



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
“GABRIEL MANCERA”**

**“CORRELACION DE CALIDAD DE VIDA Y ESTADO DE  
SALUD EN EL PACIENTE CON CARDIOPATÍA  
ISQUÉMICA”**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN LA  
ESPECIALIDAD DE:**

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

**PRESENTA**

**DR. JAIME EDUARDO GONZALEZ SANCHEZ**

**ASESOR RESPONSABLE DE LA TESIS:  
DR. JAFET FELIPE MÉNDEZ LÓPEZ**



**MÉXICO, D.F.**

**2013**

**NUMERO DE REGISTRO R- 2011-3609-30**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3609  
H GRAL REGIONAL NUM 1, 3 SUROESTE DEL D.F.

FECHA 20/06/2011

**DR. JAFET FELIPE MENDEZ LOPEZ**

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


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**"CORRELACION DE CALIDAD DE VIDA Y ESTADO DE SALUD EN EL PACIENTE CON  
CARDIOPATIA ISQUEMICA "**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A\_U\_T\_O\_R\_I\_Z\_A\_D\_O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2011-3609-30

ATENTAMENTE

  
**DR.(A). CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 3609

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**“CORRELACION DE CALIDAD DE VIDA Y ESTADO DE SALUD EN  
EL PACIENTE CON CARDIOPATIA ISQUEMICA”**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD  
DE:**

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

**PRESENTA:**

**DR. JAIME EDUARDO GONZALEZ SANCHEZ**

**AUTORIZACIONES**

---

**DR. JAFET FELIPE MÉNDEZ LÓPEZ**  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR N° 28  
**ASESOR DE TESIS**

**NUMERO DE REGISTRO R- 2011-3609-30**

**AUTORIZACIONES INSTITUCIONALES**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



---

**DRA. LIDYA CRISTINA BARRIOS DOMINGUEZ**  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
"GABRIEL MANCERA"

---

**DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO**  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"

---

**DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA**  
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No. 28  
"GABRIEL MANCERA"

NUMERO DE REGISTRO **R- 2011-3609-30**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A DIOS:** Por permitir finalizar este curso de especialidad con muchas bendiciones

**A mis padres:** Por creer en mí, llenarme de su amor y apoyarme en todo mi crecimiento profesional los amo Sara y José

**A mis hermanos:** Por sus oraciones y su apoyo a lo largo de toda la vida, por ser parte de este grande logro, Antonio Víctor Laura Leonardo mi cuñada Lizbeth mis sobrinas Sarili y Samara.

**A mi novia:** Carmen Lozano (carmeluchis) por el apoyo, el amor y la dedicación que siempre me dio a pesar de la distancia.

**A mis compañeros y amigos:** A cada uno que fue parte de esta grande historia en esta gran ciudad. Julio Cristina Betty Luz Irene Manuel Carmen Erika Erik Betina Octavio Jorge el abuelo Dany Rocío y especial mente para mis grandes amigos los pelusos Joaquinillo Ivonne Magaly. Así como para otro grupo de amigos que no estuvieron en la residencia pero que fueron parte importante de mi historia Sergio Núñez y toda su familia

**A mis maestros:** Por todos sus conocimientos transmitidos su paciencia y entrega que DIOS los bendiga

**A mi asesor de tesis:** Por el tiempo la dedicación y su paciencia para conmigo Dr. Jafet Méndez.

**A los pacientes:** Que me dieron la oportunidad de formarme como médico.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar el grado de correlación entre calidad de vida y efecto en el estado de salud en el paciente con cardiopatía isquémica

**Material y métodos:** Se realizará un estudio descriptivo, analítico, transversal. El estudio se realizara de Enero 2010 a febrero 2011; en una muestra de 83 sujetos por conveniencia, a la población de 20 a 75 años de edad, ambos sexos, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.28. El análisis estadístico se realizara con el programa SPSSV14.

**Resultados:** La muestra calculada fue de 83 participantes, se observó una edad de 54 años con una desviación estándar de 11 años de edad, con predominio en el sexo masculino de 84.4 % y 15.6% respectivamente para el femenino, al momento del estudio se encontró la condición de desempleado en el 66.6 % , la duración del padecimiento en promedio fue de 4.7 años con una desviación estándar de 5.3 años; la correlación mediante Spearman y Tau de los instrumentos SF-36 y QLS fue de  $r= 0.26$  a  $0.47$  a  $p < 0.05$  y a  $p = < 0.001$  y a  $r=0.56$ .

**Conclusiones:** El deterioro del estado de salud está relacionado aun mayor grado de deterioro de calidad de vida lo que genera un círculo vicioso que incide sobre el pronóstico del sujeto es decir a mayor pérdida de salud mayor pérdida de calidad de vida, por ende mayor pérdida de salud, es necesario continuar esta línea de investigación en un estudio longitudinal para realizar maniobras sobre las variables posibles deteniendo este círculo vicioso e identificar si podemos modificar el pronóstico del paciente con Cardiopatía Isquémica

**Palabras clave:** Cardiopatía Isquémica, Estado de Salud, Correlación, Prevención.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the correlation between quality of life and impact on health status in patients with ischemic heart disease

**Material and methods:** We performed a descriptive, analytical and transversal. The study was conducted from January 2010 to February 2011, in a sample of 83 subjects for convenience, the population of 20-75 years of age, both sexes, beneficiaries of the Family Medicine Unit No.28. Statistical analysis was performed using SPSSV14.

**Results:** The sample was calculated to 83 participants, there was an age of 54 years with a standard deviation of 11 years of age, with predominance in males of 84.4% and 15.6% respectively for women at the time of the study found the status of unemployed in 66.6%, the average duration of disease was 4.7 years with a standard deviation of 5.3 years by Spearman correlation and Tau instruments QLS and SF-36 was  $r = 0.26$  to  $0.47$   $p < 0.05$   $yap = <0.001$   $yar = 0.56$ .

**Conclusions:** The deterioration of health status is related to even greater deterioration in quality of life which creates a vicious cycle that affects the prognosis of the subject is greater loss of health to a greater loss of quality of life, hence greater loss health, it is necessary to continue this line of research in a longitudinal study to maneuver on the possible variables stopping this vicious cycle and identify whether we can modify the prognosis of patients with ischemic heart disease

**Keywords:** Ischemic Heart Disease, Health Status, Correlation, Prevention.



## Contenido

<b>Tema</b>	<b>Pag.</b>
1. Marco Teórico	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Planteamiento del problema	4
1.3 Justificación	4
1.4 Objetivo General	4
1.5 Hipótesis	5
2 Material y métodos	5
2.1 Tipo de estudio	5
2.2 Diseño del estudio	6
2.3 Población	7
2.4 Tiempo	7
2.5 Lugar	7
2.6 Muestra	7
2.7 Tipo de muestreo	7
2.8 Tamaño de la muestra	7

2.9	Criterios de selección	8
2.9.1	Criterios de inclusión	8
2.9.2	Criterios de exclusión	8
2.9.3	Criterios de eliminación	8
2.10	Variables	8
2.11	Definición conceptual de las variables	9
2.12	Definición operacional de las variables	9
2.13	Diseño estadístico	9
2.14	Instrumento para recolección de datos	10
2.15	Método para recolección de datos	10
2.16	Maniobras para evitar sesgos	10
2.17	Cronograma de actividades	11
2.18	Recursos	12
2.19	Consideraciones éticas aplicables al estudio	12
3	Resultados	14
4	Análisis estadístico	36
5	Discusión	37

6 Conclusiones	39
7 Bibliografía	40
8 Anexos	42

# 1. MARCO TEORICO

## 1.1 Antecedentes

Se ha observado que cuando la calidad de vida del paciente con cardiopatía isquémica está deteriorada, el estado de salud que reporta muestra más sintomatología. En estudios sobre calidad de vida en pacientes crónicos se reporta que sus condiciones de salud serán peores si su calidad de vida es menor.

En la literatura médica se ha identificado que los pacientes presentan mayor comorbilidad y mayor impacto en la esperanza de vida, sufrimiento personal, familiar y social así como un alto costo psicológico y económico.<sup>1</sup>

El objetivo de este protocolo de investigación es identificar la relación entre el grado de calidad de vida y el estado de salud en el paciente con Cardiopatía Isquémica en el primer nivel de atención, mediante la aplicación de dos instrumentos QLS y SF-36 de la consulta externa en la UMF No 28 del IMSS.

La Escala de Calidad de Vida (Quality of Life Scale, QLS) es un instrumento adecuado para evaluar la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas, es de aplicación rápida, y muestra un panorama general<sup>2,3</sup>

La escala SF-36 permite identificar el estado de salud del paciente por defecto, señalando manifestaciones que padece el paciente crónico con diferencia al cuadro clínico por la cardiopatía isquémica en nuestro ejemplo, es decir, el efecto que está presentando la calidad de vida sobre el estado de salud añadido a la enfermedad.<sup>2,3,9</sup>

La calidad de vida ha sido objeto de interés de investigadores en diversas enfermedades crónicas, hoy tenemos suficiente evidencia que los pacientes con calidad de vida reducida presentan un efecto deletéreo en su pronóstico y respuesta al tratamiento.<sup>4,5</sup>

Algunos estudios han aplicado diversos instrumentos han demostrado que el estado de salud de los pacientes disminuye cuando su calidad de vida se ha reducido presentando un impacto mayor sobre su salud con mayores efectos negativos.<sup>6</sup>

El origen del concepto calidad de vida surge a partir del concepto de salud pues pacientes con las mismas condiciones en cuanto al diagnóstico y momento evolutivo pueden tener percepciones distintas de su estado de salud. En 1948 la Organización Mundial de la Salud definió la salud como el completo bienestar

físico, mental y social y no solo ausencia de enfermedad, así en la década de 1980 se presenta la necesidad de definir y estudiar la calidad de vida relacionada con salud pues ésta se basa en una sensación de bienestar que integra las percepciones subjetivas y personales del sentirse bien. Es por ello que para su medición se requieren de instrumentos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. La salud se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y su salud mental.<sup>7</sup>

Uno de los instrumentos para evaluar cualitativamente la calidad de vida que ha incrementado su empleo en estudios internacionales es el QLS que resulta práctico y de rápida aplicación otorgando una ventaja significativa a una consulta saturada como ocurre en el primer nivel de atención y es muy significativo e imprescindible evaluar al sujeto dentro de un marco mayor de elementos trascendentales.<sup>8</sup>

La SF-36 es un cuestionario autoaplicado que contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican; los resultados se trasladan a una escala de 0 a 100, donde 0 es peor salud y 100 es mejor salud.<sup>2,9</sup>

## **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las causas más importantes de discapacidad y muerte prematura en todo el mundo. El problema subyacente es la aterosclerosis, que progresa a lo largo de los años, de modo que cuando aparecen los síntomas, generalmente a mediana edad, suele estar en una fase avanzada. Los episodios coronarios (infarto de miocardio) y cerebrovasculares (ataque apoplético) agudos se producen de forma repentina y conducen a menudo a la muerte antes de que pueda dispensarse la atención médica requerida.<sup>10, 11,20</sup>

La modificación de los factores de riesgo puede reducirlos episodios cardiovasculares y la muerte prematura tanto en las personas con enfermedad cardiovascular establecida como en aquellas con alto riesgo cardiovascular debido a uno o más factores de riesgo.<sup>6</sup>

Actualmente, las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte y discapacidad prematuras en la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe. En 2002, representaban 44% de las defunciones de hombres y mujeres

menores de 70 años de edad y provocaron dos de cada tres defunciones en la población total (5,16). Las enfermedades crónicas contribuyeron a casi 50% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos en la Región. <sup>5, 11, 12, 13, 18</sup>

La carga de morbilidad crónica puede ser aún mayor de lo que indican estas estadísticas habida cuenta de que el número de notificaciones de fallecimientos en la Región es considerablemente inferior al real. Las enfermedades crónicas más frecuentes y las de mayor importancia para la salud pública en la Región son las siguientes: enfermedades cardiovasculares, incluida la hipertensión, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. <sup>14, 15</sup>

Se calcula que en el primer decenio del siglo XXI fallecerán cerca de 20,7 millones de personas víctimas de las enfermedades cardiovasculares (4). En 2005, 31% de todas las defunciones ocurridas en América Latina y el Caribe pudieron atribuirse a estas enfermedades. <sup>4</sup>

Según los pronósticos, en los próximos dos decenios la mortalidad por cardiopatías isquémicas y accidentes cerebrovasculares en América Latina aumentará cerca de tres veces. <sup>2</sup>

La hipertensión es uno de los factores de riesgo más importantes para las cardiopatías y afecta entre 8% y 30% de los habitantes de la región. <sup>4</sup>

México, uno de los pocos países que ha realizado más de una encuesta de factores de riesgo de enfermedades crónicas, determinó que la prevalencia de la hipertensión había aumentado de 26%, en 1993, a 30% en el 2000. <sup>12</sup>

## **1.2 Planteamiento del problema**

Cuando la calidad de vida del paciente crónico está más deteriorada de lo esperado por la enfermedad, es probable que su estado de salud igualmente manifieste más síntomas que se suman al padecimiento de base.

