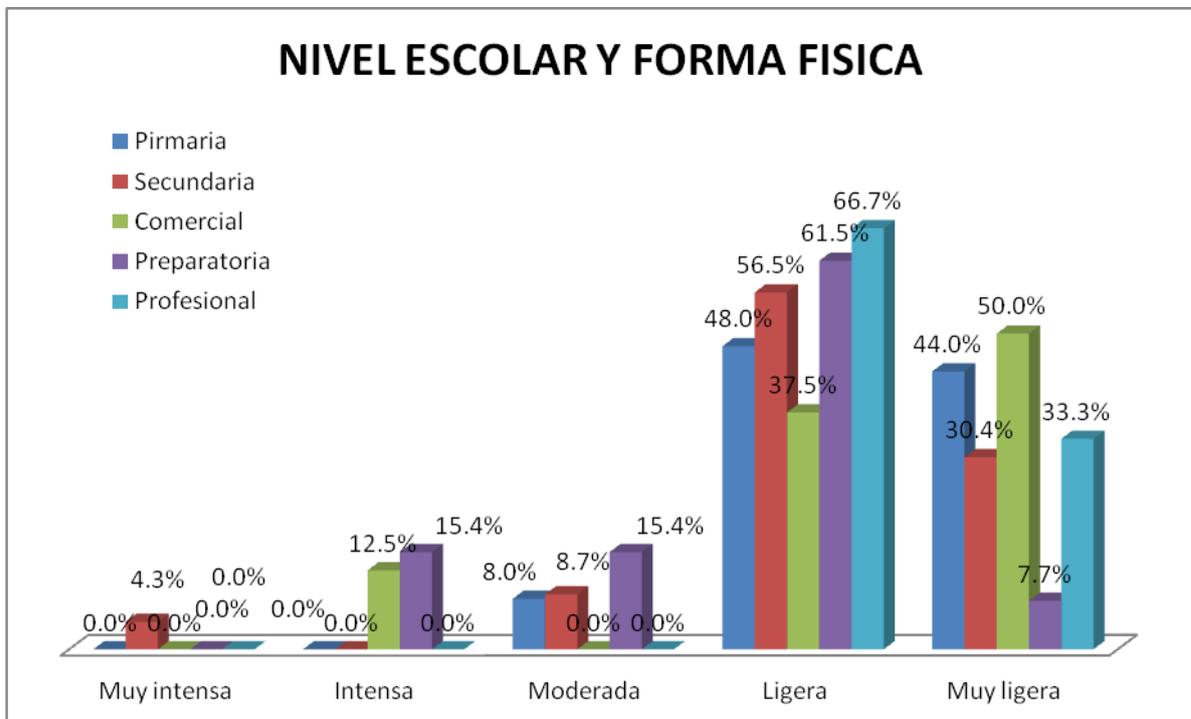
DOLOR						
Estado civil	Nada de dolor	Dolor muy leve	Dolor ligero	Dolor moderado	Dolor intenso	Total
Soltero						
Frecuencia	1	3	3	1	0	8
Porcentaje	12.5%	37.5%	37.5%	12.5%	0.0%	100.0%
Casado						
Frecuencia	4	4	17	8	20	53
Porcentaje	7.5%	7.5%	32.1%	15.1%	37.7%	100.0%
Divorciado						
Frecuencia	0	0	2	2	1	5
Porcentaje	0.0%	0.0%	40.0%	40.0%	20.0%	100.0%
Unión libre						
Frecuencia	0	3	6	3	3	15
Porcentaje	0.0%	20.0%	40.0%	20.0%	20.0%	100.0%
Viudo						
Frecuencia	0	1	2	2	11	16
Porcentaje	0.0%	6.3%	12.5%	12.5%	68.8%	100.0%



Cuadro 27. Estado civil y Dolor

NIVEL ESCOLAR Y FORMA FÍSICA

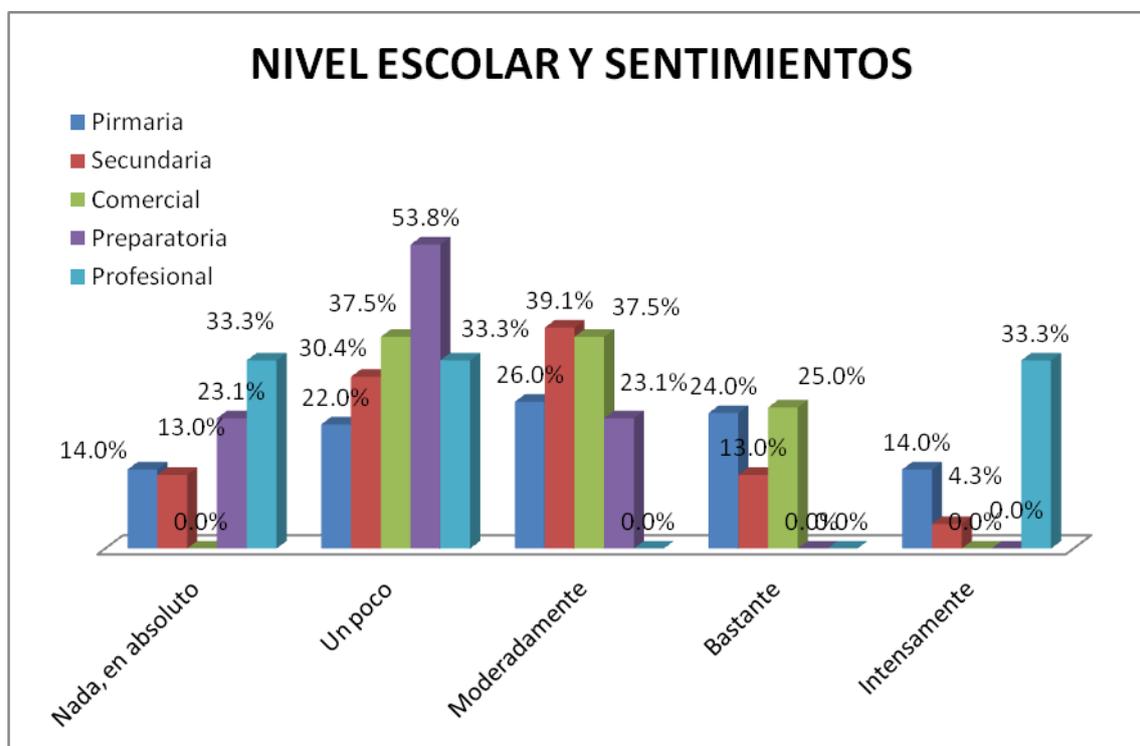
FORMA FISICA						
Nivel escolar	Muy intensa	Intensa	Moderada	Ligera	Muy ligera	Total
Primaria						
Frecuencia	0	0	4	24	22	50
Porcentaje	0.0%	0.0%	8.0%	48.0%	44.0%	100.0%
Secundaria						
Frecuencia	1	0	2	13	7	23
Porcentaje	4.3%	0.0%	8.7%	56.5%	30.4%	100.0%
Comercial						
Frecuencia	0	1	0	3	4	8
Porcentaje	0.0%	12.5%	0.0%	37.5%	50.0%	100.0%
Preparatoria						
Frecuencia	0	2	2	8	1	13
Porcentaje	0.0%	15.4%	15.4%	61.5%	7.7%	100.0%
Profesional						
Frecuencia	0	0	0	2	1	3
Porcentaje	0.0%	0.0%	0.0%	66.7%	33.3%	100.0%



Cuadro 28. Nivel escolar y forma física

NIVEL ESCOLAR Y SENTIMIENTOS

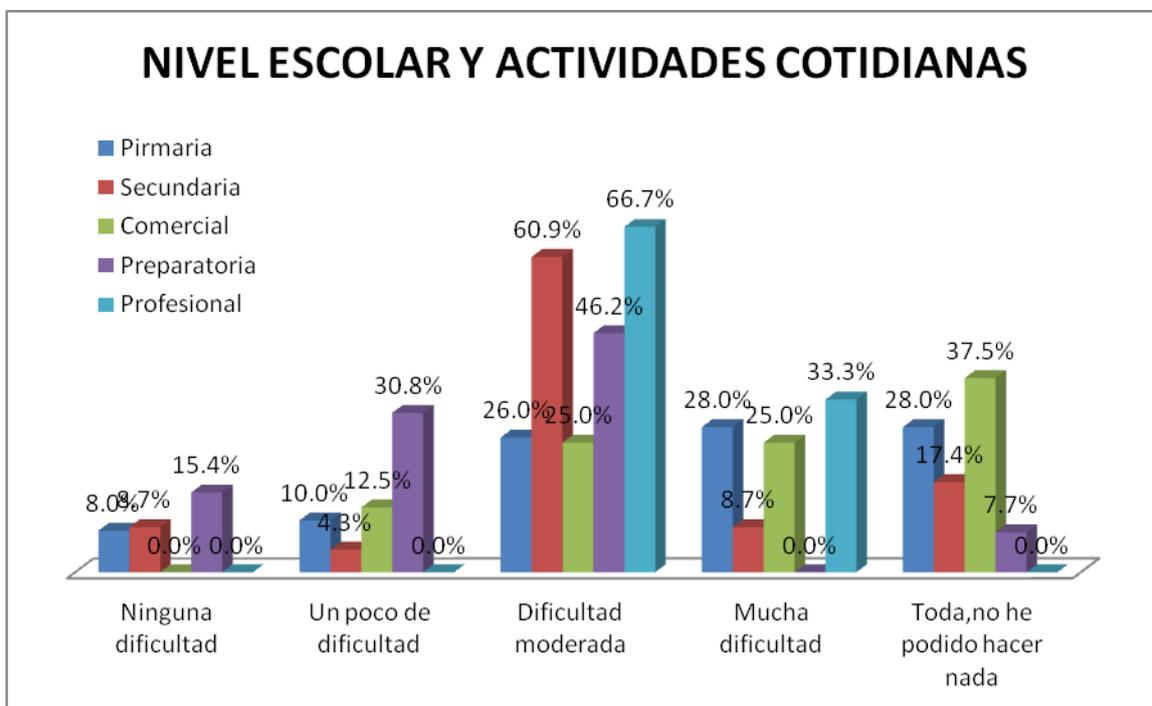
SENTIMIENTOS						
Nivel escolar	Nada, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Intensamente	Total
Primaria						
Frecuencia	7	11	13	12	7	50
Porcentaje	14.0%	22.0%	26.0%	24.0%	14.0%	100.0%
Secundaria						
Frecuencia	3	7	9	3	1	23
Porcentaje	13.0%	30.4%	39.1%	13.0%	4.3%	100.0%
Comercial						
Frecuencia	0	3	3	2	0	8
Porcentaje	0.0%	37.5%	37.5%	25.0%	0.0%	100.0%
Preparatoria						
Frecuencia	3	7	3	0	0	13
Porcentaje	23.1%	53.8%	23.1%	0.0%	0.0%	100.0%
Profesional						
Frecuencia	1	1	0	0	1	3
Porcentaje	33.3%	33.3%	0.0%	0.0%	33.3%	100.0%



Cuadro 29. Nivel escolar y sentimientos

NIVEL ESCOLAR Y ACTIVIDADES COTIDIANAS

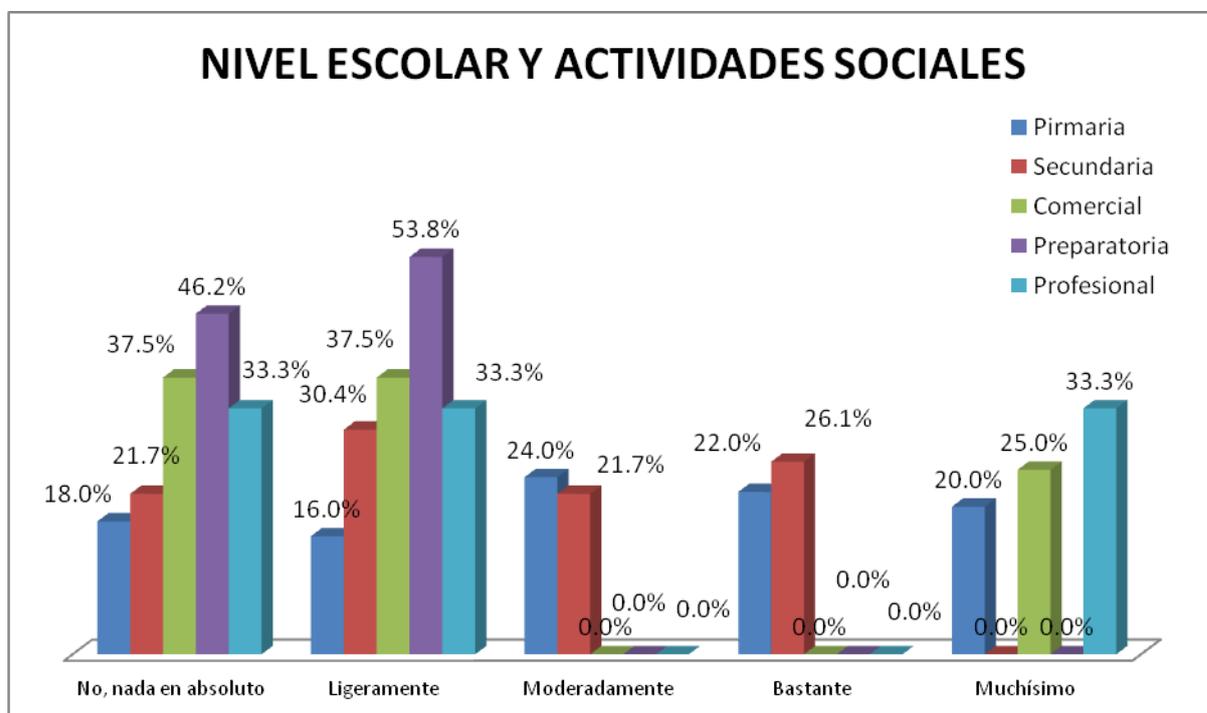
ACTIVIDADES COTIDIANAS						
Nivel escolar	Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Toda, no he podido hacer nada	Total
Primaria						
Frecuencia	4	5	13	14	14	50
Porcentaje	8.0%	10.0%	26.0%	28.0%	28.0%	100.0%
Secundaria						
Frecuencia	2	1	14	2	4	23
Porcentaje	8.7%	4.3%	60.9%	8.7%	17.4%	100.0%
Comercial						
Frecuencia	0	1	2	2	3	8
Porcentaje	0.0%	12.5%	25.0%	25.0%	37.5%	100.0%
Preparatoria						
Frecuencia	2	4	6	0	1	13
Porcentaje	15.4%	30.8%	46.2%	0.0%	7.7%	100.0%
Profesional						
Frecuencia	0	0	2	1	0	3
Porcentaje	0.0%	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%



Cuadro 30. Nivel escolar y actividades cotidianas

NIVEL ESCOLAR Y ACTIVIDADES SOCIALES

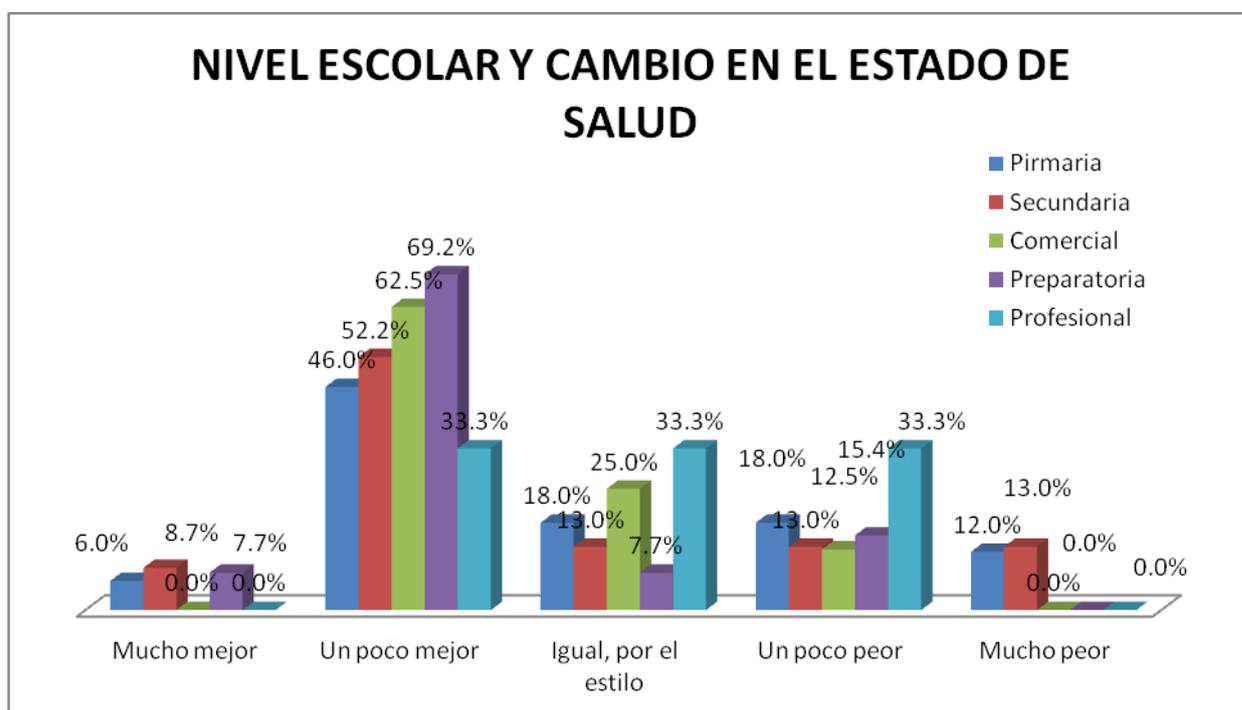
ACTIVIDADES SOCIALES						
Nivel escolar	No, nada en absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	Muchísimo	Total
Primaria						
Frecuencia	9	8	12	11	10	50
Porcentaje	18.0%	16.0%	24.0%	22.0%	20.0%	100.0%
Secundaria						
Frecuencia	5	7	5	6	0	23
Porcentaje	21.7%	30.4%	21.7%	26.1%	0.0%	100.0%
Comercial						
Frecuencia	3	3	0	0	2	8
Porcentaje	37.5%	37.5%	0.0%	0.0%	25.0%	100.0%
Preparatoria						
Frecuencia	6	7	0	0	0	13
Porcentaje	46.2%	53.8%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Profesional						
Frecuencia	1	1	0	0	1	3
Porcentaje	33.3%	33.3%	0.0%	0.0%	33.3%	100.0%