En estudios de pacientes crónicos se ha identificado que una calidad de vida disminuida incrementa el deterioro del estado de salud, en el caso de la Cardiopatía Isquémica se presenta una correlación semejante y son los instrumentos QLS y SF-36 capaces de evaluar y diferenciar.

Considerando la correlación como significativa, el paciente presenta peor pronóstico, por lo tanto es importante evaluar e intervenir oportunamente sobre las condiciones psicosociales y ambientales que contribuyen a la calidad de vida del paciente con cardiopatía isquémica.

**¿Cuál es el grado de correlación de la Calidad de Vida (QLS) y el Estado de Salud (SF-36) en el paciente con cardiopatía isquémica?**

## **1.3 Justificación**

El primer nivel de atención debe caracterizarse por identificar e intervenir en determinantes de salud. La cardiopatía isquémica es la primera causa de mortalidad y una carga social importante.

El presente protocolo de investigación busca identificar el grado de correlación entre la calidad de vida y el estado de salud, con la finalidad de identificar características que puedan ser prevenibles y repercutan en el sujeto y la sociedad.

## **1.4 Objetivo general**

Identificar el grado de correlación entre la calidad de vida y efecto en el estado de salud en el paciente con cardiopatía isquémica.

### **1.4.1 Objetivo específico**

Identificar si las variables sociodemográficas modifican significativamente el grado de correlación.

## **1.5 Hipótesis**

- H1. La correlación entre la calidad de vida y el estado de salud del paciente con cardiopatía isquémica es estadísticamente significativa.
- H0. La correlación entre la calidad de vida y el estado de salud del paciente con cardiopatía isquémica no es estadísticamente significativa.

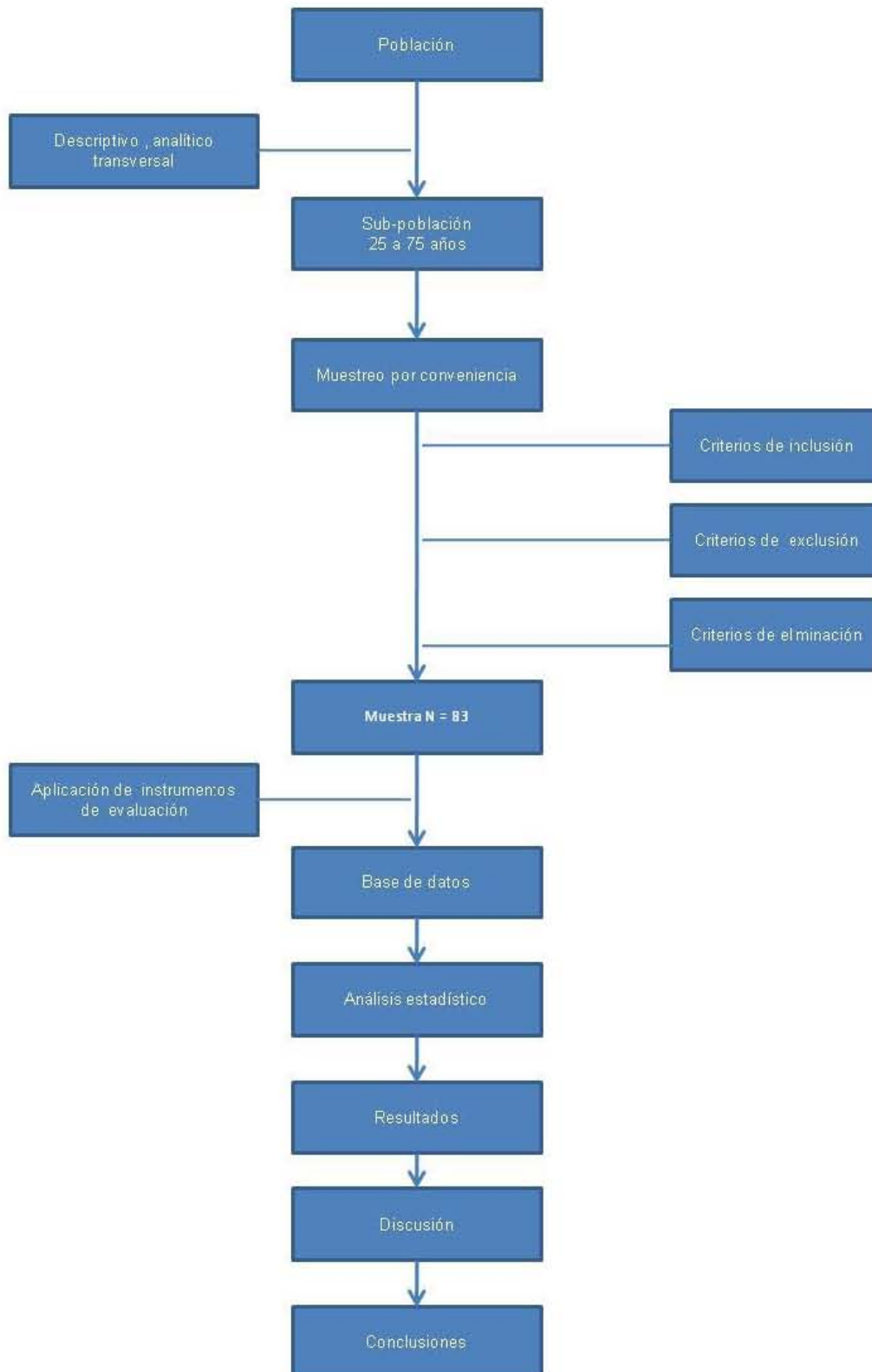
## **2. MATERIAL Y METODO**

### **2.1 Tipo de estudio**

**Descriptivo, analítico transversal**



## 2.2 Diseño del estudio



### 2.3 Población

Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 28, Ambos Sexos, de 25 a 75 años de edad, (Intervalo de Edad evaluado por la OMS en Cardiopatía Isquémica).

### 2.4 Tiempo

1ero de Enero de 2010 a 28 de Febrero de 2011.

### 2.5 Lugar

Unidad de Medicina Familiar No. 28, Consulta Externa.

### 2.6 Muestra

N = 83 Sujetos.

### 2.7 Tipo de muestreo

Por conveniencia.

### 2.8 Tamaño de la muestra.

$$N = \frac{PQ}{\delta^2} \alpha^2 = \frac{(0.12 \times 0.88) 1.96^2}{0.0025} = 83$$

P = 0.12 (prevalencia)

Q = 0.88 (antiprevalencia)

$\alpha$  = 1.96 (constante)

$\delta$  = 0.05 (grado de error permitido)

**N = 83**

## **2.9 Criterios de selección**

### **2.9.1 Criterios de inclusión**

- Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 28, que acuden a control en la consulta externa.
- Pacientes coronarios de bajo riesgo.
- Pacientes entre 25 a 75 años.

### **2.9.2 Criterios de exclusión**

- Los pacientes incluidos en programas de rehabilitación cardíaca.
- Pacientes con agudización de los síntomas de la cardiopatía
- Pacientes con diagnóstico de patología psiquiátrica descontrolada o con menos de 3 meses de tratamiento.
- Pacientes con enfermedades metabólicas descontroladas.

### **2.9.3 Criterios de eliminación**

- Datos insuficientes en los registros
- Pacientes que desista en cualquier momento

## **2.10 Variables**

### **Variable dependiente**

Estado de Salud mediante SF-36 (ver anexo 1)

### **Variable independiente**

Calidad de Vida mediante QLS (ver anexo 2)

## 2.11 Definición conceptual de las variables

### Estado de Salud.

Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente en ausencia de infecciones o enfermedades, en armonía con el medio ambiente. (7)

### Calidad de Vida.

Es el bienestar social generado entre los individuos y sociedades, se refiere a una generalidad de contextos, que van desde lo político, a lo medico, sus indicadores son predominantemente el ambiente físico, la salud mental y física, educación recreación y pertenencia. <sup>2, 3,9</sup>

## 2.12 Definición operacional de las variables

Variable	Tipo	Escala de Medición	Codificación de la Variable
Estado de Salud	Cualitativa	Ordinal Discreta	Puntuación del 0 al 100 no hay puntos de corte. a mayor puntuación mejor calidad de vida.
Calidad de Vida	Cualitativa	Ordinal Discreta	No hay puntos de corte a mayor puntuación mejor funcionamiento del paciente.

## 2.13 Diseño estadístico

Aplicación de pruebas descriptivas de rutina de variables sociodemograficas.

Medidas de tendencia central y medidas de tendencias dispersivas.

Aplicación de pruebas analíticas de variables cualitativas (QLS y SF-36)

Correlación de Spearman y Tau a y b.

Regresión Logística Lineal.

## **2.14 Instrumento para recolección de datos**

Estado de Salud mediante SF-36 (ver anexo 1)

Calidad de Vida mediante QLS (ver anexo 2).

## **2.15 Método para recolección de datos.**

1. Screening de la población presente en la consulta externa.
2. Enrolamiento del paciente previo Consentimiento Informado
3. Aplicación de criterios de investigación para hacerlos factibles.
4. Aplicación de hoja sociodemografica.
5. Aplicación de los instrumentos QLS y SF-36.
6. Revisión de los instrumentos cumplimentados.

## **2.16 Maniobras para evitar sesgos**

1. Aplicación de instrumentos confrontados autoaplicable vs heteroaplicable .Para evitar el sesgo del paciente empleo el instrumento heteroaplicable (SF-36) y para evitar el sesgo del médico empleo un instrumento autoaplicable (QLS).
2. Implementación de ciego estadístico mediante análisis por tercero.

## 2.17 Cronograma de actividades

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**Grafica de Gant**

ACTIVIDAD	TIEMPO																							
	Ene. 2010		Marzo 2010		Mayo 2010		Julio. 2010		Sep. 2010		Oct. 2010		Nov. 2011		Dic. 2011		Junio. 2011		Julio. 2011.		Agos. 2011			
	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R		
1. Selección del título	X	X																						
2. Búsqueda de información			X	X																				
3. Traducción de artículos					X	X																		
4. Marco teórico							X	X																
5. Planteamiento del problema							X	X																
6. Justificación									X	X														
5. Material y métodos											X	X												
6. Referencias													X	X										
7. Elaboración de instrumento													X	X										
8. Integración de protocolo															X	X								
9. Registro de protocolo															X	X								
10. Aprobación																	X	X						
11. Recolección de datos																			X	X				
12. Análisis estadístico																			X	X				
13. Descripción de los resultados																			X	X				
14. Discusión de los resultados																			X	X				
15. Conclusiones del estudio																			X	X				
16. Integración y revisión final																					X	X		
17. Reporte final																					X	X		
18. Autorizaciones																					X	X		
19. Impresión del trabajo final																					X	X		

## **2.18 Recursos**

### I. Materiales

1. Equipo de Cómputo
2. Sistema Windows XP
3. Programa EXCEL de Microsoft.
4. Programa SPSS ver 14
5. Programa STATA
6. Escalas clinimétricas
  - a. SF-36 (Ver anexo 1)
  - b. QLS (ver anexo 2)

### II. Físicos.

1. Unidad de Medicina Familiar No. 28.

### III. Económicos.

Se autofinancia por el propio investigador.

## **2.19 Consideraciones éticas**

El presente protocolo cubre los principios de respeto, beneficencia y justicia por las personas.

Principios fundamentales para la realización ética de mi investigación con los pacientes.

La información obtenida será manejada confidencialmente y para fines de estudio.

Tener especial cuidado en no lastimar la susceptibilidad de la persona entrevistada.

Dar la información necesaria al sujeto de estudio.

Obtener el consentimiento informado y explicar claramente el objeto del estudio (Anexo 3)

Respetar la individualidad, anonimato, integridad física y mental del sujeto entrevistado.

Los sujetos del estudio serán voluntarios.

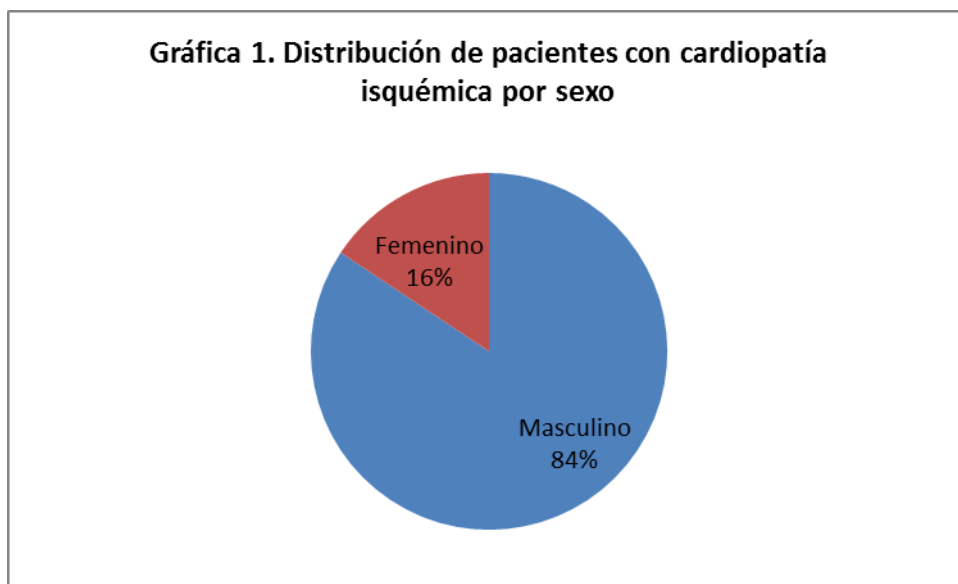
Se apegara a la ley general de salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de investigación para la salud y las normas dictadas por el IMSS.

Declaración de Helsinki.

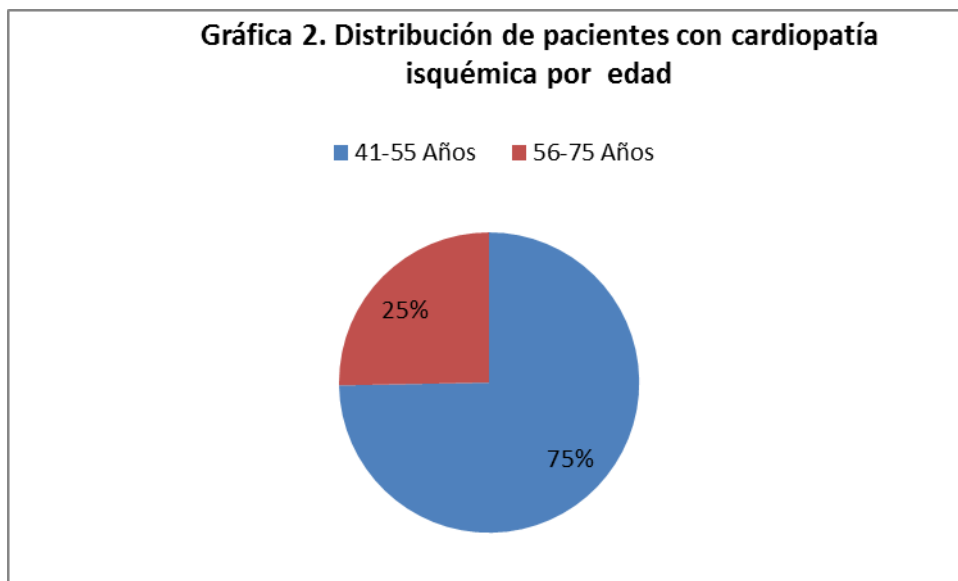
Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Art.321, 323,324 y 326)



### 3. RESULTADOS



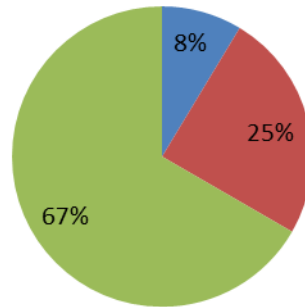
En la gráfica 1 podemos observar la distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica de acuerdo al sexo, siendo mayor la presencia del sexo masculino en una relación 1:4 con respecto a las mujeres.



En la gráfica 2 podemos observar la distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica de acuerdo a la edad, encontrando un porcentaje mayor en pacientes de 41-55 años con una relación 3:1 con respecto a los pacientes de 56-75 años

**Gráfica 3. Distribución de pacientes con cardiopatía isquémica por tiempo de diagnóstico**

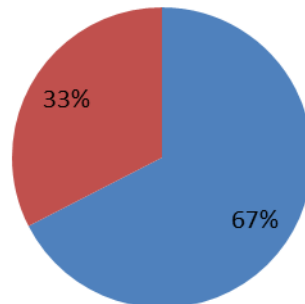
■ 1-2 Años ■ 3-4 Años ■ 5-6 Años



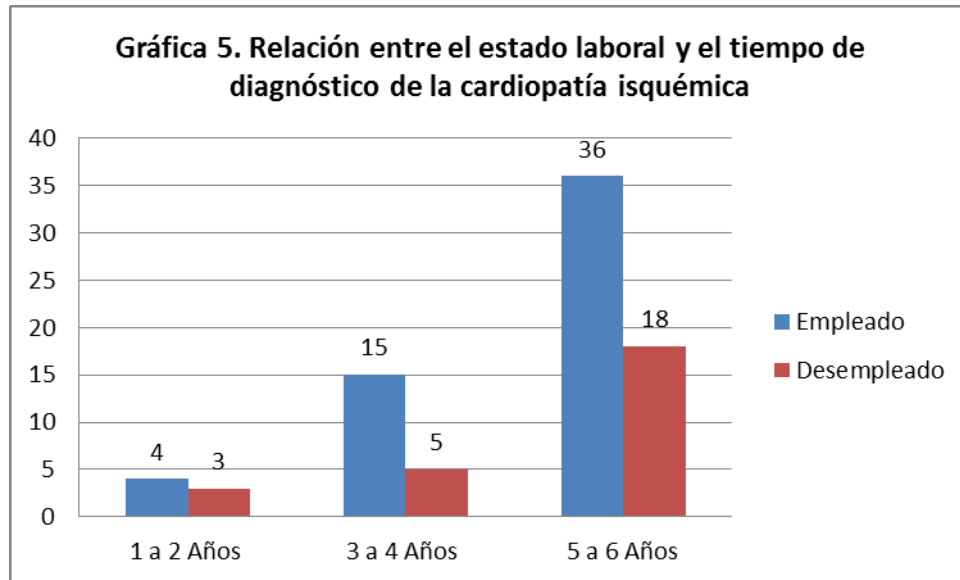
En la gráfica 3 podemos observar la distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica de acuerdo al tiempo de evolución, encontrando un porcentaje mayor de pacientes entre 5 y 6 años de evolución con cardiopatía isquémica.

**Gráfica 4. Distribución de pacientes con cardiopatía isquémica de acuerdo a su estado laboral**

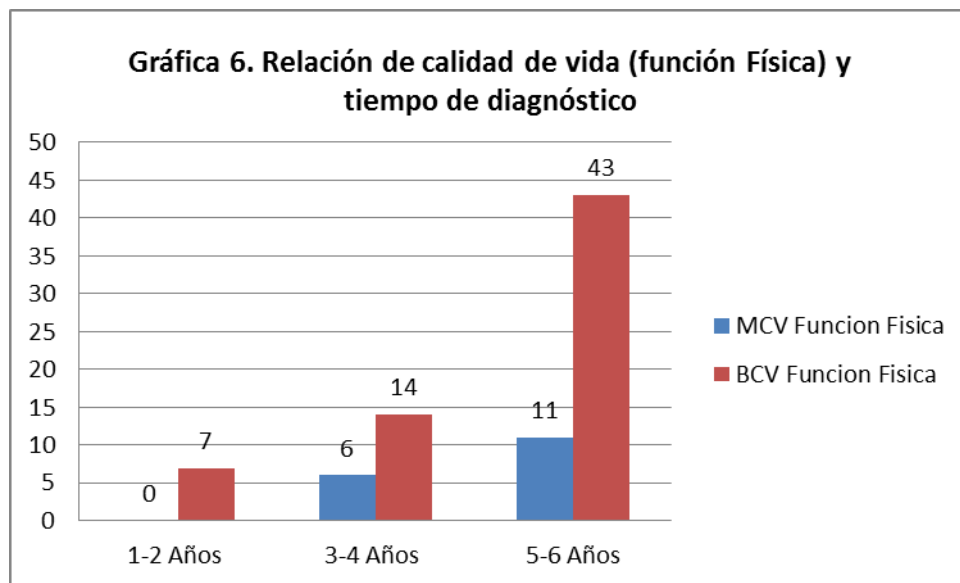
■ Empleado ■ Desempleado



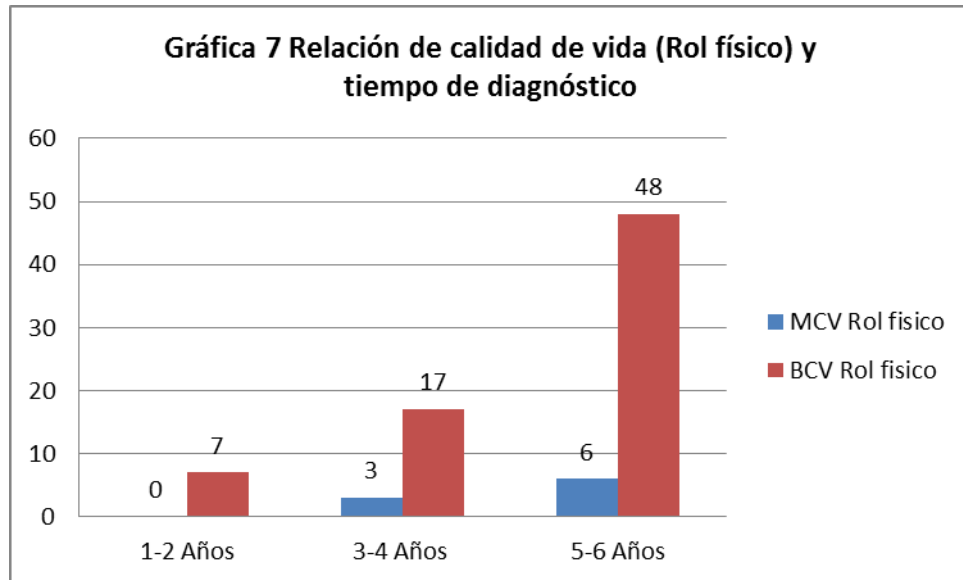
En la gráfica 4 Podemos observar la distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica de acuerdo a su estado laboral, encontrando un porcentaje mayor de pacientes empleados con una relación 2:1 con respecto a los pacientes desempleados



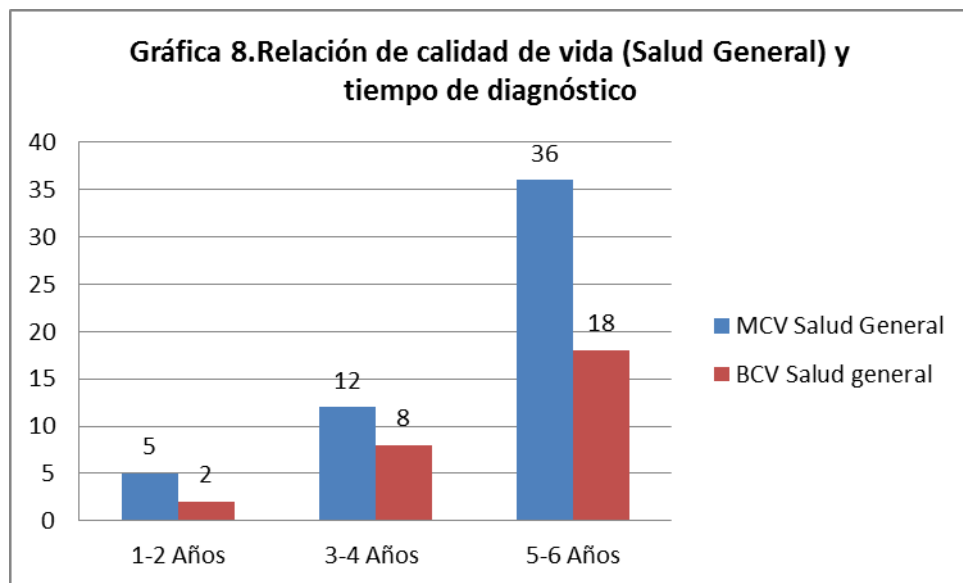
En la gráfica 5 podemos observar la relación entre el estado laboral y el tiempo de diagnóstico el cual se observa en un porcentaje mayor de pacientes empleados con un tiempo de diagnóstico de cardiopatía isquémica entre los 5 a 6 años.