Cuadro 31. Nivel escolar y actividades sociales

NIVEL ESCOLAR Y CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD

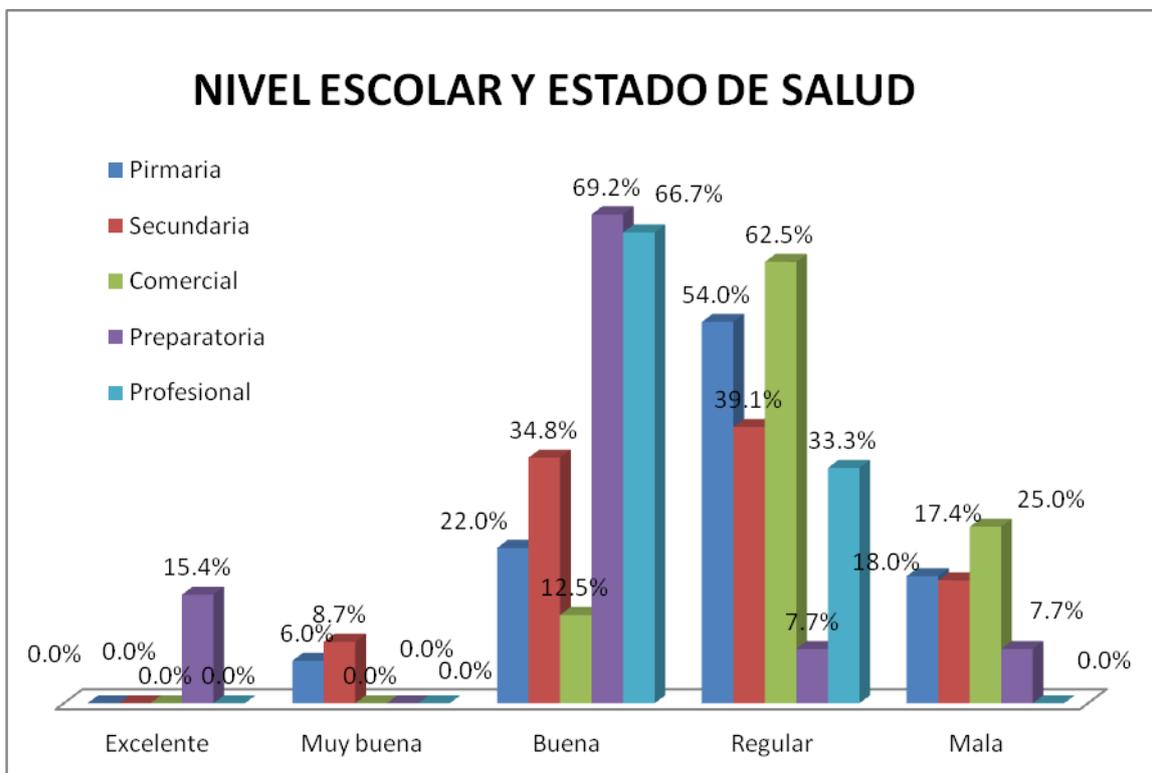
CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD						
Nivel escolar	Mucho mejor	Un poco mejor	Igual, por el estilo	Un poco peor	Mucho peor	Total
Primaria						
Frecuencia	3	23	9	9	6	50
Porcentaje	6.0%	46.0%	18.0%	18.0%	12.0%	100.0%
Secundaria						
Frecuencia	2	12	3	3	3	23
Porcentaje	8.7%	52.2%	13.0%	13.0%	13.0%	100.0%
Comercial						
Frecuencia	0	5	2	1	0	8
Porcentaje	0.0%	62.5%	25.0%	12.5%	0.0%	100.0%
Preparatoria						
Frecuencia	1	9	1	2	0	13
Porcentaje	7.7%	69.2%	7.7%	15.4%	0.0%	100.0%
Profesional						
Frecuencia	0	1	1	1	0	3
Porcentaje	0.0%	33.3%	33.3%	33.3%	0.0%	100.0%



Cuadro 32. Nivel escolar y cambio en el estado de salud

NIVEL ESCOLAR Y ESTADO DE SALUD

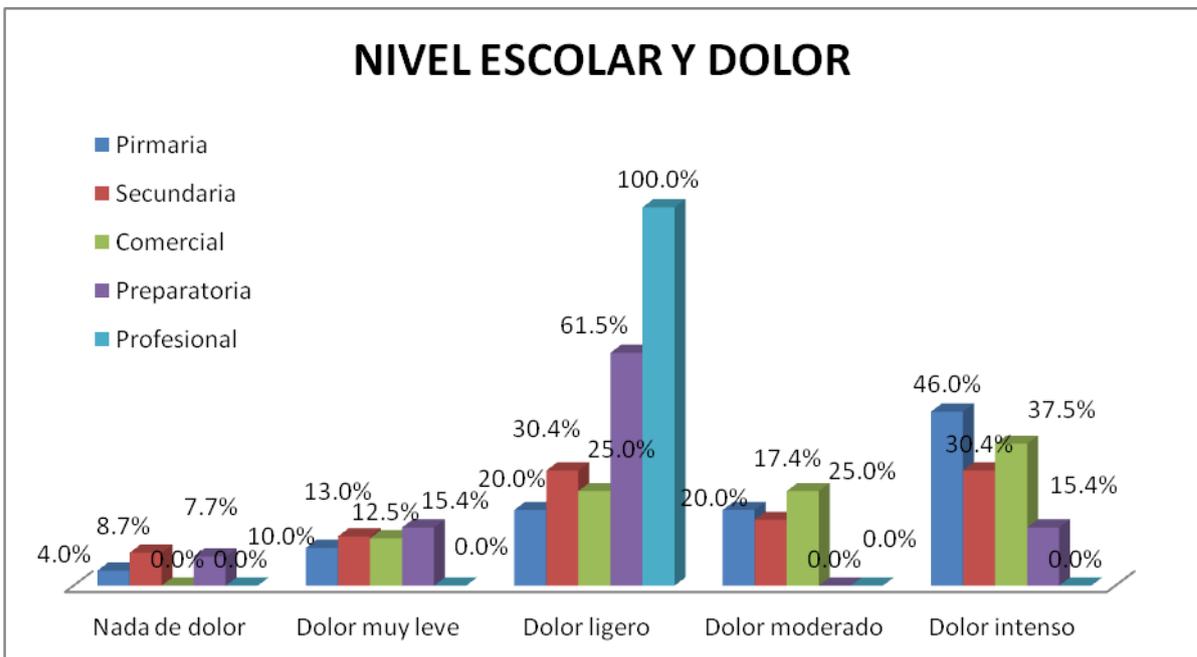
ESTADO DE SALUD						
Nivel escolar	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Total
Primaria						
Frecuencia	0	3	11	27	9	50
Porcentaje	0.0%	6.0%	22.0%	54.0%	18.0%	100.0%
Secundaria						
Frecuencia	0	2	8	9	4	23
Porcentaje	0.0%	8.7%	34.8%	39.1%	17.4%	100.0%
Comercial						
Frecuencia	0	0	1	5	2	8
Porcentaje	0.0%	0.0%	12.5%	62.5%	25.0%	100.0%
Preparatoria						
Frecuencia	2	0	9	1	1	13
Porcentaje	15.4%	0.0%	69.2%	7.7%	7.7%	100.0%
Profesional						
Frecuencia	0	0	2	1	0	3
Porcentaje	0.0%	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%



Cuadro 33. Nivel escolar y estado de salud

NIVEL ESCOLAR Y DOLOR

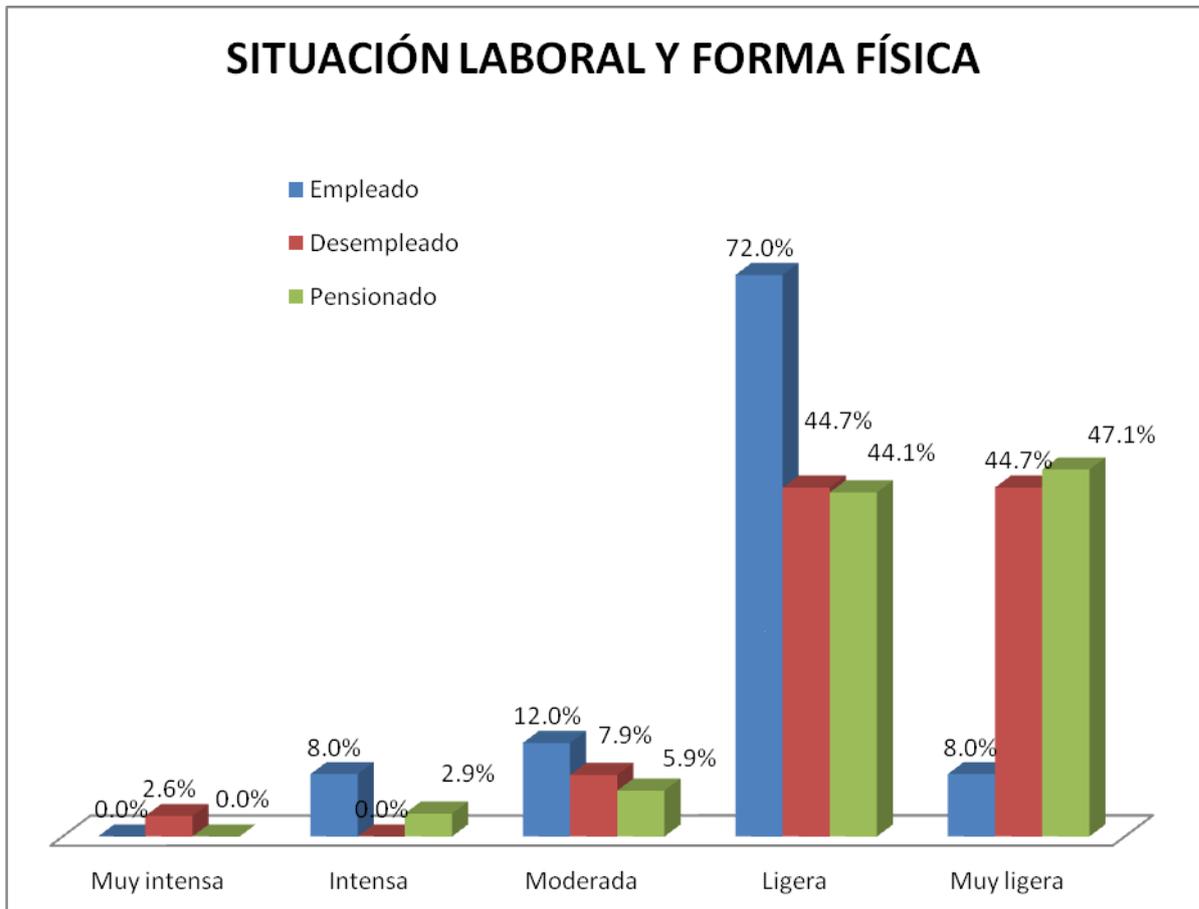
		DOLOR					
Nivel escolar	Nada de dolor	Dolor muy leve	Dolor ligero	Dolor moderado	Dolor intenso	Total	
Primaria							
Frecuencia	2	5	10	10	23	50	
Porcentaje	4.0%	10.0%	20.0%	20.0%	46.0%	100.0%	
Secundaria							
Frecuencia	2	3	7	4	7	23	
Porcentaje	8.7%	13.0%	30.4%	17.4%	30.4%	100.0%	
Comercial							
Frecuencia	0	1	2	2	3	8	
Porcentaje	0.0%	12.5%	25.0%	25.0%	37.5%	100.0%	
Preparatoria							
Frecuencia	1	2	8	0	2	13	
Porcentaje	7.7%	15.4%	61.5%	0.0%	15.4%	100.0%	
Profesional							
Frecuencia	0	0	3	0	0	3	
Porcentaje	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	



Cuadro 34. Nivel escolar y dolor

SITUACIÓN LABORAL Y FORMA FÍSICA

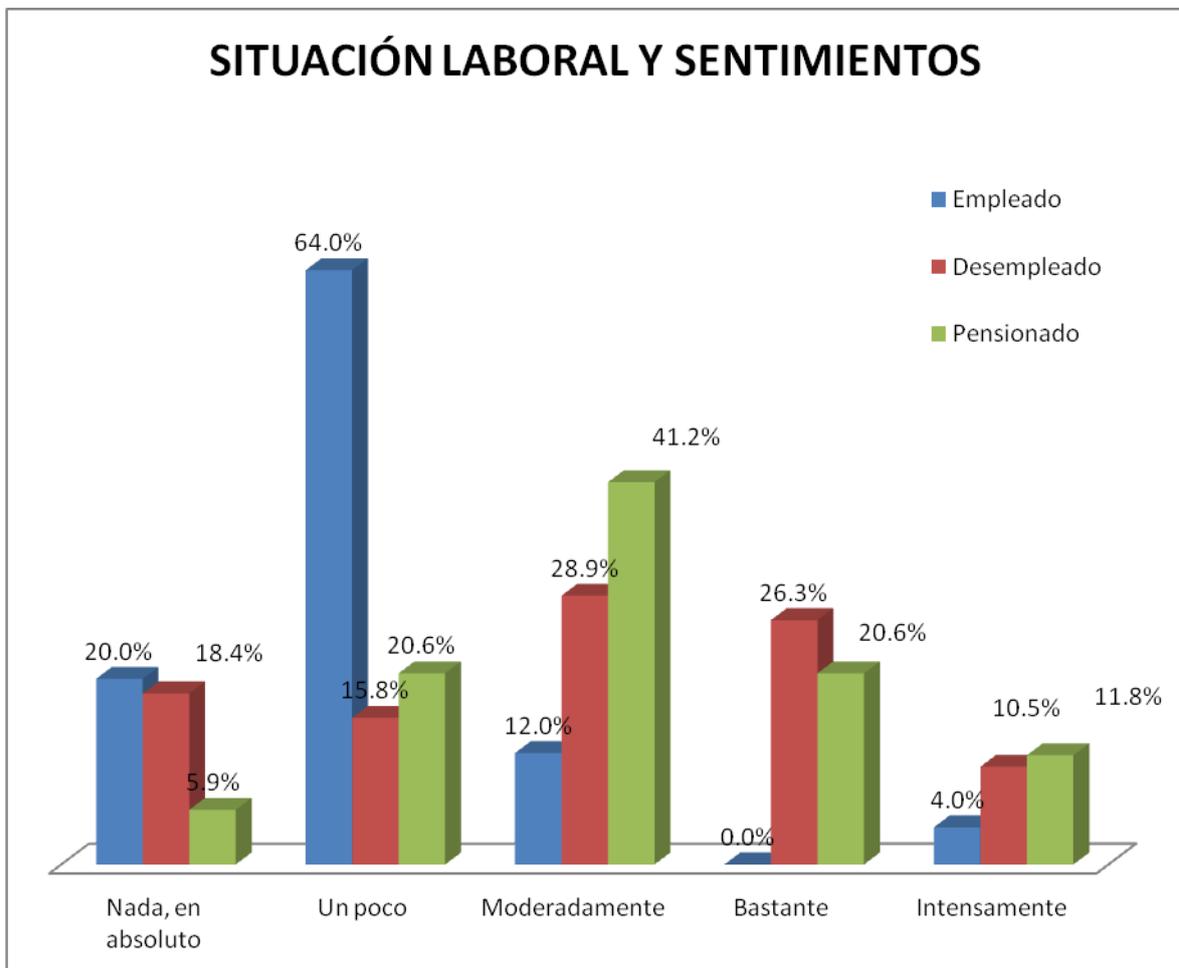
FORMA FÍSICA						
Situación laboral	Muy intensa	Intensa	Moderada	Ligera	Muy ligera	Total
Empleado						
Frecuencia	0	2	3	18	2	25
Porcentaje	0.0%	8.0%	12.0%	72.0%	8.0%	100.0%
Desempleado						
Frecuencia	1	0	3	17	17	38
Porcentaje	2.6%	0.0%	7.9%	44.7%	44.7%	100.0%
Pensionado						
Frecuencia	0	1	2	15	16	34
Porcentaje	0.0%	2.9%	5.9%	44.1%	47.1%	100.0%