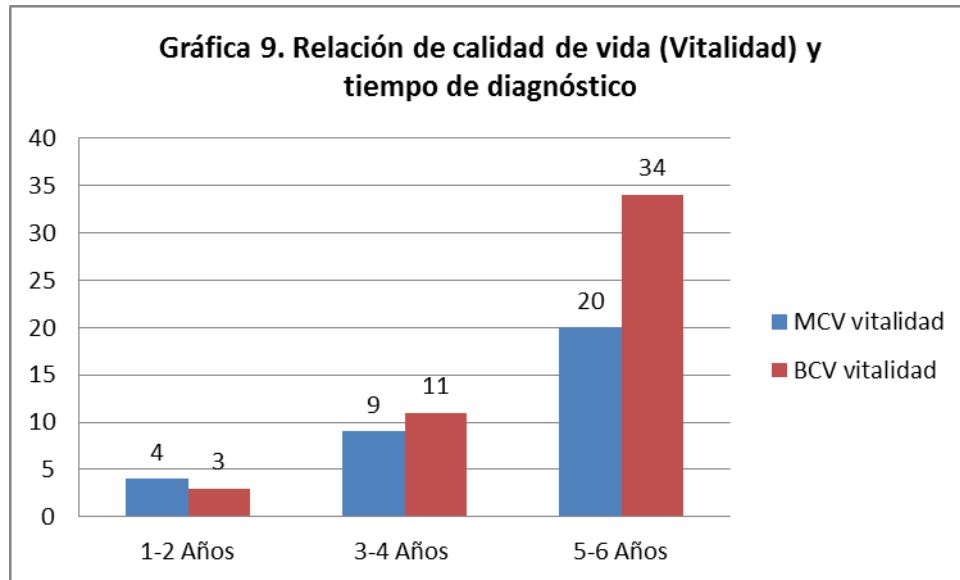
En la gráfica 6 podemos observar la relación de calidad de vida (función física) y el tiempo de diagnóstico, encontrando que se presenta buena calidad de vida (función Física) con mayor tiempo de diagnóstico de la cardiopatía isquémica.



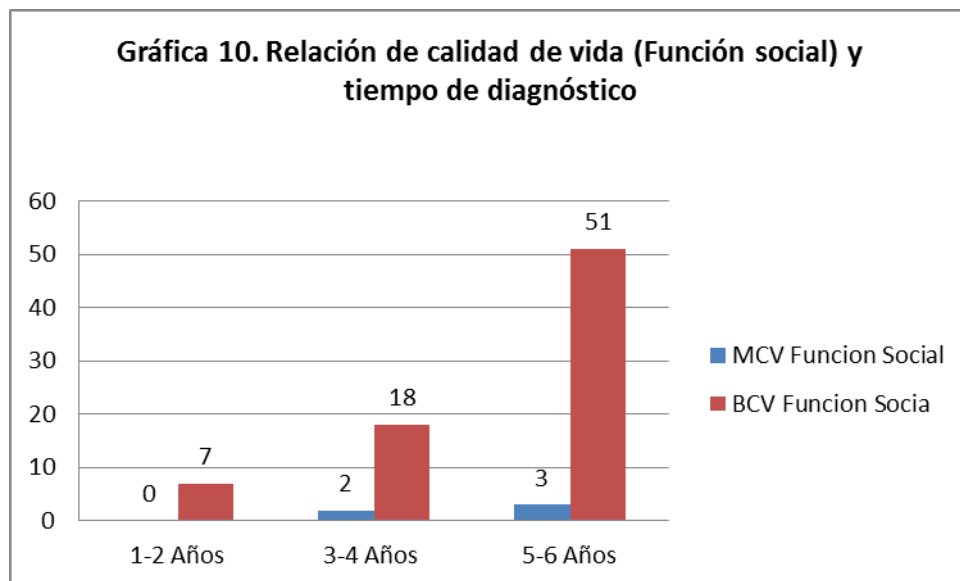
En la gráfica 7 podemos observar la relación de calidad de vida (Rol físico) y el tiempo de diagnóstico, encontrando que se presenta buena calidad de vida (Rol Físico) con mayor tiempo de diagnóstico de la cardiopatía isquémica.



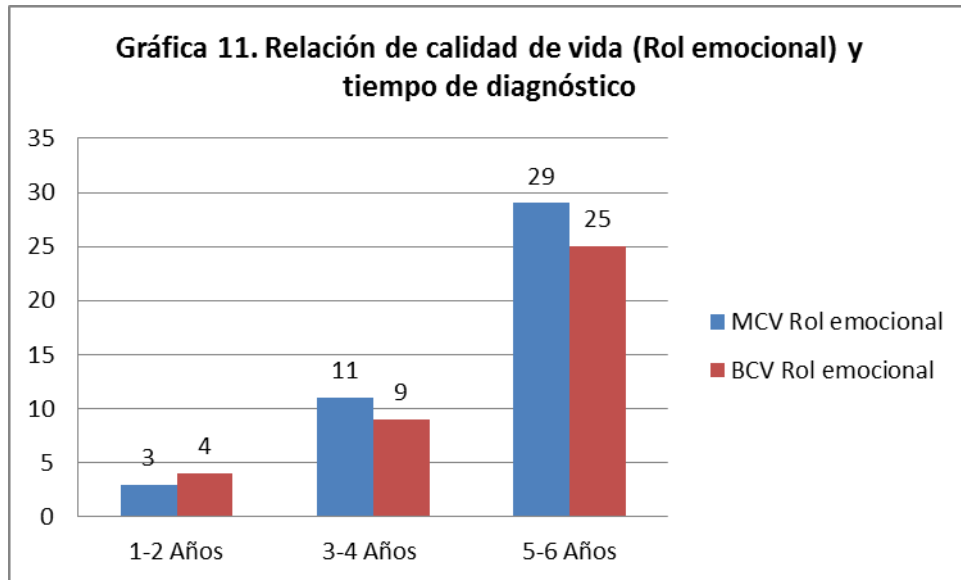
En la gráfica 8 podemos observar la relación de calidad de vida (Salud general) y el tiempo de diagnóstico, encontramos que se presenta mala calidad de vida (salud General) a mayor tiempo de diagnóstico.



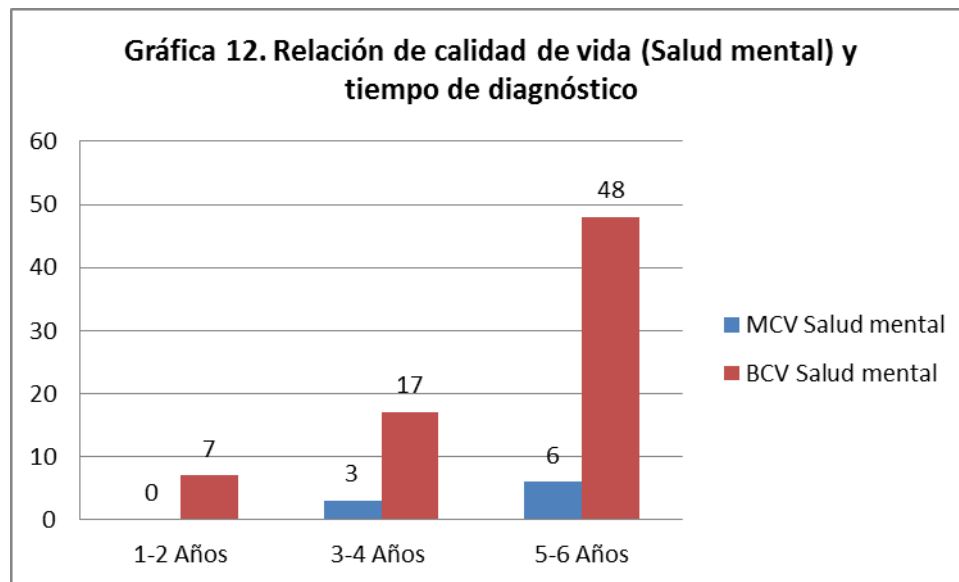
En la gráfica 9 podemos observar la relación de calidad de vida (Vitalidad) y el tiempo de diagnóstico, encontramos que se presenta buena calidad de vida (Vitalidad) a mayor tiempo de diagnóstico.



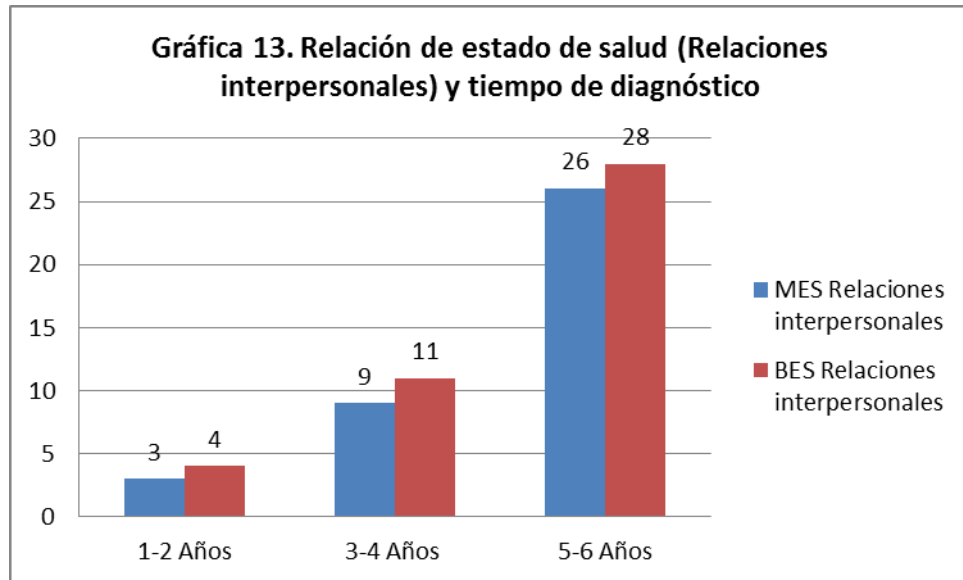
En la gráfica 10 podemos observar la relación de calidad de vida (Función social) y el tiempo de diagnóstico, encontramos que presenta buena calidad de vida (Función Social) a mayor tiempo de diagnóstico.