Cuadro 35. Situación laboral y forma física

SITUACIÓN LABORAL Y SENTIMIENTOS

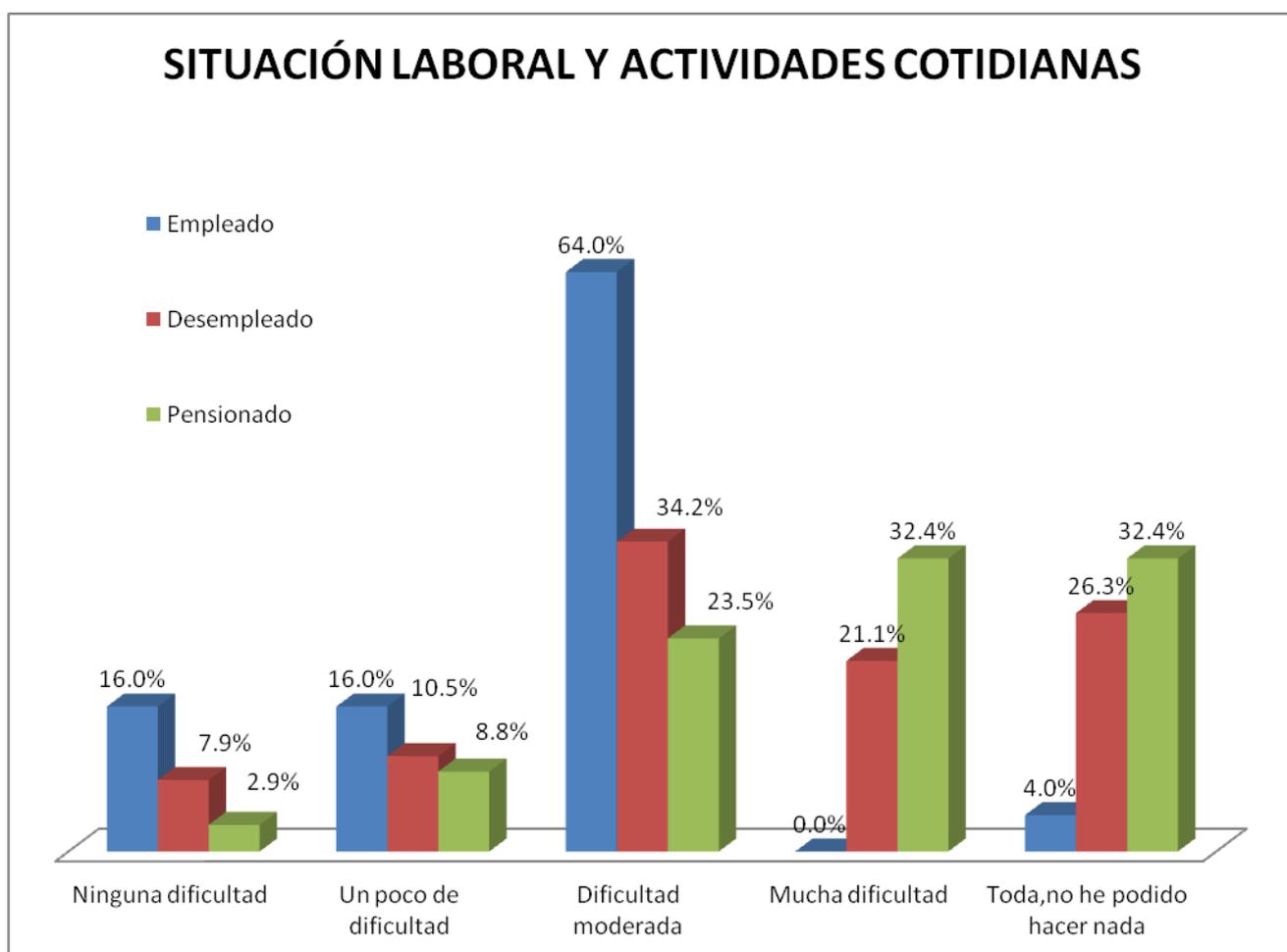
Situación laboral	SENTIMIENTOS					Total
	Nada, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Intensamente	
Empleado						
Frecuencia	5	16	3	0	1	25
Porcentaje	20.0%	64.0%	12.0%	0.0%	4.0%	100.0%
Desempleado						
Frecuencia	7	6	11	10	4	38
Porcentaje	18.4%	15.8%	28.9%	26.3%	10.5%	100.0%
Pensionado						
Frecuencia	2	7	14	7	4	34
Porcentaje	5.9%	20.6%	41.2%	20.6%	11.8%	100.0%



Cuadro 36. Situación laboral y sentimientos

SITUACIÓN LABORAL Y ACTIVIDADES COTIDIANAS

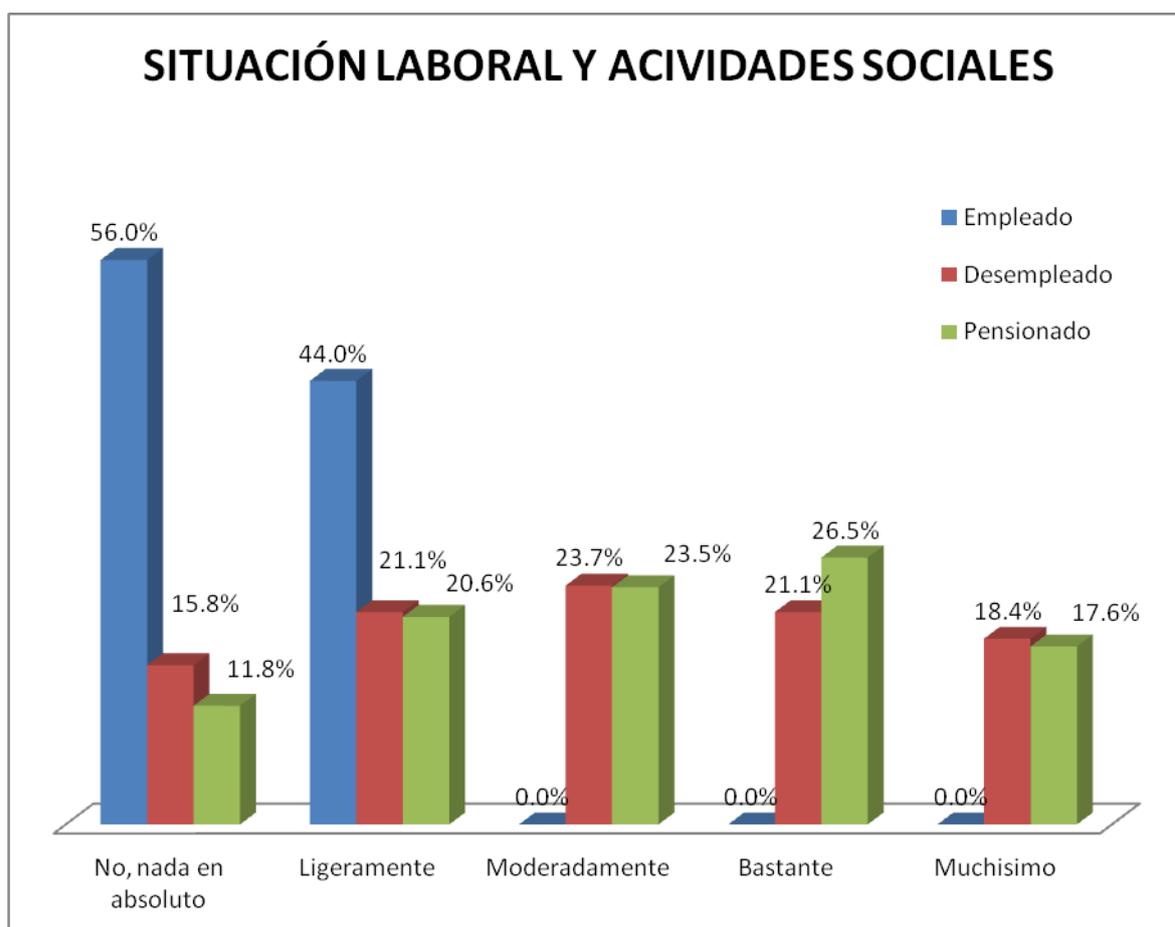
ACTIVIDADES COTIDIANAS						
Situación laboral	Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Toda, no he podido hacer nada	Total
Empleado						
Frecuencia	4	4	16	0	1	25
Porcentaje	16.0%	16.0%	64.0%	0.0%	4.0%	100.0%
Desempleado						
Frecuencia	3	4	13	8	10	38
Porcentaje	7.9%	10.5%	34.2%	21.1%	26.3%	100.0%
Pensionado						
Frecuencia	1	3	8	11	11	34
Porcentaje	2.9%	8.8%	23.5%	32.4%	32.4%	100.0%



Cuadro 37. Situación laboral y actividades cotidianas

SITUACIÓN LABORAL Y ACTIVIDADES SOCIALES

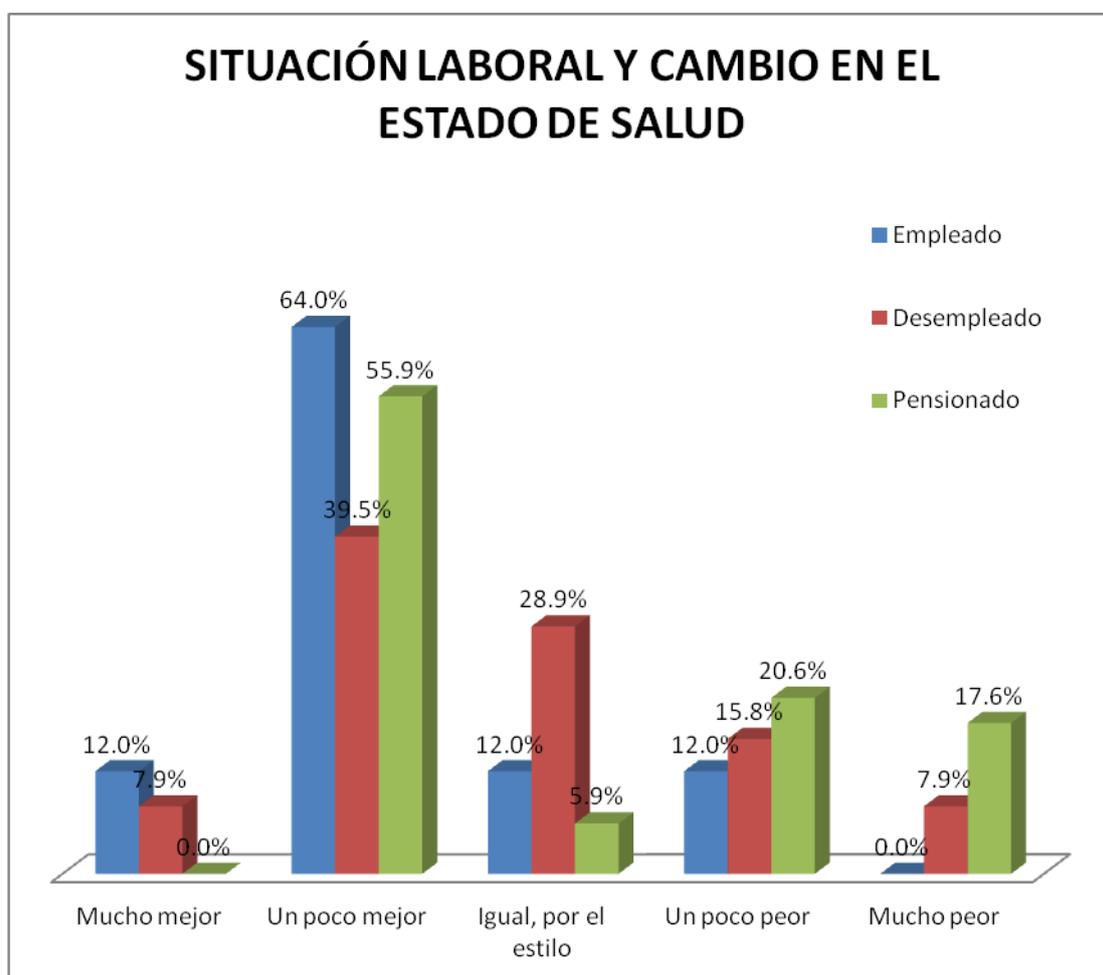
ACTIVIDADES SOCIALES						
Situación laboral	No, nada en absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	Muchísimo	Total
Empleado						
Frecuencia	14	11	0	0	0	25
Porcentaje	56.0%	44.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Desempleado						
Frecuencia	6	8	9	8	7	38
Porcentaje	15.8%	21.1%	23.7%	21.1%	18.4%	100.0%
Pensionado						
Frecuencia	4	7	8	9	6	34
Porcentaje	11.8%	20.6%	23.5%	26.5%	17.6%	100.0%



Cuadro 38. Situación laboral y actividades sociales

SITUACIÓN LABORAL Y CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD

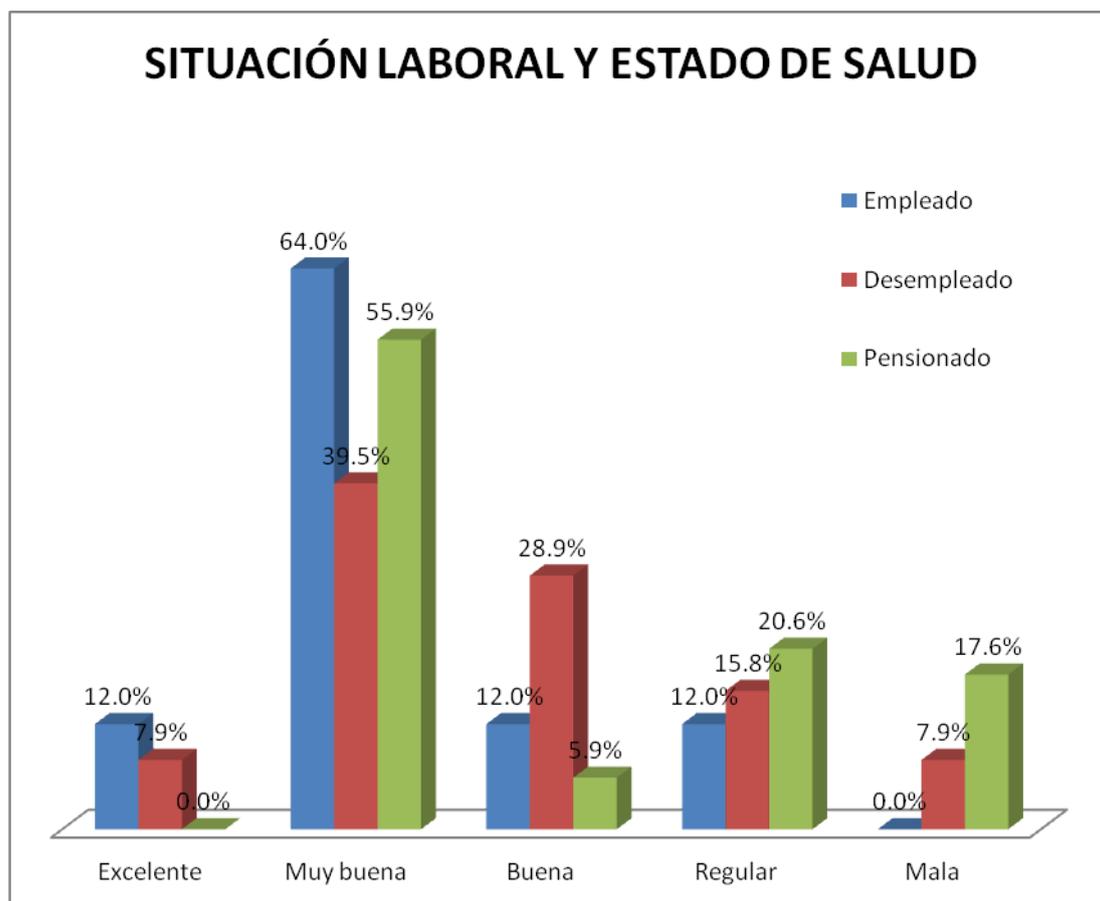
CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD						
Situación laboral	Mucho mejor	Un poco mejor	Igual, por el estilo	Un poco peor	Mucho peor	Total
Empleado						
Frecuencia	3	16	3	3	0	25
Porcentaje	12.0%	64.0%	12.0%	12.0%	0.0%	100.0%
Desempleado						
Frecuencia	3	15	11	6	3	38
Porcentaje	7.9%	39.5%	28.9%	15.8%	7.9%	100.0%
Pensionado						
Frecuencia	0	19	2	7	6	34
Porcentaje	0.0%	55.9%	5.9%	20.6%	17.6%	100.0%



Cuadro 39. Situación laboral y cambio en el estado de salud

SITUACIÓN LABORAL Y ESTADO DE SALUD

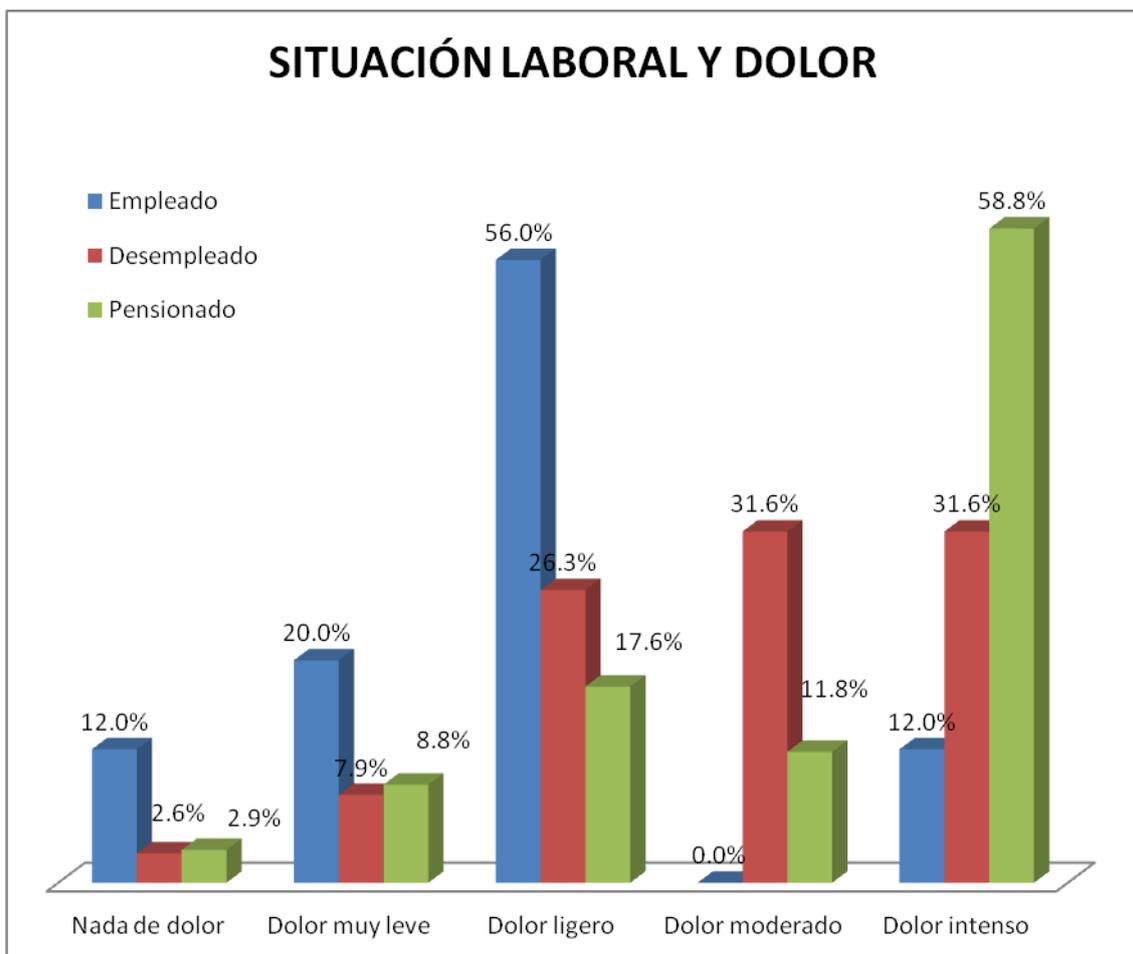
ESTADO DE SALUD						
Situación laboral	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Total
Empleado						
Frecuencia	3	16	3	3	0	25
Porcentaje	12.0%	64.0%	12.0%	12.0%	0.0%	100.0%
Desempleado						
Frecuencia	3	15	11	6	3	38
Porcentaje	7.9%	39.5%	28.9%	15.8%	7.9%	100.0%
Pensionado						
Frecuencia	0	19	2	7	6	34
Porcentaje	0.0%	55.9%	5.9%	20.6%	17.6%	100.0%



Cuadro 40. Situación laboral y cambio en el estado de salud

SITUACIÓN LABORAL Y DOLOR

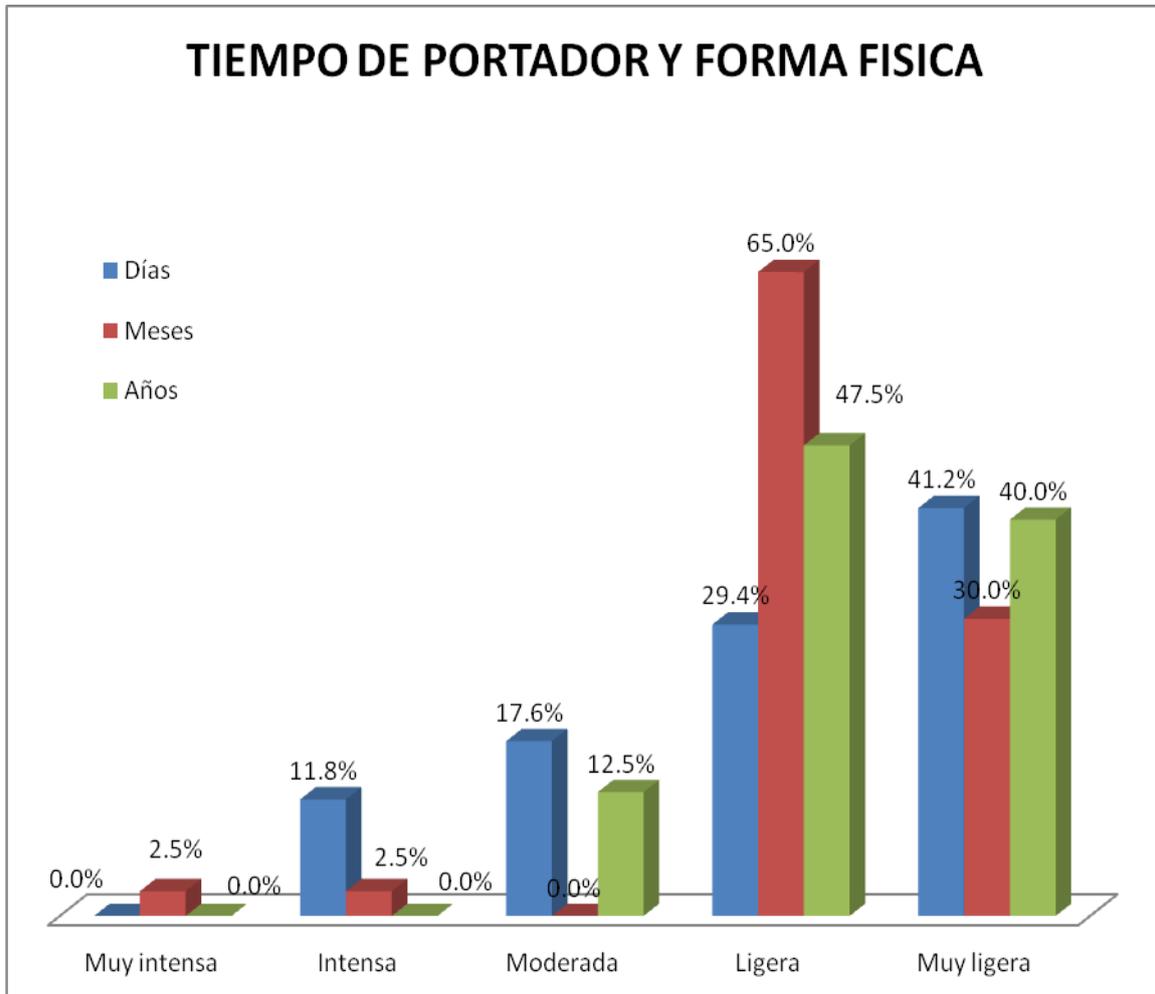
DOLOR						
	Nada de dolor	Dolor muy leve	Dolor ligero	Dolor moderado	Dolor intenso	Total
Empleado						
Frecuencia	3	5	14	0	3	25
Porcentaje	12.0%	20.0%	56.0%	0.0%	12.0%	100.0%
Desempleado						
Frecuencia	1	3	10	12	12	38
Porcentaje	2.6%	7.9%	26.3%	31.6%	31.6%	100.0%
Pensionado						
Frecuencia	1	3	6	4	20	34
Porcentaje	2.9%	8.8%	17.6%	11.8%	58.8%	100.0%



Cuadro 41. Situación laboral y dolor

TIEMPO DE PORTADOR Y FORMA FÍSICA

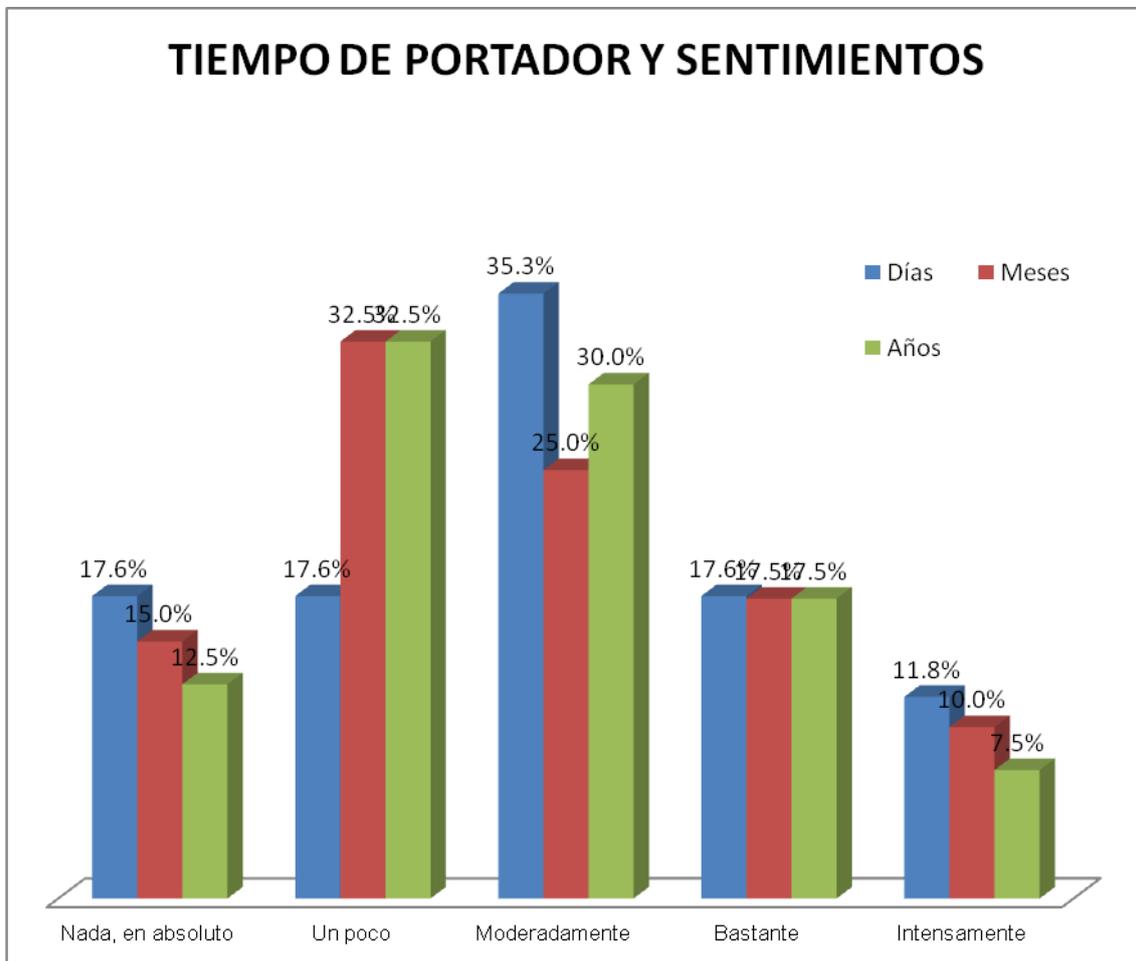
FORMA FÍSICA						
Tiempo de portador	Muy intensa	Intensa	Moderada	Ligera	Muy ligera	Total
Días						
Frecuencia	0	2	3	5	7	17
Porcentaje	0.0%	11.8%	17.6%	29.4%	41.2%	100.0%
Meses						
Frecuencia	1	1	0	26	12	40
Porcentaje	2.5%	2.5%	0.0%	65.0%	30.0%	100.0%
Años						
Frecuencia	0	0	5	19	16	40
Porcentaje	0.0%	0.0%	12.5%	47.5%	40.0%	100.0%



Cuadro 42. Tiempo de portador y forma física

TIEMPO DE PORTADOR Y SENTIMIENTOS

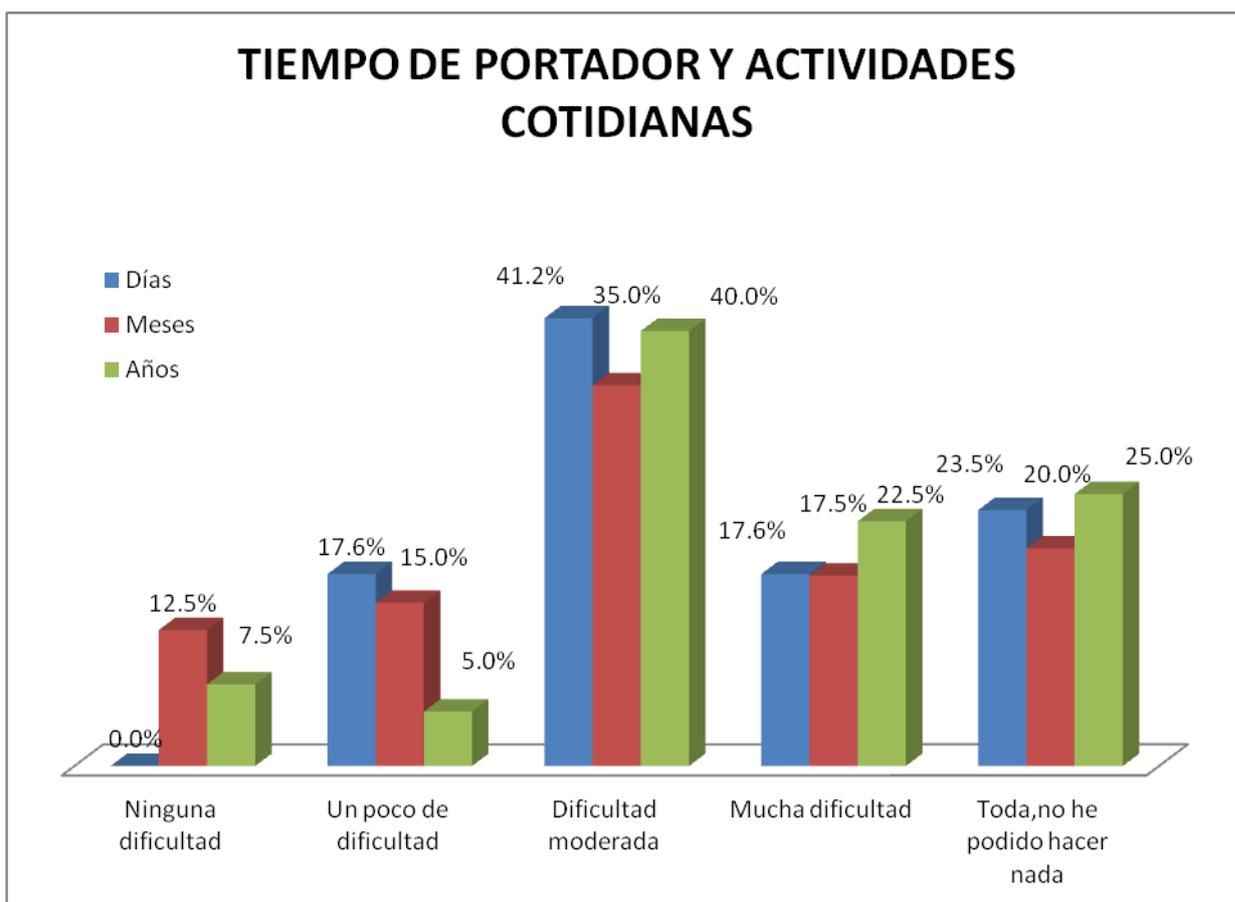
SENTIMIENTOS						
Tiempo de portador	Nada, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Intensamente	Total
Días						
Frecuencia	3	3	6	3	2	17
Porcentaje	17.6%	17.6%	35.3%	17.6%	11.8%	100.0%
Meses						
Frecuencia	6	13	10	7	4	40
Porcentaje	15.0%	32.5%	25.0%	17.5%	10.0%	100.0%
Años						
Frecuencia	5	13	12	7	3	40
Porcentaje	12.5%	32.5%	30.0%	17.5%	7.5%	100.0%



Cuadro 43. Tiempo de portador y sentimientos

TIEMPO DE PORTADOR Y ACTIVIDADES COTIDIANAS

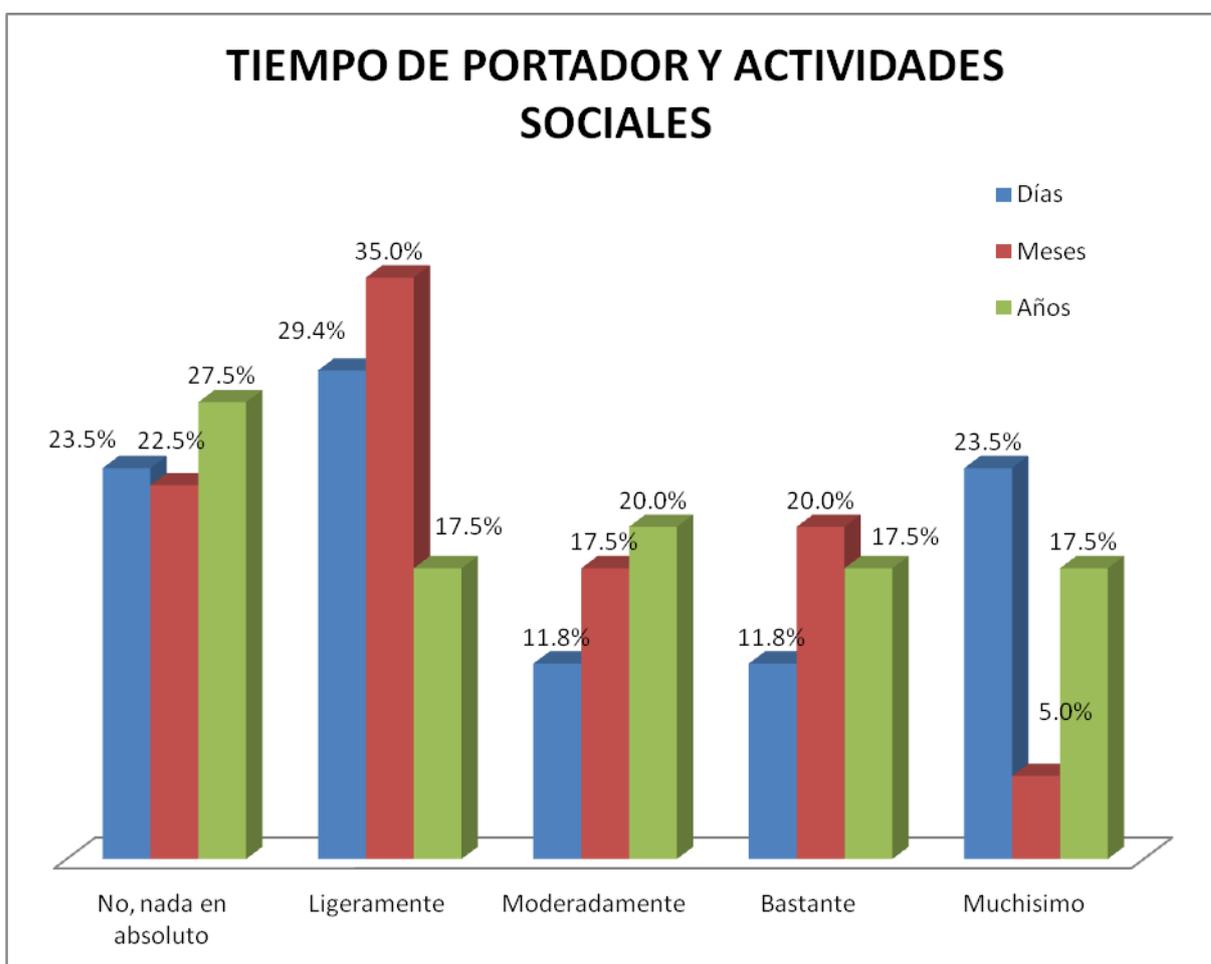
ACTIVIDADES COTIDIANAS						
Tiempo de portador	Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Toda, no he podido hacer nada	Total
Días						
Frecuencia	0	3	7	3	4	17
Porcentaje	0.0%	17.6%	41.2%	17.6%	23.5%	100.0%
Meses						
Frecuencia	5	6	14	7	8	40
Porcentaje	12.5%	15.0%	35.0%	17.5%	20.0%	100.0%
Años						
Frecuencia	3	2	16	9	10	40
Porcentaje	7.5%	5.0%	40.0%	22.5%	25.0%	100.0%