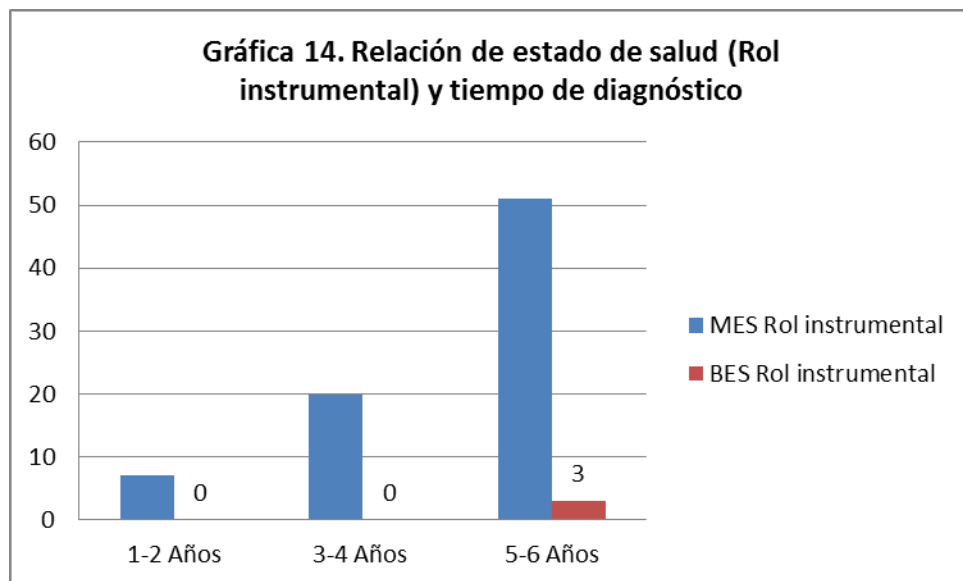
En la gráfica 11 podemos observar la relación de calidad de vida (Rol emocional) y el tiempo de diagnóstico, encontramos que presenta mala calidad de vida (Rol emocional) a mayor tiempo de diagnóstico.



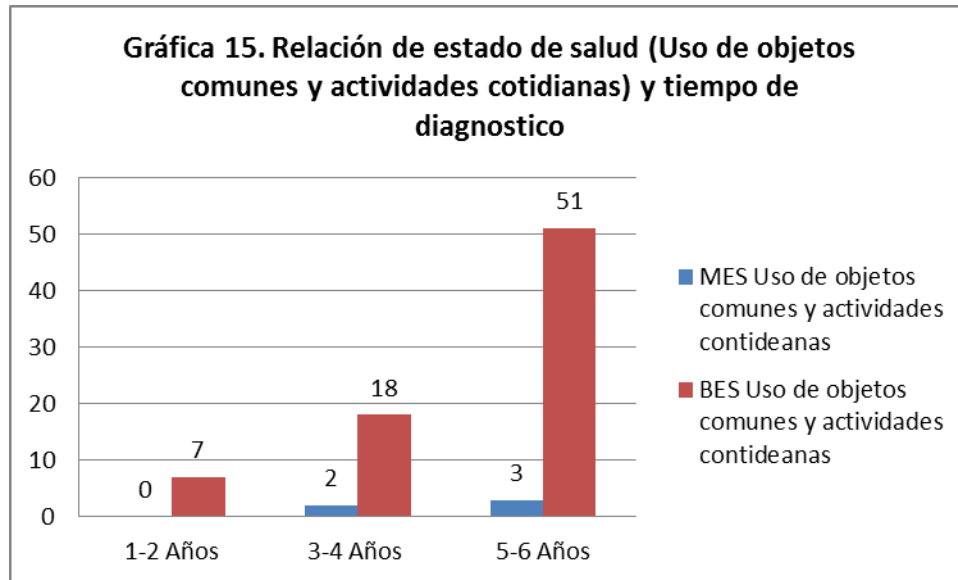
En la gráfica 12 podemos observar la relación de calidad de vida (Salud mental) y el tiempo de diagnóstico, encontramos que presenta buena calidad de vida (Salud mental) a mayor tiempo de diagnóstico.



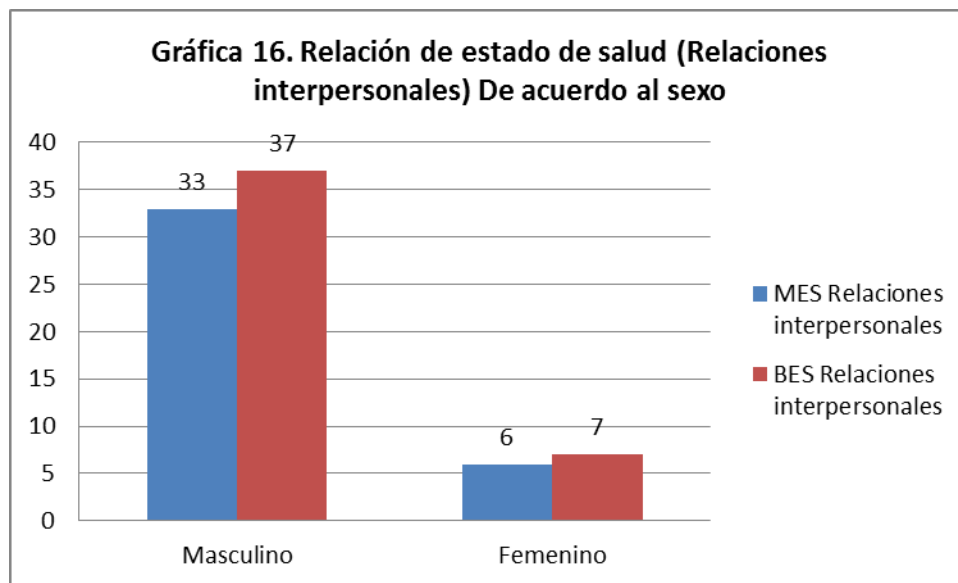
En la gráfica 13 podemos observar la relación del estado de salud (Relaciones interpersonales) y el tiempo de diagnóstico, encontramos que presenta hay buen estado de salud (Relaciones interpersonales) a mayor tiempo de diagnóstico aunque con una diferencia mínima.



En la gráfica 14 podemos observar la relación del estado de salud (Rol instrumental) y el tiempo de diagnóstico, encontramos que presenta mejor estado de salud (Rol instrumental) a mayor tiempo de diagnóstico.

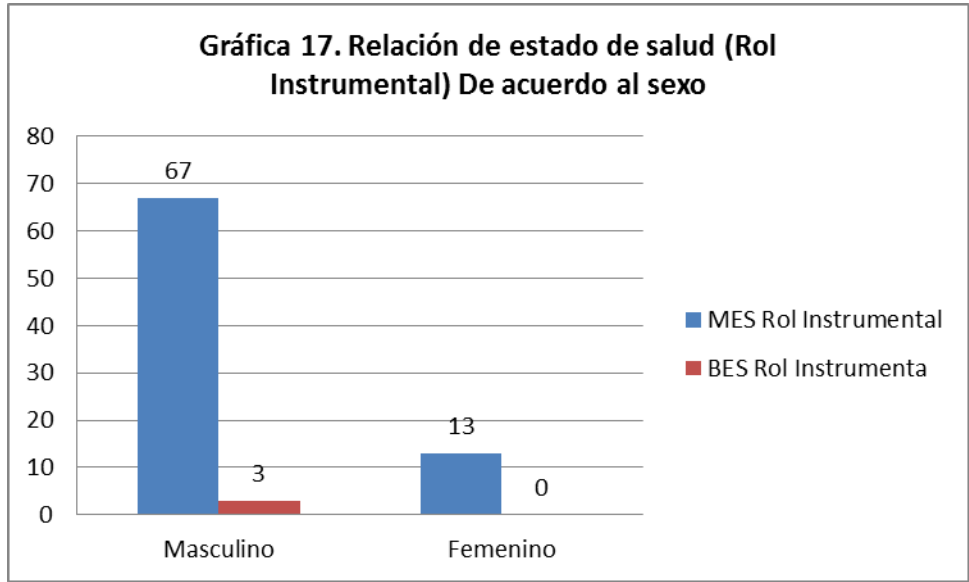


En la gráfica 15 podemos observar la relación del estado de salud (Uso de objetos comunes y actividades cotidianas) y el tiempo de diagnóstico, encontramos que presenta bajo estado de salud (Uso de objetos comunes y actividades cotidianas) a mayor tiempo de diagnóstico.

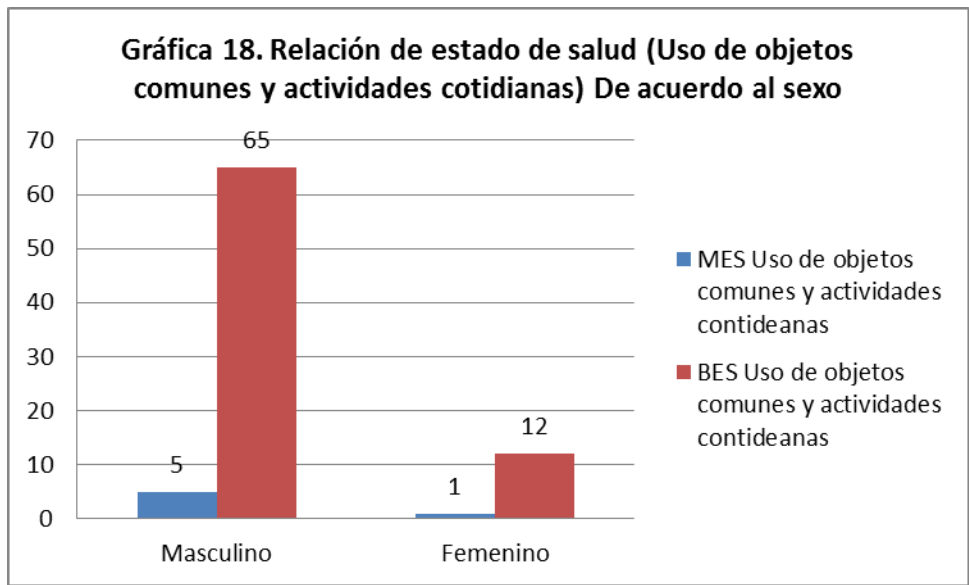


En la gráfica 16 podemos observar la relación del estado de salud (Relaciones interpersonales) y sexo, encontramos que presenta mayor bajo estado de salud (relaciones interpersonales) los de sexo masculino, aunque la diferencia es mínima.

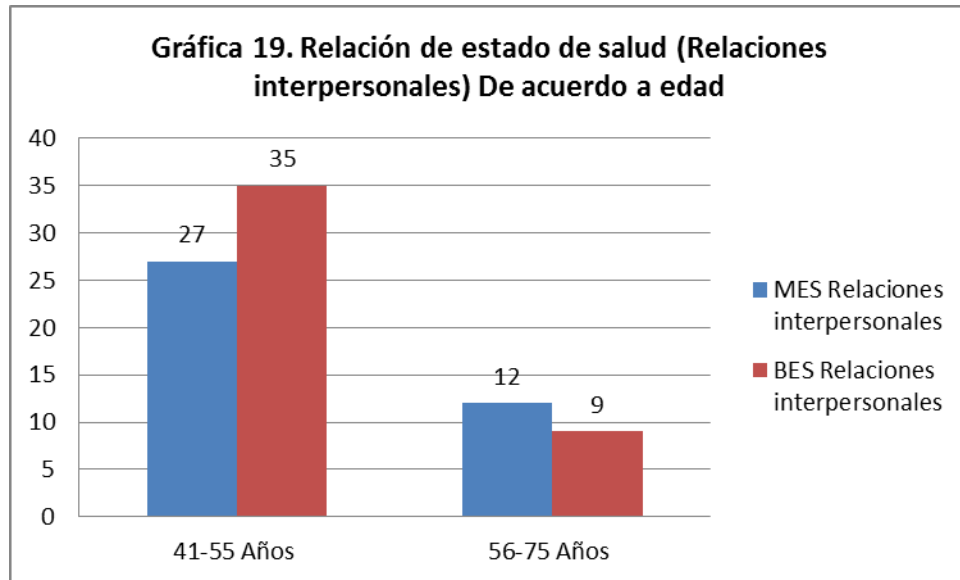




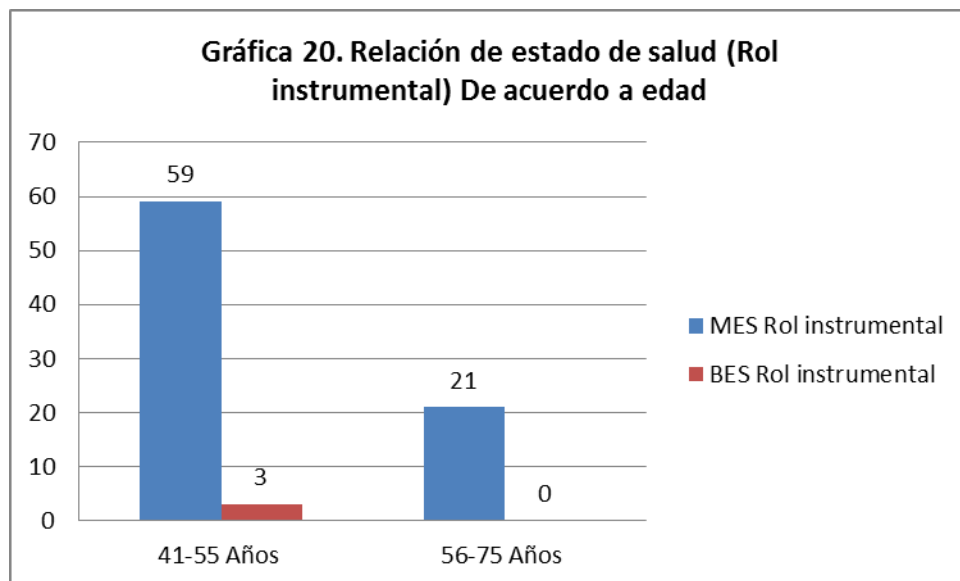
En la gráfica 17 podemos observar la relación del estado de salud (Rol instrumental) y el sexo, encontramos que presenta mejor estado de salud (Rol instrumental) todos los sujetos femeninos y la gran mayoría de los de sexo masculino.