Cuadro 44. Tiempo de portador y actividades cotidianas

TIEMPO DE PORTADOR Y ACTIVIDADES SOCIALES

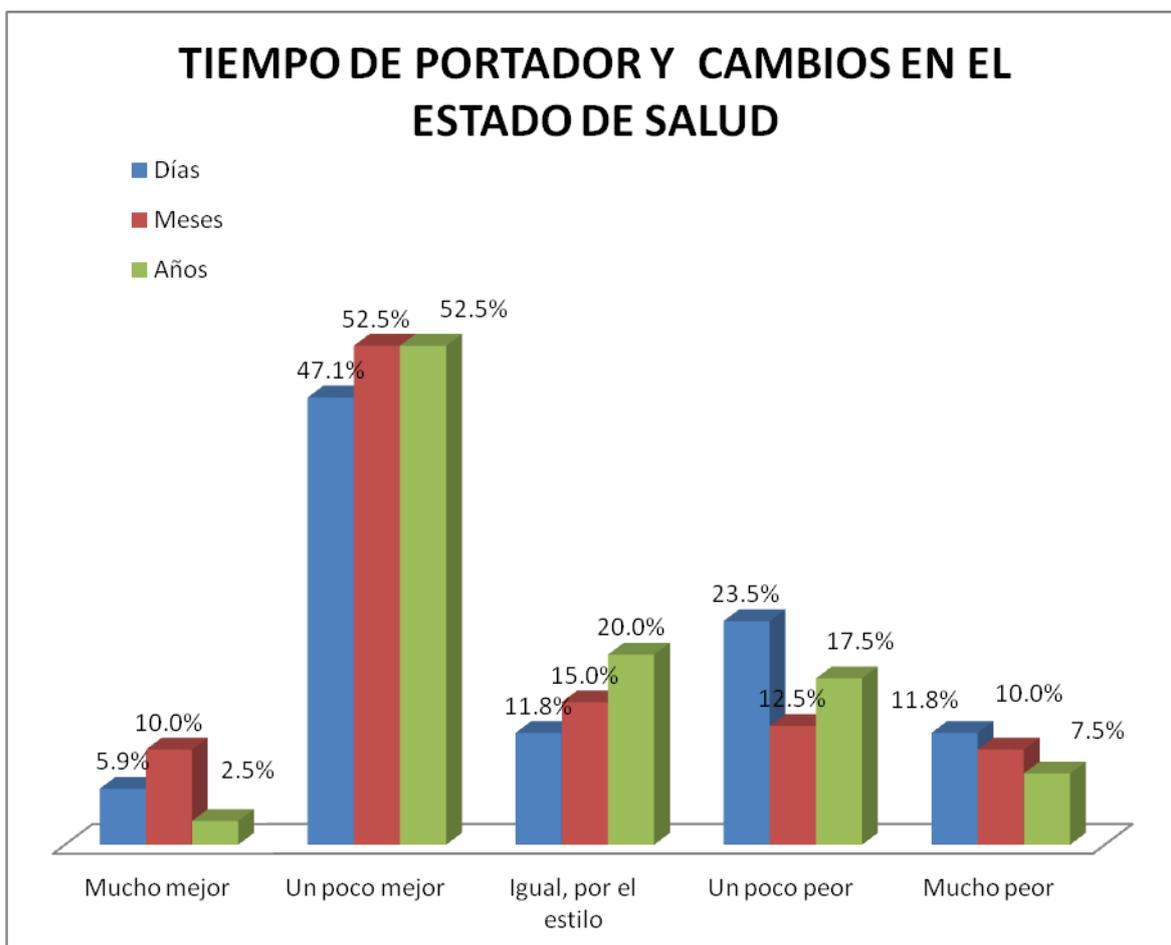
ACTIVIDADES SOCIALES						
Tiempo de portador	No, nada en absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	Muchísimo	Total
Días						
Frecuencia	4	5	2	2	4	17
Porcentaje	23.5%	29.4%	11.8%	11.8%	23.5%	100.0%
Meses						
Frecuencia	9	14	7	8	2	40
Porcentaje	22.5%	35.0%	17.5%	20.0%	5.0%	100.0%
Años						
Frecuencia	11	7	8	7	7	40
Porcentaje	27.5%	17.5%	20.0%	17.5%	17.5%	100.0%



Cuadro 45. Tiempo de portador y actividades sociales

TIEMPO DE PORTADOR Y CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD

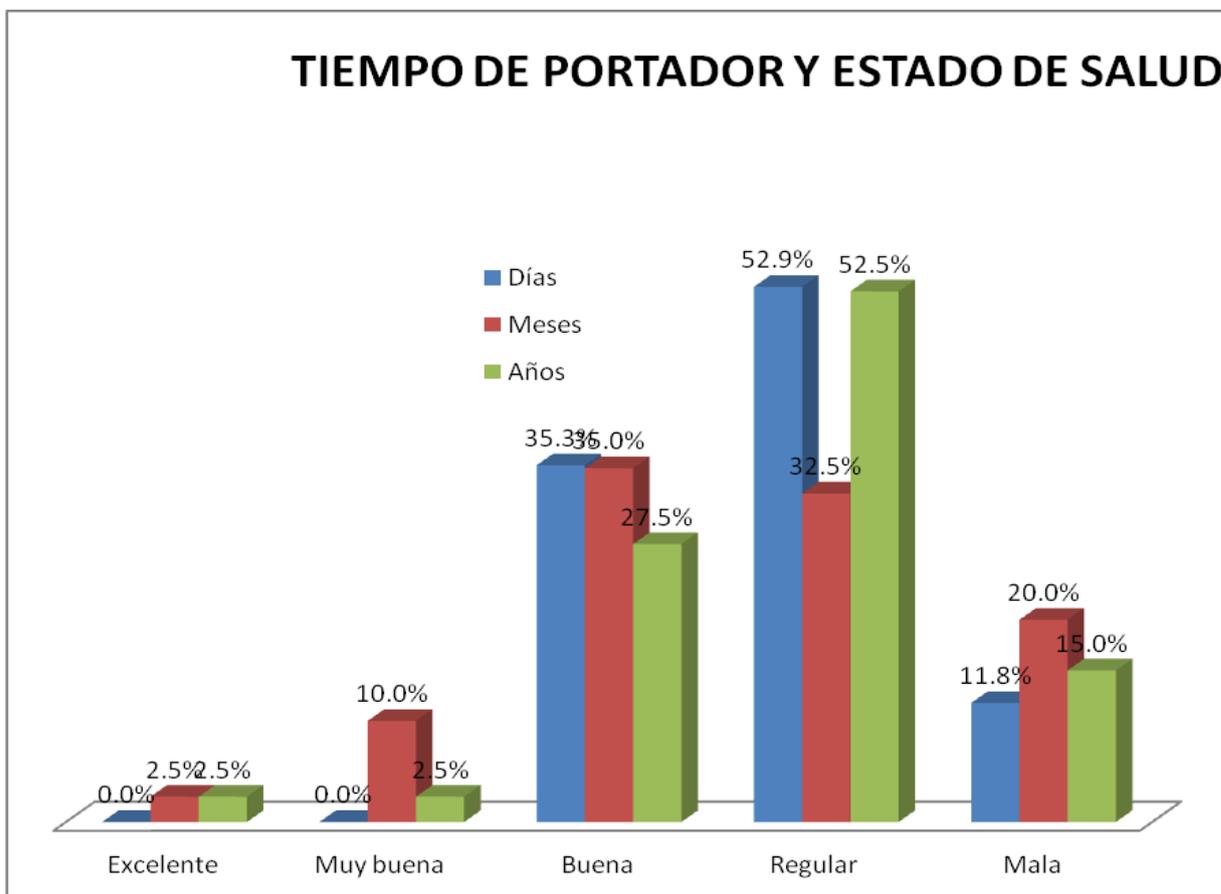
CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD						
Tiempo de portador	Mucho mejor	Un poco mejor	Igual, por el estilo	Un poco peor	Mucho peor	Total
Días						
Frecuencia	1	8	2	4	2	17
Porcentaje	5.9%	47.1%	11.8%	23.5%	11.8%	100.0%
Meses						
Frecuencia	4	21	6	5	4	40
Porcentaje	10.0%	52.5%	15.0%	12.5%	10.0%	100.0%
Años						
Frecuencia	1	21	8	7	3	40
Porcentaje	2.5%	52.5%	20.0%	17.5%	7.5%	100.0%



Cuadro 46. Tiempo de portador y cambios en el estado de salud

TIEMPO DE PORTADOR Y ESTADO DE SALUD

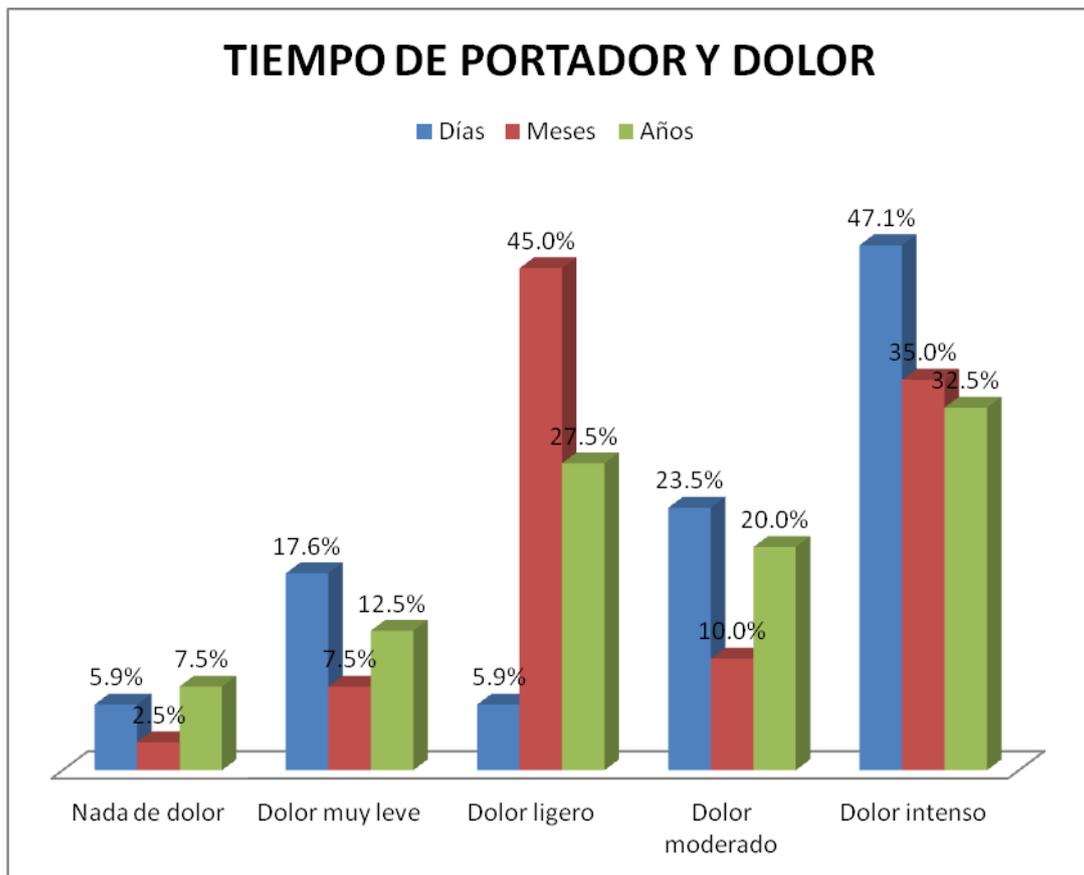
ESTADO DE SALUD						
Tiempo de portador	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	tal
Días						
Frecuencia	0	0	6	9	2	17
Porcentaje	0.0%	0.0%	35.3%	52.9%	11.8%	100.0%
Meses						
Frecuencia	1	4	14	13	8	40
Porcentaje	2.5%	10.0%	35.0%	32.5%	20.0%	100.0%
Años						
Frecuencia	1	1	11	21	6	40
Porcentaje	2.5%	2.5%	27.5%	52.5%	15.0%	100.0%



Cuadro 47. Tiempo de portador y estado de salud

TIEMPO DE PORTADOR Y DOLOR

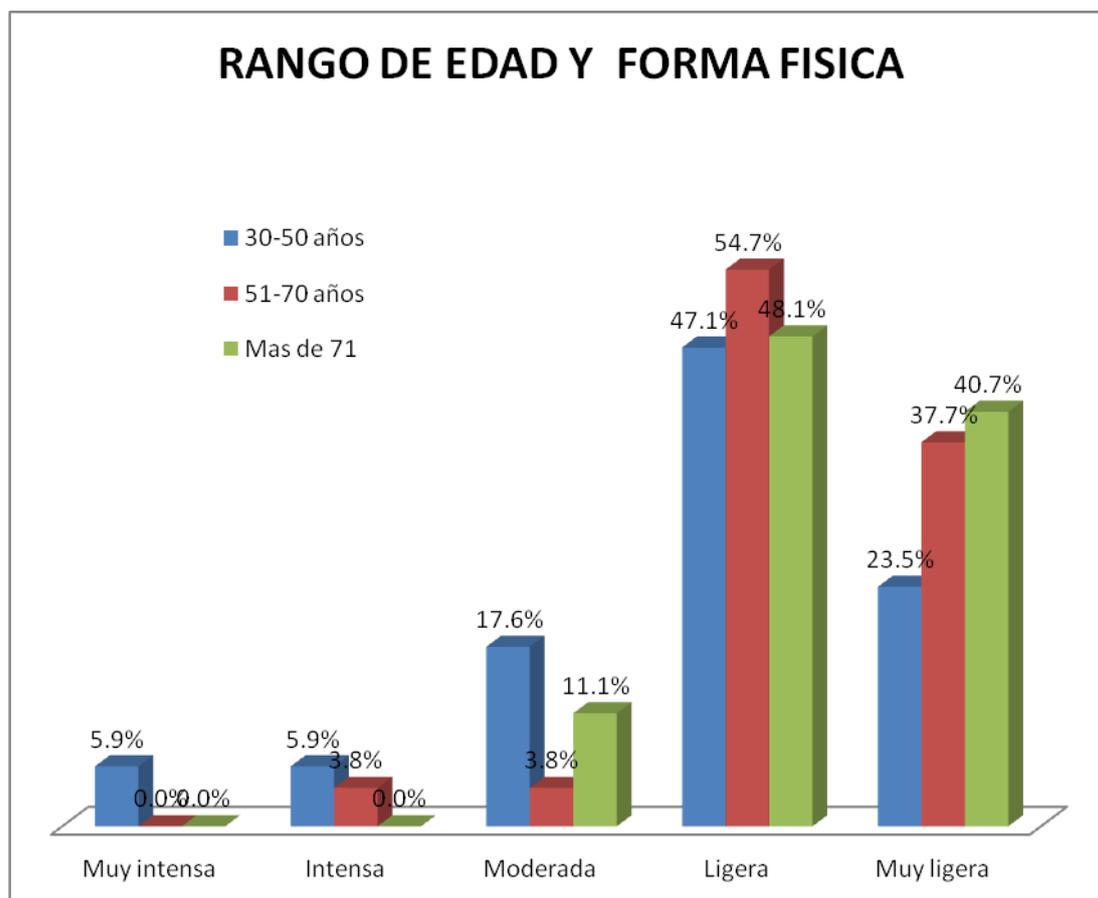
	DOLOR					
Tiempo de portador	Nada de dolor	Dolor muy leve	Dolor ligero	Dolor moderado	Dolor intenso	Total
Días						
Frecuencia	1	3	1	4	8	17
Porcentaje	5.9%	17.6%	5.9%	23.5%	47.1%	100.0%
Meses						
Frecuencia	1	3	18	4	14	40
Porcentaje	2.5%	7.5%	45.0%	10.0%	35.0%	100.0%
Años						
Frecuencia	3	5	11	8	13	40
Porcentaje	7.5%	12.5%	27.5%	20.0%	32.5%	100.0%



Cuadro 48. Tiempo de portador y dolor

RANGO DE EDAD Y FORMA FISICA

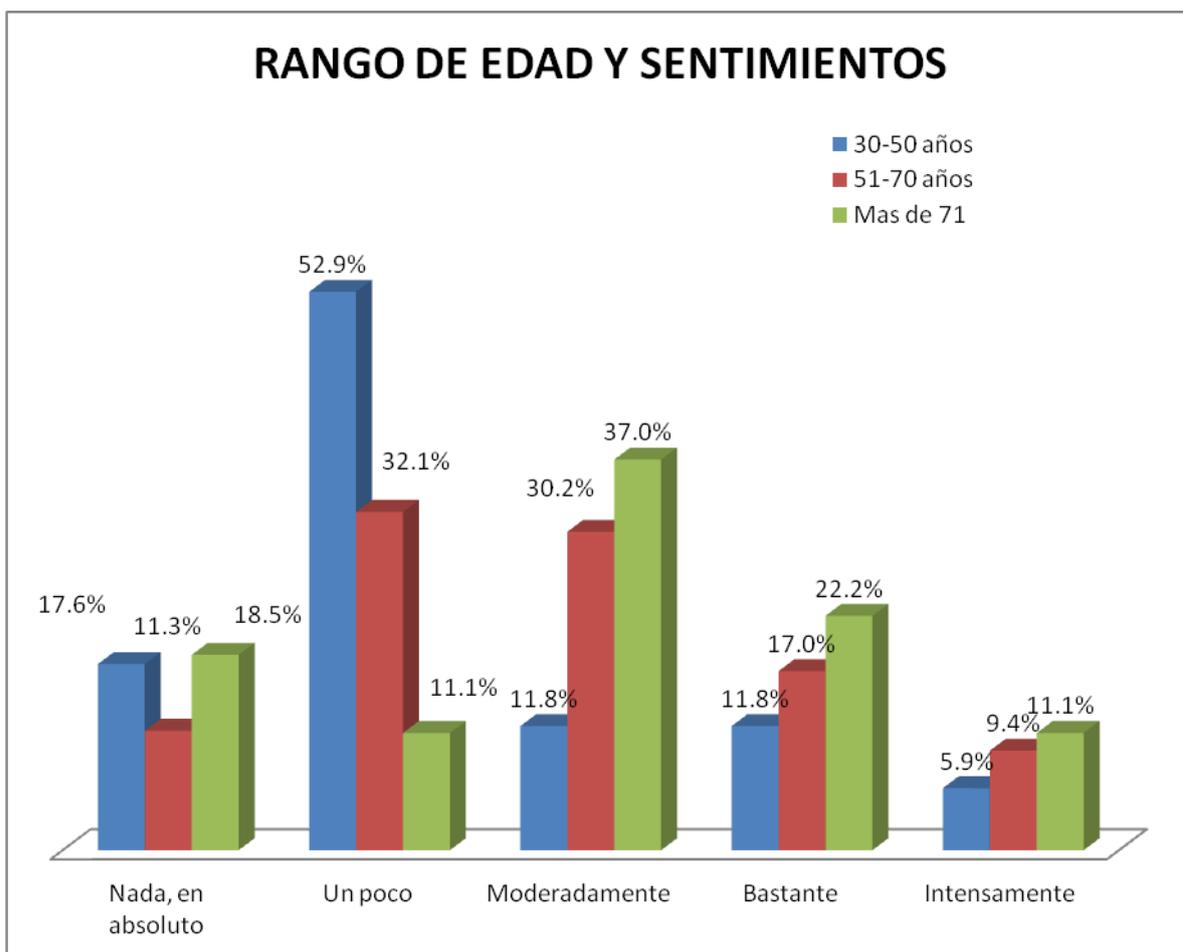
FORMA FISICA						
Rango de edad	Muy intensa	Intensa	Moderada	Ligera	Muy ligera	Total
30-50 años						
Frecuencia	1	1	3	8	4	17
Porcentaje	5.9%	5.9%	17.6%	47.1%	23.5%	100.0%
51-70 años						
Frecuencia	0	2	2	29	20	53
Porcentaje	0.0%	3.8%	3.8%	54.7%	37.7%	100.0%
Más de 71						
Frecuencia	0	0	3	13	11	27
Porcentaje	0.0%	0.0%	11.1%	48.1%	40.7%	100.0%



Cuadro 49. Rango de edad y forma física

RANGO DE EDAD Y SENTIMIENTOS

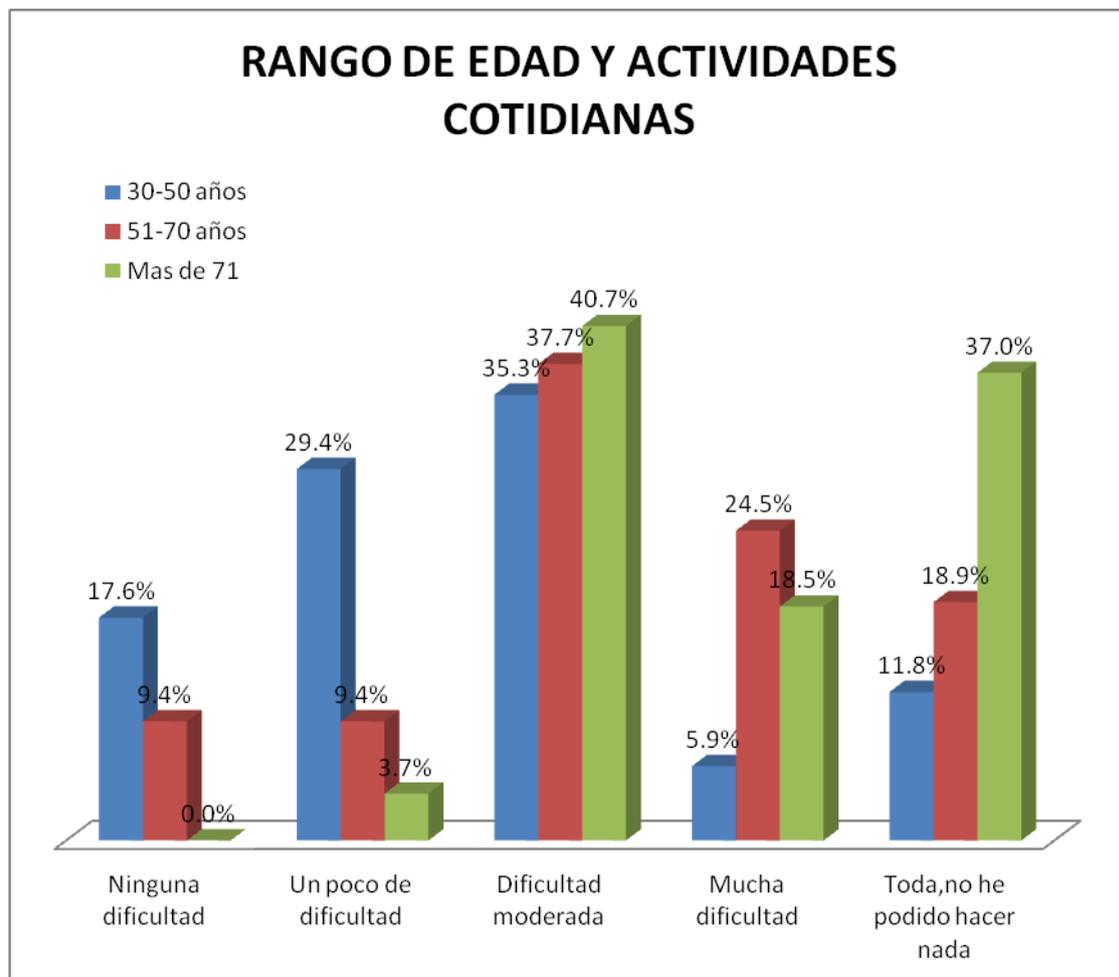
SENTIMIENTOS						
Rango de edad	Nada, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Intensamente	Total
30-50 años						
Frecuencia	3	9	2	2	1	17
Porcentaje	17.6%	52.9%	11.8%	11.8%	5.9%	100.0%
51-70 años						
Frecuencia	6	17	16	9	5	53
Porcentaje	11.3%	32.1%	30.2%	17.0%	9.4%	100.0%
Más de 71						
Frecuencia	5	3	10	6	3	27
Porcentaje	18.5%	11.1%	37.0%	22.2%	11.1%	100.0%



Cuadro 50. Rango de edad y sentimientos

RANGO DE EDAD Y ACTIVIDADES COTIDIANAS

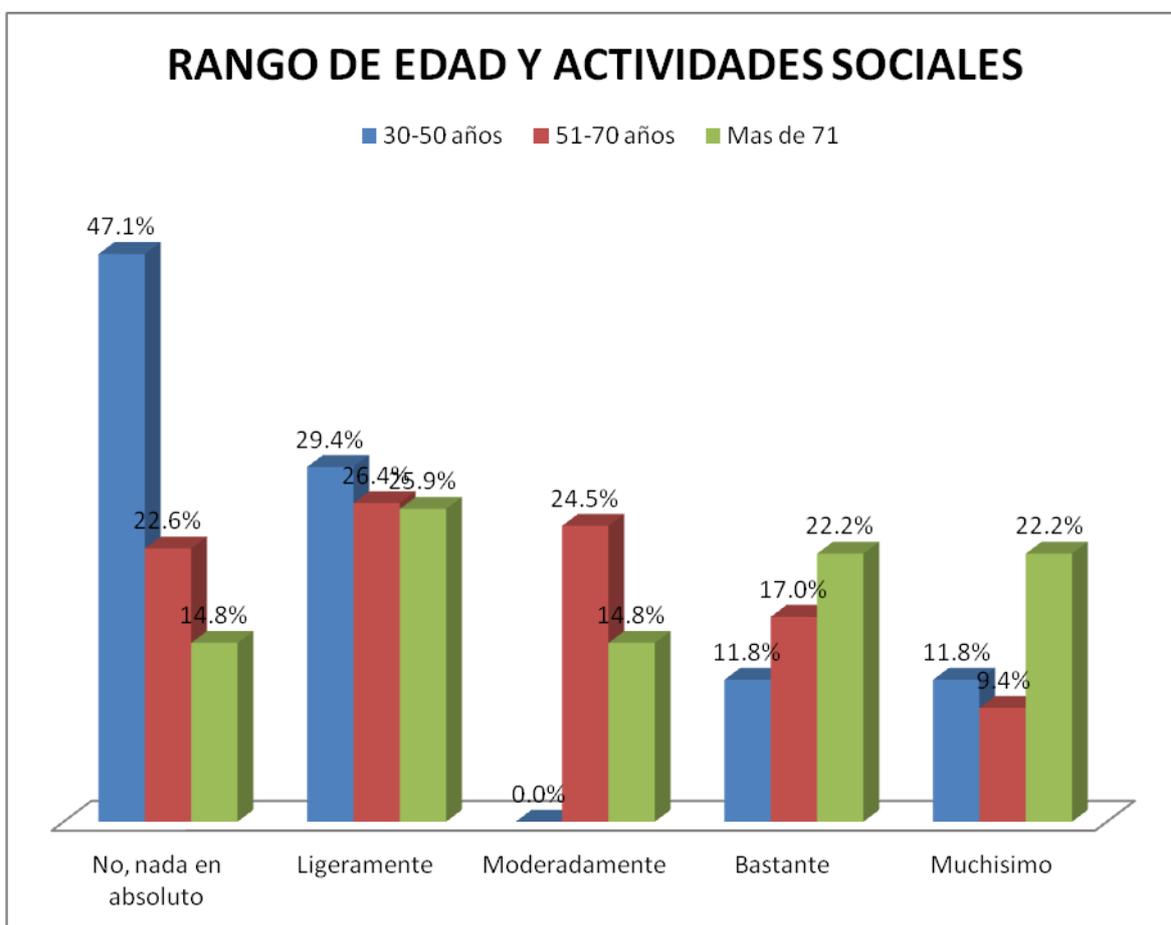
ACTIVIDADES COTIDIANAS						
Rango de edad	Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Toda, no he podido hacer nada	Total
30-50 años						
Frecuencia	3	5	6	1	2	17
Porcentaje	17.6%	29.4%	35.3%	5.9%	11.8%	100.0%
51-70 años						
Frecuencia	5	5	20	13	10	53
Porcentaje	9.4%	9.4%	37.7%	24.5%	18.9%	100.0%
Mas de 71						
Frecuencia	0	1	11	5	10	27
Porcentaje	0.0%	3.7%	40.7%	18.5%	37.0%	100.0%



Cuadro 51. Rango de edad y actividades cotidianas

RANGO DE EDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES

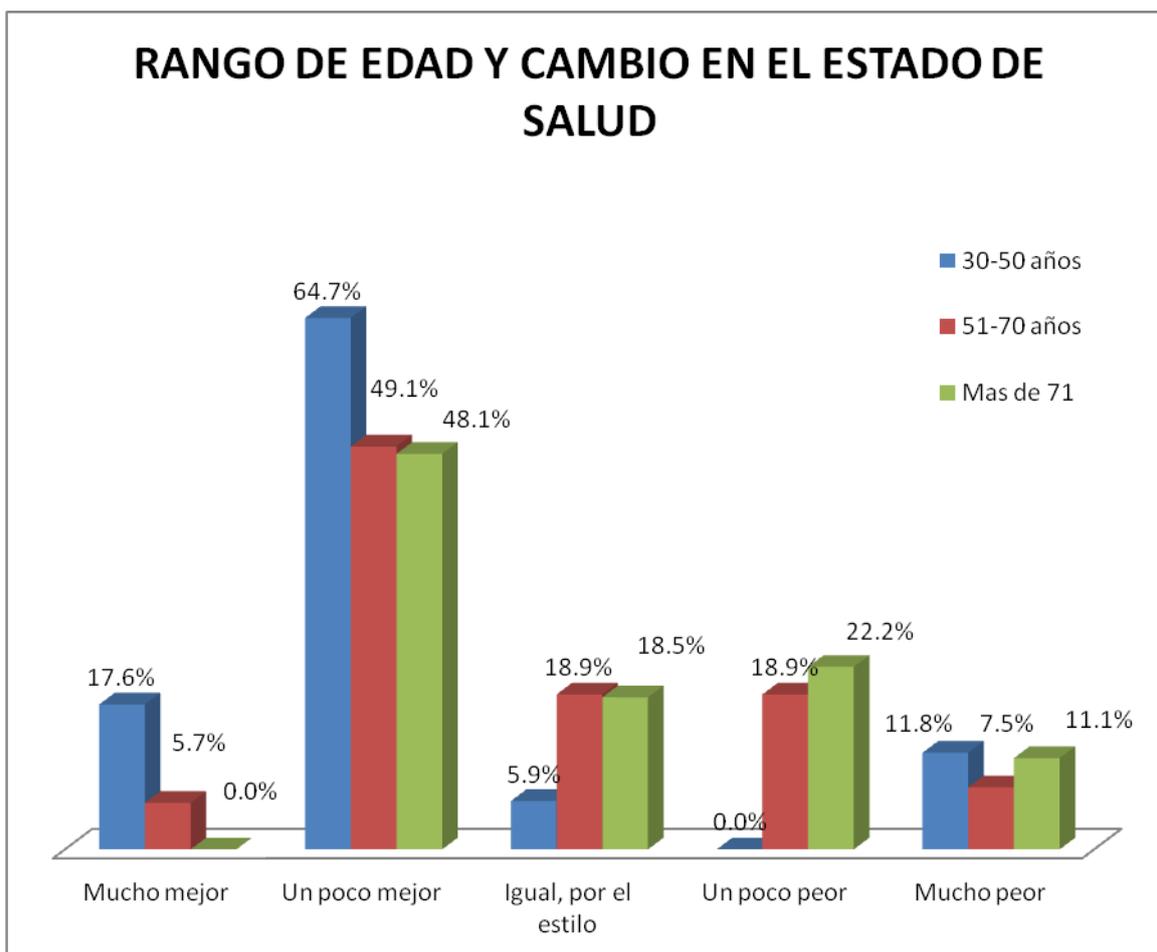
ACTIVIDADES SOCIALES						
Rango de edad	No, nada en absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	Muchísimo	Total
30-50 años						
Frecuencia	8	5	0	2	2	17
Porcentaje	47.1%	29.4%	0.0%	11.8%	11.8%	100.0%
51-70 años						
Frecuencia	12	14	13	9	5	53
Porcentaje	22.6%	26.4%	24.5%	17.0%	9.4%	100.0%
Más de 71						
Frecuencia	4	7	4	6	6	27
Porcentaje	14.8%	25.9%	14.8%	22.2%	22.2%	100.0%