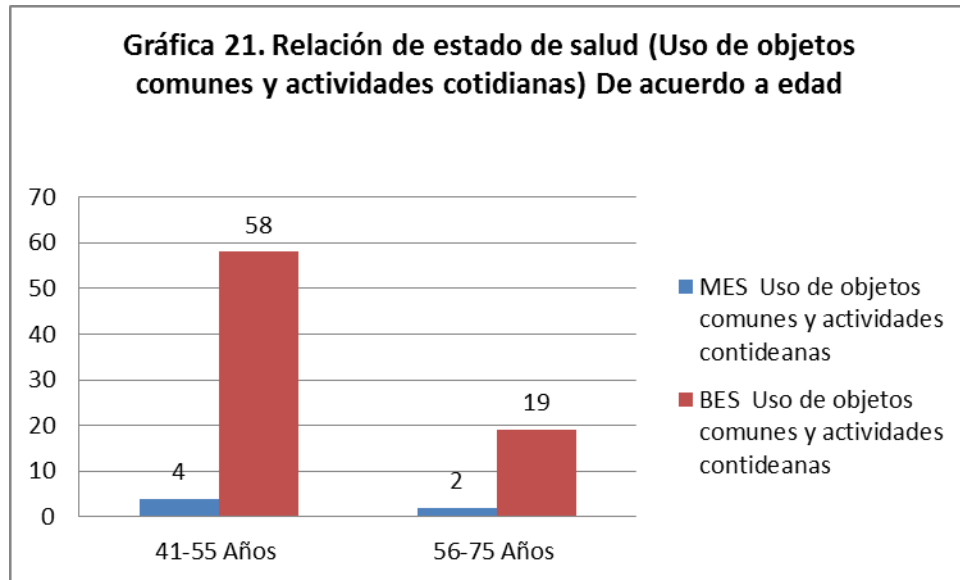
En la gráfica 18 podemos observar la relación del estado de salud (Uso de objetos comunes y actividades cotidianas) de acuerdo al sexo, encontramos que un mayor porcentaje de masculinos presenta bajo estado de salud (Uso de objetos comunes y actividades cotidianas) que los femeninos que tienen mejor este rubro.



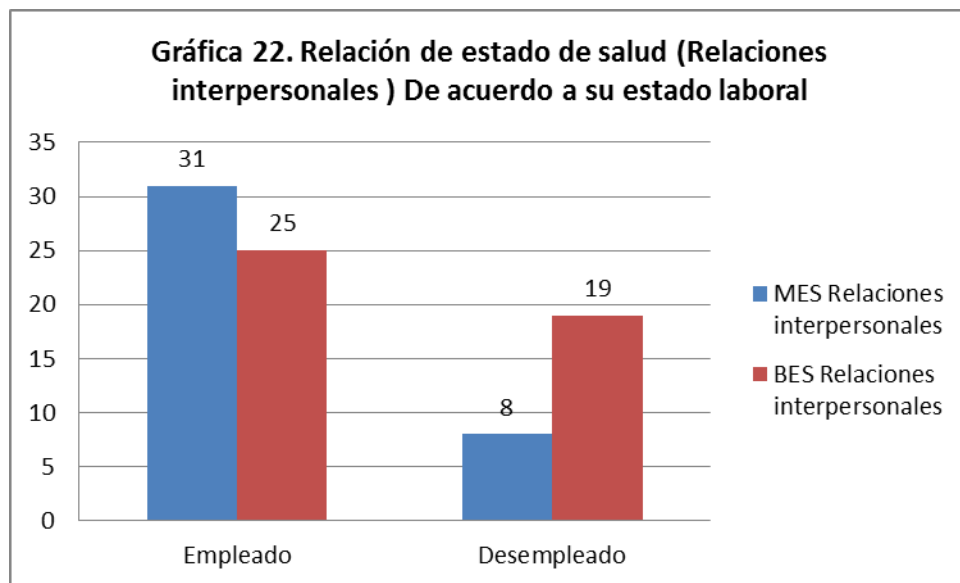
En la gráfica 19 podemos observar la relación del estado de salud (Relaciones interpersonales) de acuerdo a edad, encontramos que presentan mayor bajo estado de salud (relaciones interpersonales) los pacientes de entre 41 y 55 años de edad.



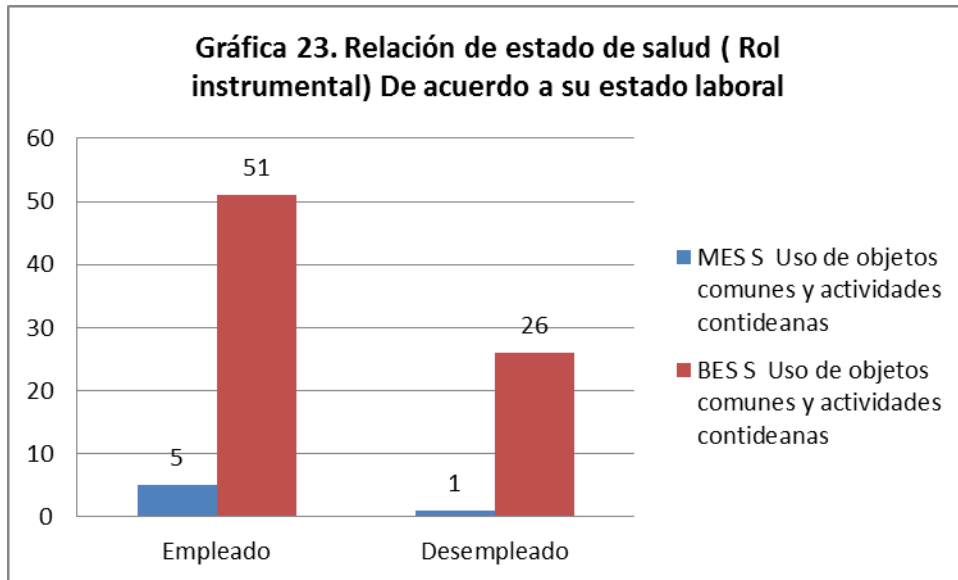
En la gráfica 20 podemos observar la relación del estado de salud (Rol instrumental) de acuerdo a edad, encontramos que presentan mejor estado de salud (rol instrumental) todos los pacientes de entre 56 y 75 años de edad.



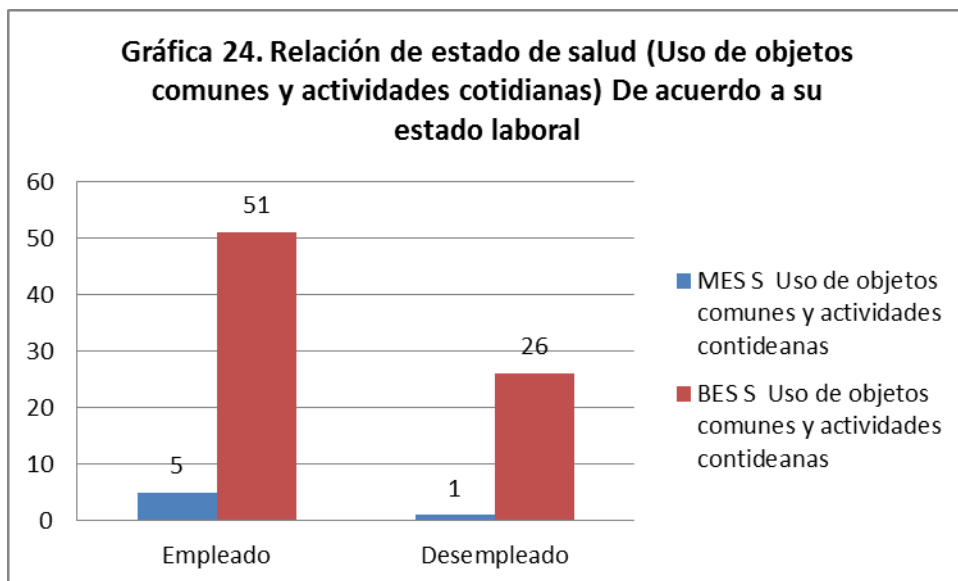
En la gráfica 21 podemos observar la relación del estado de salud (Uso de objetos comunes y actividades cotidianas) de acuerdo a edad, encontramos que presentan peor estado de salud (uso de objetos comunes y actividades cotidianas) los pacientes de entre 41 y 55 años de edad.



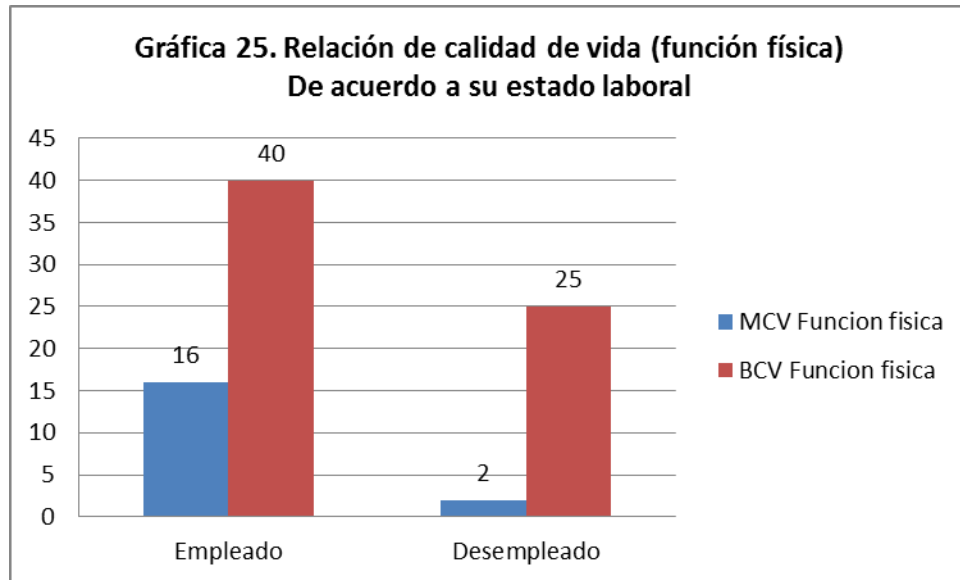
En la gráfica 22 podemos observar la relación del estado de salud (Relaciones interpersonales) de acuerdo a su estado laboral, encontramos que presentan mejor estado de salud (relaciones interpersonales) los pacientes empleados.