Cuadro 52. Rango de edad y actividades sociales

RANGO DE EDAD Y CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD

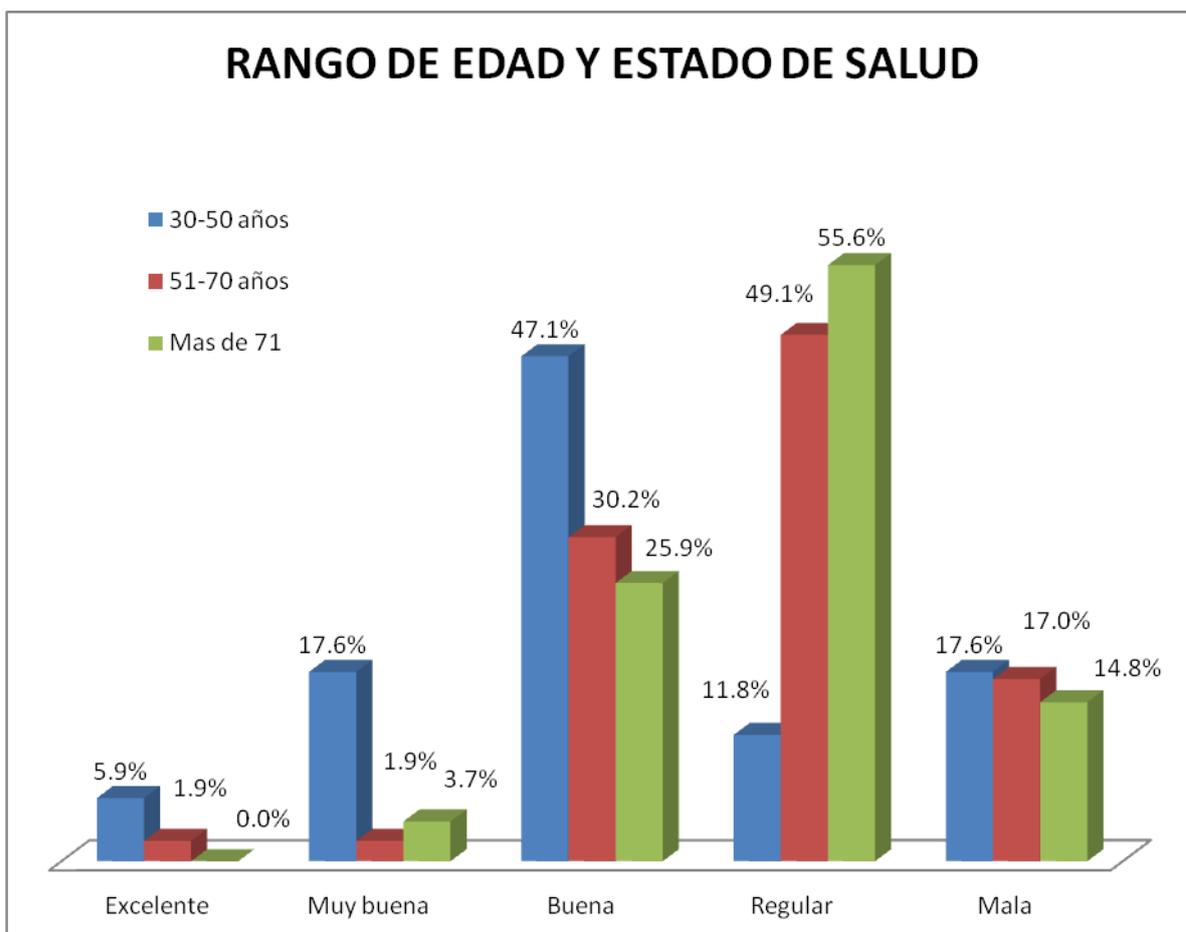
CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD						
Rango de edad	Mucho mejor	Un poco mejor	Igual, por el estilo	Un poco peor	Mucho peor	Total
30-50 años						
Frecuencia	3	11	1	0	2	17
Porcentaje	17.6%	64.7%	5.9%	0.0%	11.8%	100.0%
51-70 años						
Frecuencia	3	26	10	10	4	53
Porcentaje	5.7%	49.1%	18.9%	18.9%	7.5%	100.0%
Más de 71						
Frecuencia	0	13	5	6	3	27
Porcentaje	0.0%	48.1%	18.5%	22.2%	11.1%	100.0%



Cuadro 53. Rango de edad y cambio en el estado de salud

RANGO DE EDAD Y ESTADO DE SALUD

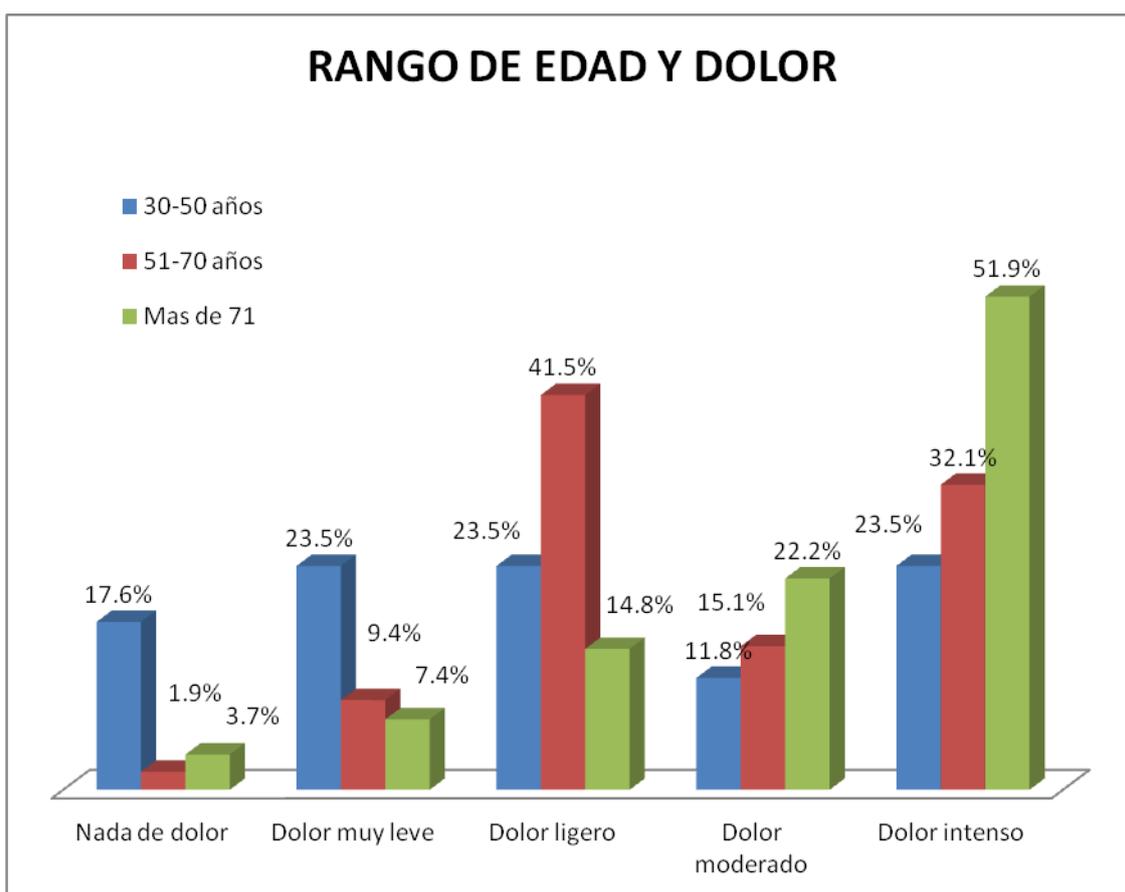
ESTADO DE SALUD						
Rango de edad	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Total
30-50 años						
Frecuencia	1	3	8	2	3	17
Porcentaje	5.9%	17.6%	47.1%	11.8%	17.6%	100.0%
51-70 años						
Frecuencia	1	1	16	26	9	53
Porcentaje	1.9%	1.9%	30.2%	49.1%	17.0%	100.0%
Más de 71						
Frecuencia	0	1	7	15	4	27
Porcentaje	0.0%	3.7%	25.9%	55.6%	14.8%	100.0%



Cuadro 54. Rango de edad y estado de salud

RANGO DE EDAD Y DOLOR

DOLOR						
Rango de edad	Nada de dolor	Dolor muy leve	Dolor ligero	Dolor moderado	Dolor intenso	Total
30-50 años						
Frecuencia	3	4	4	2	4	17
Porcentaje	17.6%	23.5%	23.5%	11.8%	23.5%	100.0%
51-70 años						
Frecuencia	1	5	22	8	17	53
Porcentaje	1.9%	9.4%	41.5%	15.1%	32.1%	100.0%
Más de 71						
Frecuencia	1	2	4	6	14	27
Porcentaje	3.7%	7.4%	14.8%	22.2%	51.9%	100.0%



Cuadro 55. Rango de edad y dolor

DISCUSIÓN

Según Mollinedo et al. (2011), en su investigación llamada “Calidad de vida en personas con pie diabético” realizado en nuestro país, obtuvo una edad promedio, de 57.8 años. Y lo encontrado en nuestro estudio fue 62.6, donde el mayor porcentaje lo representaron, los pacientes de 65 años (7.2%), Lo cual es equivalente a los resultados obtenidos en nuestro estudio, ya que la neuropatía es más común en diabéticos, de más de 50 años de edad, por lo tanto los pacientes con mayor complicación, de pie diabético son las personas mayores.

Por otra parte, Gallardo et al. (2003), en su estudio, “El perfil epidemiológico del pie diabético” imperó el sexo masculino 57%, en los resultados obtenidos en nuestro estudio, predominó el sexo masculino 61.9%. Los pacientes masculinos, en la mayoría de los casos, son la parte proveedora, por lo tanto se ven sometidos a trabajos donde se requiere más fuerza, por consiguiente si se toma en cuenta que, de estos paciente la mayoría presenta ya complicaciones de neuropatía o insuficiencia arterial periférica, tendrán más riesgo, de padecer pie diabético, además a diferencia de las mujeres, que tienen trabajos donde ocupan menor fuerza física y el cuidado de los pies es más frecuente.

En el estudio realizado por Belkis et al. (2008), denominado “Calidad de vida en el paciente diabético”, refiere que los casados representaron un 85% En nuestro estudio se observó, con respecto al estado civil, predominaron los casados, con un 54.6%, Lo observado en la literatura con respecto a nuestro estudio, también es el mayor numero en cuanto a frecuencia, no así en el porcentaje en donde se encuentra la diferencia por la diversidad de opciones en cuanto a respuesta; la mayoría de las personas, en edad de 50 años se encuentran casadas.

Mollinedo et al. (2011), Reportó que en su estudio “Calidad de vida en personas con pie diabético” realizado en nuestro país, nos hablan de que el nivel de estudios encontrado, fue primaria con un 65.4%.Lo identificado en nuestro estudio fue que el 51.5% habían concluido la primaria; lo cual concuerda con la literatura, los pacientes, con un nivel de conocimientos bueno, refieren que, su calidad de vida es positiva, lo que les permite desarrollar un estilo de vida positivo, así como evitar las complicaciones, que se presenten a medida que evoluciona y avanza la enfermedad, solo el 3.1% de nuestra población estudiada, fue profesional por lo que refleja que a mayor nivel escolar menor complicación de pie diabético.

En el estudio de Aragón et al. (2003) “Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con pie diabético” realizado en España utilizando un instrumento genérico o SF-36 que también mide función física, encontró que la influencia del pie diabético en la CVRS va a ser más evidente en la función física encontrándose limitación importante del rol físico de un 85%. Concuerda con lo observado en nuestro estudio con un 51.5% tuvieron actividad física ligera. Observándose que en todas las variables esta dimensión fue la más afectada, por lo tanto es directamente proporcional a mayor dolor, menor actividad física.

Respecto actividades cotidianas, Jaksa y colaboradores (2010), en el estudio denominado "Calidad de vida en pacientes con úlceras del pie diabético" refiere que, los pacientes con pie diabético y su calidad de vida se ve afectada, sobre todo por el impedimento físico que, influyen en las actividades de la vida diaria, en un 65.3%. En comparación con nuestro estudio, se observó que 38.1% tenían dificultad moderada y el 23%, tenían mucha dificultad o no podían hacer nada, dando un total de 61.1% , este porcentaje concuerda con la literatura, ya que el dolor limita la actividad física en estos pacientes, por consiguiente sus actividades cotidianas.

Según lo descrito por Aragón et al. (2003), Llamado: "Calidad de vida relacionada con la salud, en el paciente con pie diabético" realizado en España, utilizando un instrumento genérico o SF-36 que mide salud general, se encontró que, la influencia del pie diabético en la calidad de vida, en la dimensión de salud general, se encuentra afectada en un 63%. Los resultados de nuestro estudio muestran que 44.3% calificó su salud como regular. La diferencia radica en el porcentaje, no así en la frecuencia, ya que en ambos estudios los pacientes refirieron estar afectado su estado de salud.

Respecto a dolor se encontró Abetz y colaboradores (2002), en el estudio denominado: "El impacto del dolor de las úlceras, del pie diabético en la calidad de vida del paciente" refiere que el dolor, puede ocurrir con frecuencia e intensidad a pesar de la neuropatía periférica, reportando que el 76% de los pacientes respondieron, padecer algún grado de dolor, el más común fue el dolor sensorial, lo cual afecta su calidad de vida ,mientras que en nuestro estudio el 36.1% presentó dolor muy intenso siendo la respuesta más representativa. Estos datos con los del estudio coinciden en cuanto a frecuencia, no así en porcentaje, ya que no es el mismo instrumento y las opciones de respuesta en el presente estudio son más, disminuyendo el porcentaje; es de esperarse ya que el pie diabético provoca dolor con frecuencia e intensidad variable a pesar de la neuropatía periférica.

Dentro de los alcances, se pudo corroborar que, los pacientes tienen una empobrecida calidad de vida, al ser portadores de pie diabético, con el instrumento las láminas de Coop Wonca.

Estos hallazgos son de vital importancia para el médico familiar ya que concientiza a controlar adecuadamente a su paciente diabético e intervenir en acciones para tratar y prevenir los riesgos que pueden ocasionar pie diabético. Es importante señalar que el instrumento utilizado en este estudio es muy práctico para realizarse en el consultorio y saber en qué dimensión está afectado y trabajar en ella, para obtener una calidad de vida digna para este tipo de pacientes.

Con respecto a las limitaciones del estudio fue pequeña el número de la muestra, ya que nuestro hospital tiene baja prevalencia en este padecimiento (tomando como referencia lo registrado en ARIMAC), así como tomar en cuenta que nuestro hospital, no es centro de concentración, de este tipo de pacientes; respecto al instrumento ,los estudios realizados, en los pacientes

con pie diabético y su calidad de vida, ninguno utilizó las láminas de Coop Wonca por lo que algunas dimensiones, no se toman en cuenta en el instrumentos genérico SF-36, además no contamos con un instrumento, específico para este tipo de pacientes, validado en México.

Al hablar de los sesgos, se controlaron de manera adecuada, porque los pacientes a los cuales se les aplicó, sabían leer y escribir, estuvieron de acuerdo a contestarlo sin ayuda. En cuanto a las dificultades, operativas o administrativas no existió problema alguno, tanto el director, como los recursos del hospital, nos fueron proporcionados en tiempo y forma.

Como médicos familiares, debemos estar constantemente capacitados, para educar a nuestros pacientes, de tal manera que conozca su enfermedad y las repercusiones, que esta ocasionará, si no modifica sus pautas de conducta. Tiene importantes implicaciones físicas, psicológicas, sociales y económicas, en donde se ve afectada la calidad de vida de quien la padece.

El médico familiar debe involucrar a la familia del paciente para contar con redes de apoyo y su calidad de vida no se vea tan afectada; ya que continúa siendo un problema de salud, constituye el principal motivo de ingreso, en los servicios de angiología del país, y desencadena devastadoras consecuencias, que incluso pueden llevar a la muerte del paciente.

El IMSS cuenta con un programa de diabetimss el cual sería muy importante se implementara en nuestro hospital para poder referir y así conocieran su enfermedad, la importancia del autocuidado y disminuir los riesgos.

Es importante continuar con este estudio y hacerlo a los pacientes diabéticos con y sin pie diabético para conocer la calidad de vida entre ambos grupos y con esto realizar más acciones para evitar estas complicaciones.

CONCLUSIONES

Al evaluar la calidad de vida en los pacientes con pie diabético, se concluyó que se cumple el objetivo, de forma indirecta, ya que las dimensiones medibles son independientes, por lo tanto nos da indicios para poder medirla.

Es importante resaltar, que se acepta la hipótesis alterna ya que se obtuvo, que los pacientes con pie diabético, en las dimensiones de forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambios en el estado de salud, estado de salud y dolor, sugieren un empobrecimiento de la calidad de vida.

En cuanto a la forma física, se observó el predominio de forma física ligera con un 52%, la influencia del pie diabético en la calidad de vida va a ser más evidente en la función física encontrándose limitación importante en la afectación de la extremidad siendo importante para la deambulaci3n.

En la dimensi3n de sentimientos, los pacientes refirieron que tuvieron en un 30% escasos sentimientos de ansiedad, depresi3n, irritabilidad o tristeza; es importante mencionar que el grupo de pacientes que predomin3n son hombres los cuales no son tan abiertos a manifestar sus sentimientos.

Así mismo en el an3lisis de cuanta dificultad se haba3a tenido al realizar sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, se observ3n que el 38% fue regular su dificultad, esto obedece a que la patologa3a es invalidante no permite realizar una vida aceptable.

Se evalu3n la limitaci3n de las actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos, se percibi3n en nuestro estudio que, se encuentra ligeramente afectada en un 27%, por lo que en este grupo de pacientes la funci3n social y bienestar social no sufrieron afectaciones importantes. Reforzando este apartado un 25% no presento nada de afectaci3n en lo absoluto.

Se calific3n su cambio en el estado de salud, en comparaci3n con el de hace dos semanas, reflejando que el 51% la percibe como un poco mejor, quiz3a sea porque la entidad nosol3gica tiene fases de reagudizaci3n y de mejoría, por lo que pudo coincidir al momento de realizar el cuestionario con la fase de mejoría.

En la dimensi3n de c3mo calificari3a su salud en general el 44% refiere regular su estado de salud. Se encontr3n que la influencia del pie diabético en la calidad de vida en la dimensi3n de salud general se encuentra afectada.

Por último en la dimensi3n de dolor haba3n tenido durante las dos últimas semanas dolor intenso en un 33%. El dolor puede ocurrir con frecuencia e intensidad a pesar de la neuropatía periférica afectando física como psicol3gicamente a los pacientes. Siendo esta dimensi3n la más afectada del estudio ya que es multifactorial.

Por lo tanto podemos concluir que, el dolor en este tipo de paciente limita la función física, por ende las actividades cotidianas como es el trabajar, esto crea sentimientos de tristeza, irritabilidad y depresión que lleva al paciente a una limitación en sus actividades sociales y con esto al aislamiento, por lo tanto perciben que su salud no es buena y todo esto lo lleva a influir negativamente en su calidad de vida.

Se propone que el médico familiar, tenga una visión integral en manejo de la diabetes mellitus tipo 2, para poder educar al paciente, así disminuyan los riesgos para padecer pie diabético.