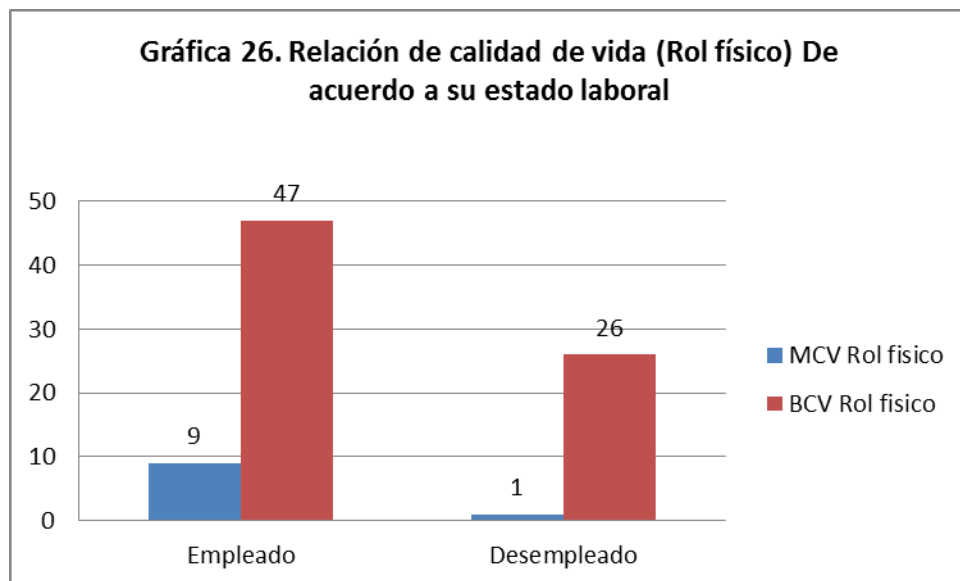
En la gráfica 23 podemos observar la relación del estado de salud (Rol instrumental) de acuerdo a su estado laboral, encontramos que presentan peor estado de salud (rol instrumental) los pacientes desempleados (proporción 1:26), vs los empleados (proporción 1:10).



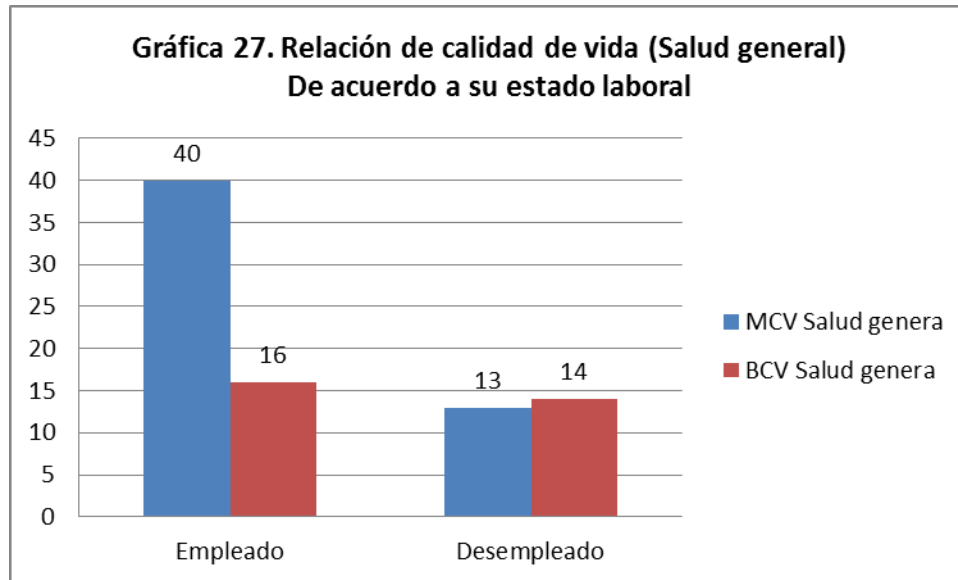
En la gráfica 24 podemos observar la relación del estado de salud (Uso de objetos comunes y actividades cotidianas) de acuerdo a su estado laboral, encontramos que presentan peor estado de salud (Uso de objetos comunes y actividades cotidianas) los pacientes desempleados (proporción 1:26), vs los empleados (proporción 1:10).



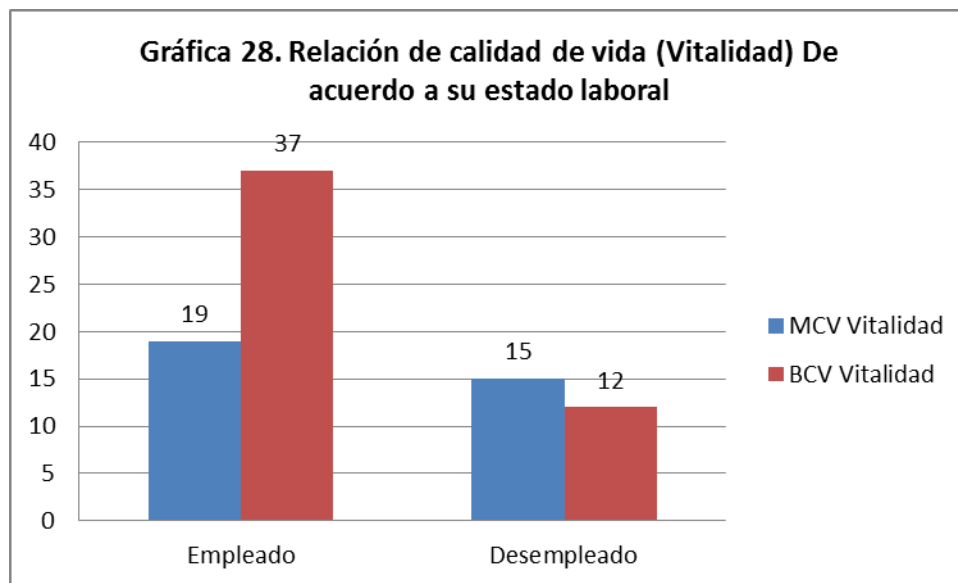
En la gráfica 25 podemos observar la relación de calidad de vida (función física) de acuerdo a su estado laboral, encontramos que presentan mejor calidad de vida (función física) los pacientes empleados (proporción 1:2.5) vs desempleados (proporción 1:12).



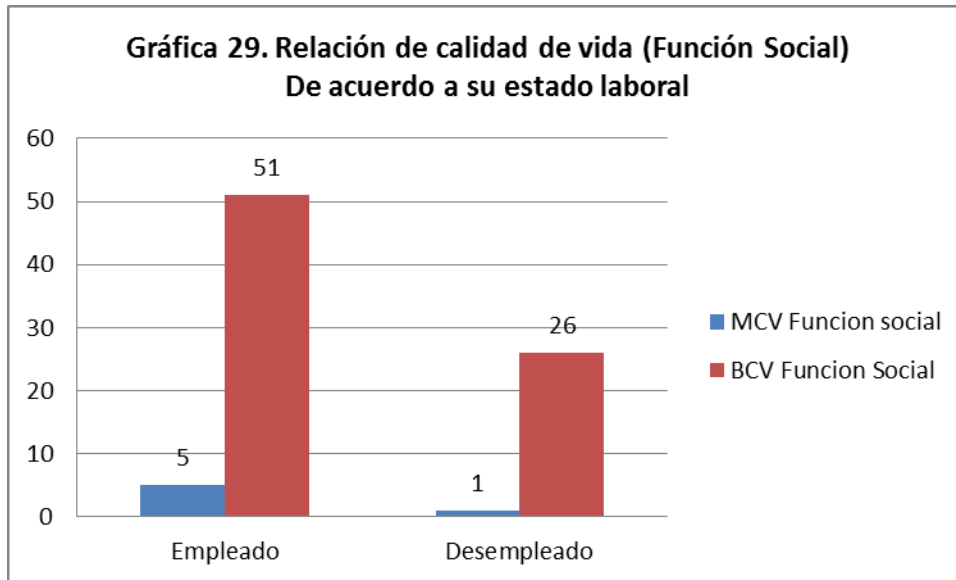
En la gráfica 26 podemos observar la relación de calidad de vida (Rol físico) de acuerdo a su estado laboral, encontramos que presentan peor calidad de vida (rol físico) los pacientes desempleados (proporción 1:26) vs empleados (proporción 1:5).



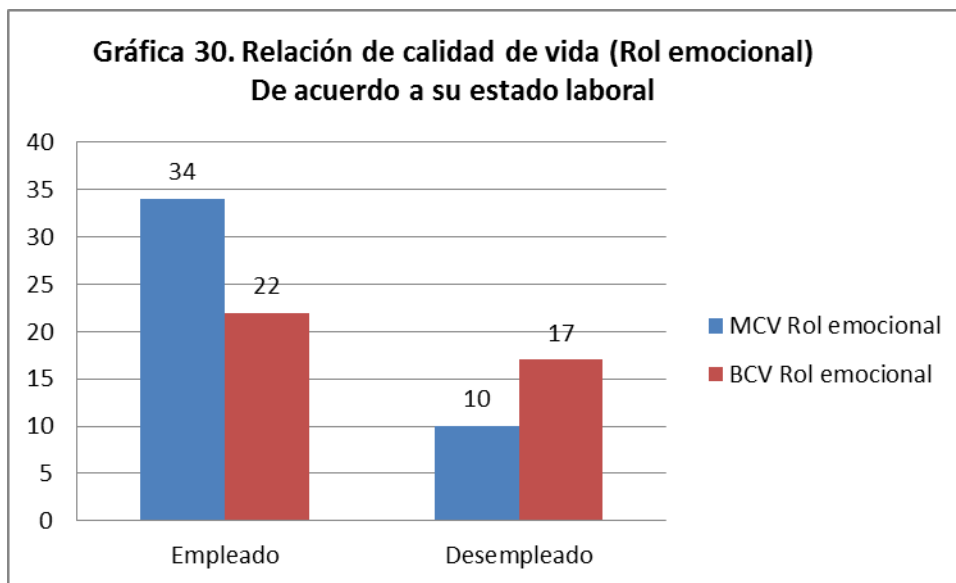
En la gráfica 27 podemos observar la relación de calidad de vida (salud general) de acuerdo a su estado laboral, encontramos que presentan mejor calidad de vida (salud general) los pacientes empleados (proporción 2:1) vs desempleados (proporción 1:1).



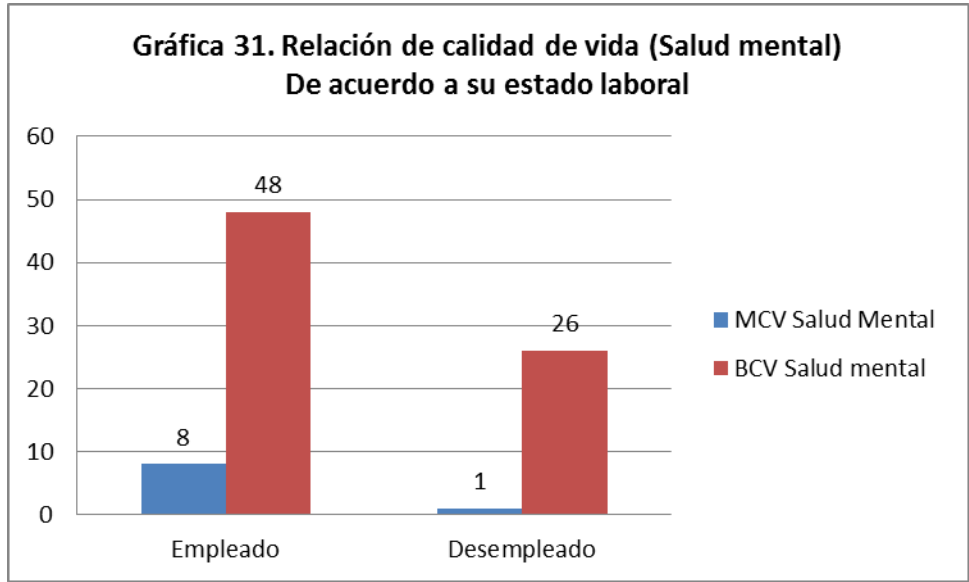
En la gráfica 28 podemos observar la relación de calidad de vida (Vitalidad) de acuerdo a su estado laboral, encontramos que presentan peor calidad de vida (vitalidad) los pacientes empleados (proporción 1:1.9) vs desempleados (proporción 1:0.8).