Es necesario continuar con estudios en esta área, con el fin de que nuestro trabajo, sea aplicable a un grupo de diabéticos con y sin pie diabético, para conocer su calidad de vida y realizar acciones, para evitar esta complicación. Así como realizar trabajos cualitativos, en la perspectiva del paciente sobre el dolor, en pacientes con úlceras de pie diabético el cual ayudaría a los médicos familiares a comprender la importancia para el cuidado del pie diabético, y la ayuda en la provisión de atención integral.

BIBLIOGRAFIA

1. Campbell LV, Graham AR, Kidd RM, Molloy HF, O'Rourke SR, Colagiuri S. The lower limb in people with diabetes. Position statement of the Australian Diabetes Society. *Med J Aust* 2000; 173(7):369-72.
2. Zacca E. Epidemiología de las enfermedades vasculares. En: *Epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles*. La Habana: Pueblo y Educación; 1992. 219-29
3. Franco N, Valdés C, Lobaina R, Inglés N. Comportamiento de la morbilidad y la mortalidad en pacientes con pie diabético. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc* 2001;2(1):52-7
4. Solano JM. Epidemiología y repercusión socioeconómica de la patología vascular. En: *Cairols MA. Actualidades de Angiología y Cirugía Vascular*. Barcelona: Espaxs; 1993. 15-7.
5. Oakley W, Cateal R, Martin M. Aetiology and management of lesions of the feet in diabetes. *Br Med J* 1956 ;(2):953-7.
6. Martorell F. *Angiología. Enfermedades vasculares*. Barcelona: Salvat; 1967. p. 74-80.
7. Irkovska A. Care of patients with the diabetic foot syndrome based on an international consensus. *Cas Lek Cesk* 2001; 140(8):230-3.
8. Got I. Necessary multidisciplinary management of diabetic foot. *J Mal Vasc* 2001; 26(2):130-4.
9. Mc Cook MJ, Montalvo DJ, Ariosa CM, Fernández HP. Hacia una clasificación etiopatogénica del llamado pie diabético. *Angiología* 1979; 31:9-11.
10. Santos D, Carline T. Examination of the lower limb in high risk patients. *J Tissue Viab* 2000; 10(3):97-105.
11. Meijer JW, Trip J, Jaegers SM, Links TP, Smith AJ, Groothoff JW et al. Quality of life in patients with diabetic foot ulcers. *Disabil Rehabil* 2001; 23(8):336-40.
12. Meyboom-de Jong B, Smith RJA. How do we classify functional status? *Fam Med* 1992;24:128-33
13. Van Weel C. Functional status in primary care: COOP/WONCA charts. *Disability and Rehabilitation* 1993; 15:96-101.
14. McHorney CA. Generic health measurement: past accomplishments and a measurement Paradigm for the 21st century. *Ann Intern Med* 1997; 127:743-50.
15. Dolan P. Valuing health-related quality of life. Issues and controversies. *Pharmacoeconomics* 1998; 15:119-27.
16. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Eng J Med* 1996; 334:835-40.
17. Scholten JHG, Van Weel C. Functional status assessment in family practice. The Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA, Lelystad: Meditekst, 1992;17-51.
18. Kaplan RM, Alcaraz JE, Anderson JP, Weisman M. Quality-adjusted life years lost to arthritis: effects of gender, race, and social class. *Arthritis Care Res* 1996; 9:473-82.

19. Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian L. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes *Care* 1997;20:562-7.
20. Lizán Tudela L, Reig Ferrer A, Richart Martínez M, Cabrero García J. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas COOP/WONCA. *Med Clin(Barc)* 2000; 114 (Supl 3):76-80.
21. Abetz L, Sutton M, Brady L, McNulty P, Gagnon DD. The Diabetic Foot Ulcer Scale (DFS): a quality of life instrument for use in clinical trials. *Pract Diab Int* 2002; 19: 167-75.
22. Vileikyte L, Peyrot M, Bundy EC, Rubin RR, Leventhal H, Mora P, Boulton AJ. The development and validation of a neuropathy and foot-ulcer specific Quality of Life Instrument. *Diabetes Care* 2003; 26: 2549-55.
23. Cardiel MH. ¿Cómo se evalúa la calidad de vida? En: Temas de medicina interna. Epidemiología clínica. Asociación de Medicina Interna de México, A. C. México, D.F.: Interamericana 1994;2:359-368.
24. Guzmán J, Ponce de León S, Pita RL, Castillo RC, Pérez PI. El cambio en la calidad de vida como indicador del curso clínico de la enfermedad. Comparación de dos índices. *Rev Invest Clin* 1993;45:439-452.
25. Toledo BME, Nandy LME, Avila-Figueroa C. Evaluación de calidad de vida en pacientes pediátricos con enfermedades crónicas mediante el empleo de cuestionarios específicos y genéricos como instrumentos de medición. Tesis de pediatría médica. Universidad Nacional Autónoma de México. Hospital Infantil de México, 1999.
26. Carrington AL, Mawdsley SK, Morley M, Kincey J, Boulton AJ. Psychological status of diabetic people with or without lower limb disability. *Diab Res Clin Pract* 1996; 32: 19-25.
27. Ettema TP, Hensen E, De Lange J, Droes RM, Mellenbergh GJ, Ribbe MW. Self report on quality of life in dementia with modified COOP/WONCA charts. *Aging Ment Health* 2007; 11: 734-42.
28. Lizán Tudela, A. Reig Ferrer. "Las viñetas COOP/WONCA un instrumento para la calidad de vida y la salud" 2003. Monografías sanitarias. Serie E. N° 42. Cosellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. 14-16.
29. Mollinedo F, Saucedo M. Calidad de vida en personas con pie diabético. *Archivos de investigaciones Medicas*. 2001; 12: 28.
30. Vileikyte L, Peyrot M, Bundy EC, Rubin RR, Leventhal H, Mora P, Boulton AJ. The development and validation of a neuropathy and foot-ulcer specific Quality of Life Instrument. *Diabetes Care* 2003; 26: 2549-55.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO EN EL HGZ/UMF # 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Mexico D.F. a Enero de 2013						
Número de registro:	En tramite						
Justificación y objetivo del estudio:	La justificación del estudio es que el pie diabético es una afección de elevada morbilidad y por ende repercute negativamente en la calidad de vida de estos pacientes, a consecuencia de los ingresos frecuentes, las estancias hospitalarias prolongadas y las amputaciones. La diabetes mellitus es considerada la primera causa de amputaciones en extremidades inferiores. Establecer un Diagnostico sobre la calidad de vida en los paciente con pie diabético, en el Hospital General zona # 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México, en el D.F. para conocer sus condiciones reales de salud. Contar con indicadores de calidad de vida en el seguimiento de los enfermos con pie diabético sometidos a amputación, está vinculada no solo porque es una parte básica del concepto de salud, sino por la estrecha relación que existe entre la calidad de vida y el estado de salud de los pacientes con pie diabético que se ve reflejada en la morbilidad y mortalidad de este grupo. El objetivo de este estudio es determinar cuál es la calidad de vida en pacientes portadores de pie diabético en el HGZ/ UMF No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.						
Procedimientos:	Se realizara una entrevista individual a los pacientes portadores de pie diabético en consulta la consulta externa						
Posibles riesgos y molestias:	El presente estudio es descriptivo por lo que no existen riesgos						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el impacto en la calidad de vida debido a su enfermedad						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto solo se informara solo en caso de datos relevantes.						
Participación o retiro:	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.						
Privacidad y confidencialidad:	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.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	_____						
Beneficios al término del estudio:	_____						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dr. Gilberto Espinoza Anrubio						
Colaboradores:	Dr. Eduardo Vilchis Chaparro						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

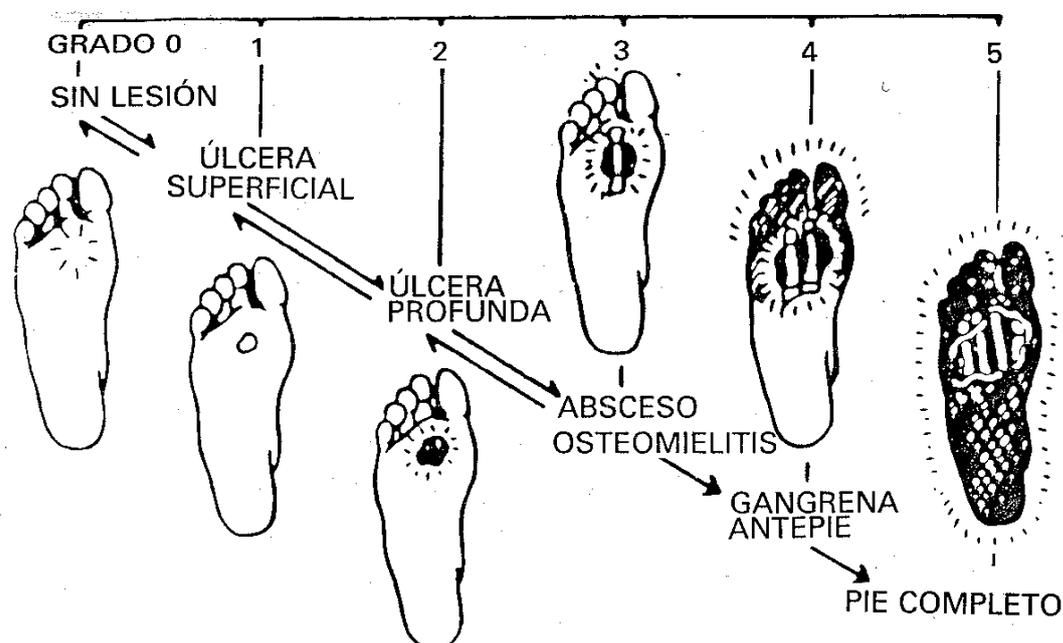
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: En tramite

ANEXO 2

Según su severidad (gravedad, profundidad, grado de infección y gangrena) las úlceras diabéticas se clasifican en 6 estadios (Wagner):

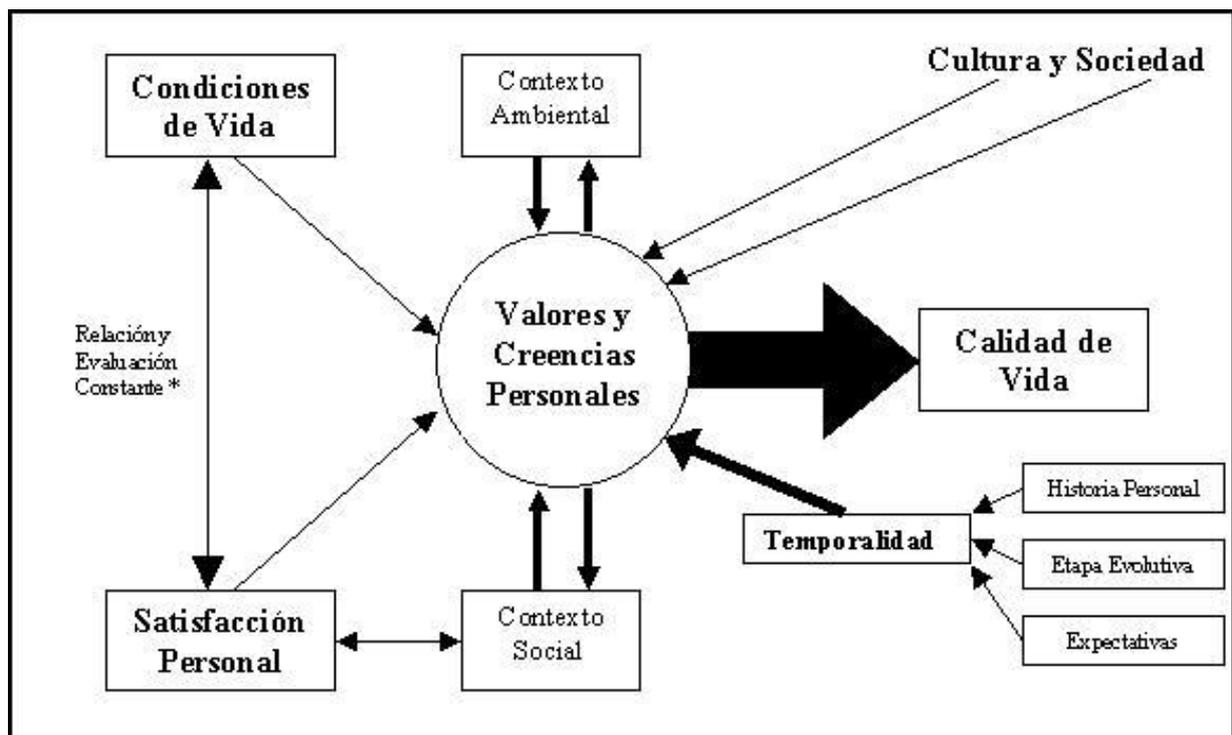
GRADO LESIÓN CARACTERÍSTICA	0 Ninguna, pie de riesgo Callos gruesos, cabezas metatarsianas prominentes, dedos en garra, deformidades óseas	
1 Úlceras superficiales Destrucción total del espesor de la piel	2 Úlceras profundas Penetra en la piel, grasa, ligamentos pero sin afectar hueso,	infectada
3 Úlceras profundas más absceso Extensa, profunda, secreción y mal olor	4 Gangrena limitada Necrosis de parte del pie	5 Gangrena extensa Todo el pie afectado, efectos sistémicos.
GRADO LESIÓN CARACTERÍSTICA	0 Ninguna, pie de riesgo Callos gruesos, cabezas metatarsianas prominentes, dedos en garra, deformidades óseas	
1 Úlceras superficiales Destrucción total del espesor de la piel	2 Úlceras profundas Penetra en la piel, grasa, ligamentos pero sin afectar hueso,	infectada
3 Úlceras profundas más absceso Extensa, profunda, secreción y mal olor	4 Gangrena limitada Necrosis de parte del pie	5 Gangrena extensa Todo el pie afectado, efectos sistémicos.



Clasificación de Meggit-Wagner de la lesión del pie diabético

En la siguiente tabla podemos comprobar las características de úlcera neuropática y angiopática.

	Úlcera Neuropática	Úlcera Angiopática
Anamnesis	Diabetes mellitus antigua, consumo de alcohol, otras complicaciones diabéticas, elevado HbA _{1c}	Factores de riesgo complementarios, abuso en el consumo de nicotina.
Localización	Plantar, raras veces dorsal	Acral (dedos, talón)
Sensibilidad	Alteración de la sensibilidad al calor y a las vibraciones, reflejos en estado patológico.	Imperceptible
Dolores	Pocos o ninguno	Existentes
Inspección	Pie caliente, voluminoso. "Pie en garra"	Pie frío, piel atrófica.
Pulso en el pie	Existente	Déficit
Radiografías	Osteólisis prematura	Estructura ósea normal en la zona de la necrosis



Calidad de Vida desde la Subjetividad

ANEXO 3

CUESTIONARIO

Instrucciones: A continuación se presentan las siguientes preguntas, favor de contestar la verdad en cada una de ellas.

FICHA DE IDENTIFICACION.

-Nombre: _____.

- Edad: _____ .

- Genero: Masculino () Femenino ()

- Estado civil:

Soltero ()

Casado ()

Divorciado ()

Tiempo de portador de pie diabético_____

Unión Libre ()

Viudo ()

- Nivel de escolaridad:

Analfabeta.....()

Primaria..... ()

Secundaria.....()

Comercial.....()

Preparatoria.....()

Profesional..... ()

- Situación Laboral:

Empleado.....()

Desempleado.....()

Pensionado..... ():

INSTRUMENTO COOP WONCA

	1. Durante las 2 últimas, ¿Cuál ha sido la actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?
1	Muy intensa (Ej. Correr de prisa)
2	Intensa (Ej. Correr con suavidad)
3	Moderada (Ej. Caminar a paso rápido)
4	Ligera (Ej. Caminar despacio)
5	Muy ligera (Ej. Caminar lentamente o no poder caminar)
	2. Durante las 2 últimas semanas, ¿En qué medida le han molestado los problemas emocionales, tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad y desanimo?
1	Nada en lo absoluto
2	Un poco
3	Moderadamente
4	Bastante
5	Intensamente
	3. Durante las 2 últimas semanas, ¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?
1	Ninguna en absoluto
2	Un poco de dificultad
3	Dificultad moderada
4	Mucha dificultad
5	Todo, no he podido hacer nada
	4. Durante las 2 últimas semanas, ¿Su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?
1	No, nada en absoluto
2	Ligeramente
3	Moderadamente
4	Bastante
5	Muchísimo
	5. ¿Cómo calificaría su estado de salud en comparación con el de hace 2 semanas?
1	Mucho mejor
2	Un poco mejor
3	Igual, por el estilo
4	Un poco peor
5	Mucho peor
	6. Durante las 2 últimas semanas, ¿Cómo calificaría su salud general?
1	Excelente
2	Muy buena
3	Buena
4	Regular
5	Mala
	7. Durante las 2 últimas semanas, ¿Cuánto dolor ha tenido?
1	Nada de dolor
2	Dolor muy leve
3	Dolor ligero
4	Dolor moderado
5	Dolor intenso



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HGZ/UMF #8

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

"EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PIE DIABETICO EN EL HGZ/UMF # 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

2011

FECHA	MAR 2011	ABR 2011	MAY 2011	JUN 2011	JUL 2011	AGO 2011	SEP 2011	OCT 2011	NOV 2011	DIC 2011	ENE 2012	FEB 2012
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPOTESIS		X										
PROPOSITOS		X										
DISEÑO METODOLOGICO		X										
ANALISIS ESTADISTICO		X	X									
CONSIDERACIONES ETICAS			X									
RECURSOS			X									
BIBLIOGRAFIA			X									
ASPECTOS GENERALES			X									
ACEPTACION			X									

2013-2014

FECHA	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2014
PRUEBA PILOTO				X								
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANALISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCION DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

Elaboró: Alejandra Ponce Vázquez