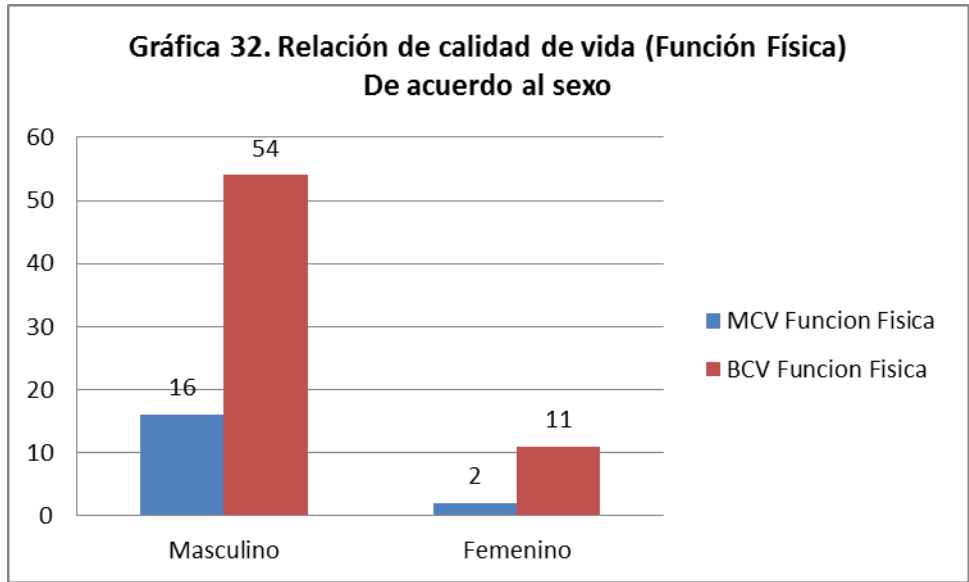
En la gráfica 29 podemos observar la relación de calidad de vida (Función social) de acuerdo a su estado laboral, encontramos que presentan peor calidad de vida (Función social) los pacientes desempleados (proporción 26:1) vs empleados (proporción 10:1).



En la gráfica 30 podemos observar la relación de calidad de vida (Rol emocional) de acuerdo a su estado laboral, encontramos que presentan peor calidad de vida (rol emocional) los pacientes desempleados (proporción 1.7:1) vs empleados (proporción 1:0.6).

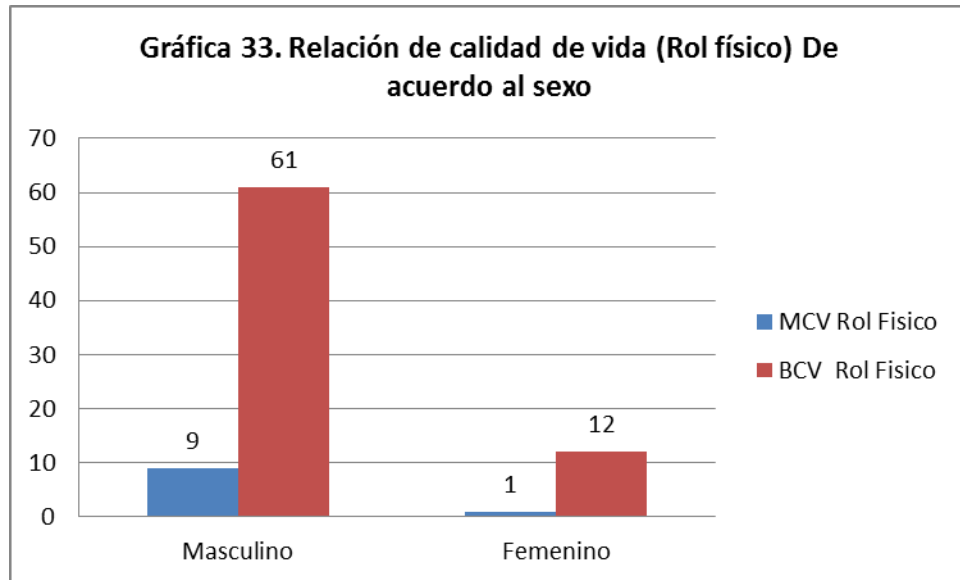


En la gráfica 31 podemos observar la relación de calidad de vida (salud mental) de acuerdo a su estado laboral, encontramos que presentan peor calidad de vida (salud mental) los pacientes desempleados (proporción 26:1) vs empleados (proporción 6:1).

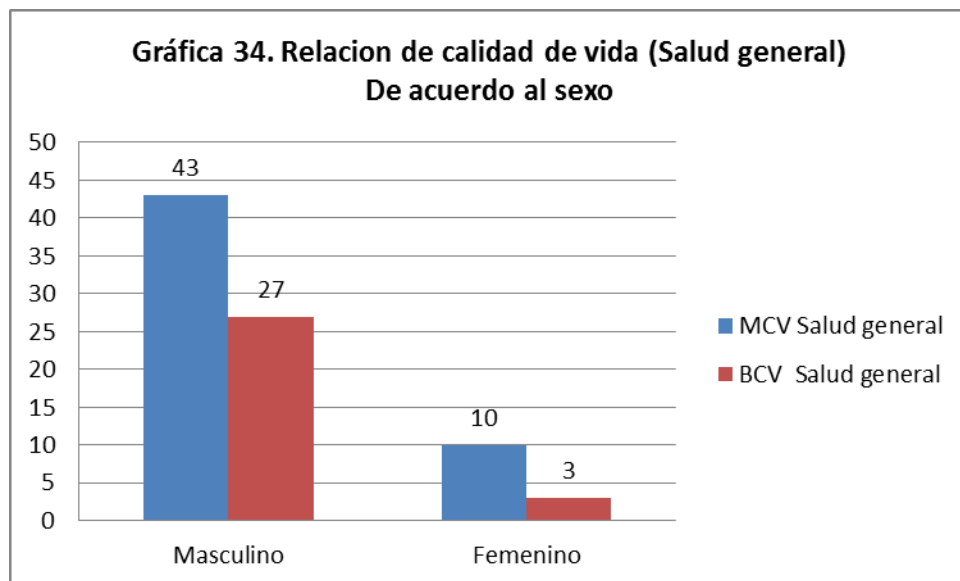


En la gráfica 32 podemos observar la relación de calidad de vida (función física) de acuerdo al sexo, encontramos que presentan peor calidad de vida (función física) los pacientes femeninos (proporción 5.5:1) vs masculinos (proporción 3.3:1).

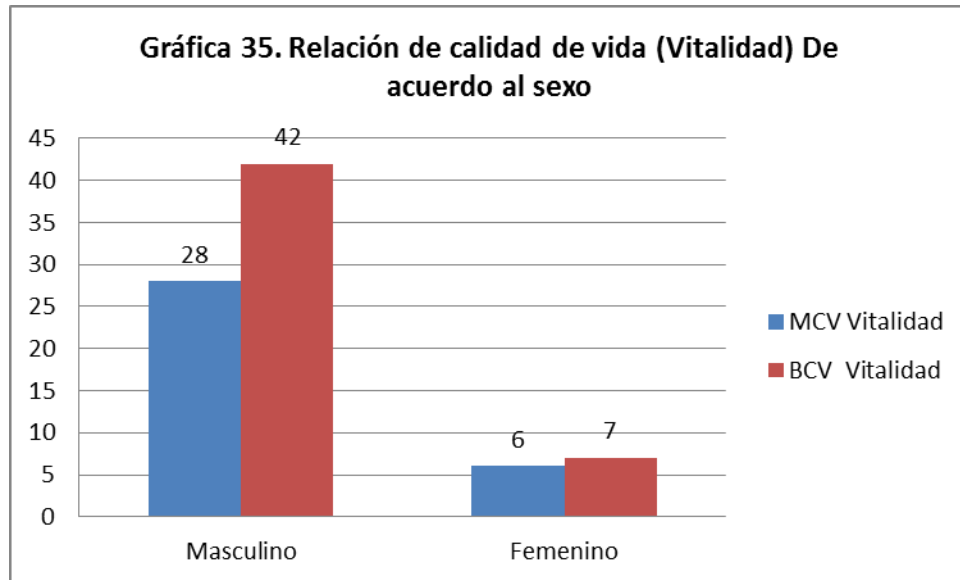




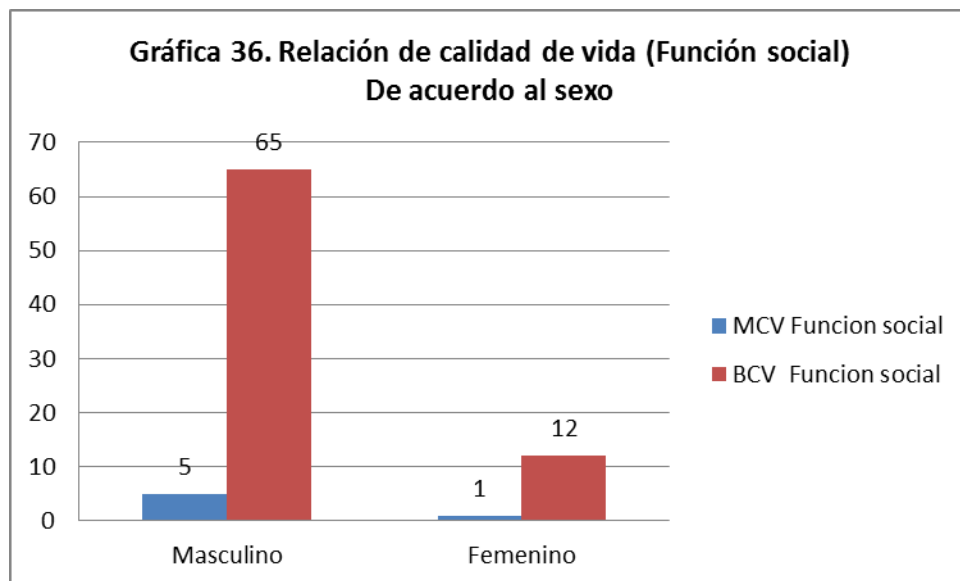
En la gráfica 33 podemos observar la relación de calidad de vida (rol físico) de acuerdo al sexo, encontramos que presentan peor calidad de vida (rol físico) los pacientes femeninos (proporción 12:1) vs masculinos (proporción 6.7:1).



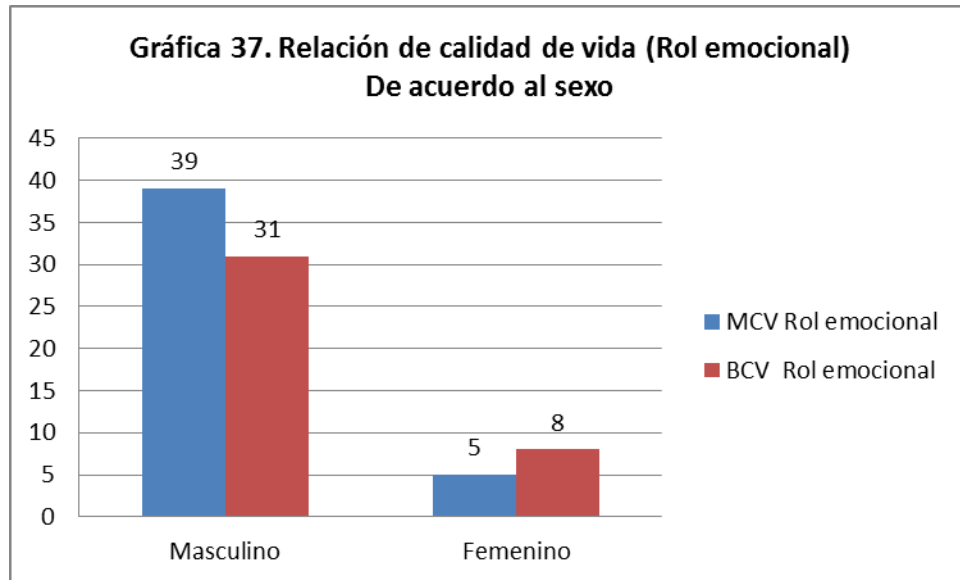
En la gráfica 34 podemos observar la relación de calidad de vida (salud general) de acuerdo al sexo, encontramos que presentan mejor calidad de vida (salud general) los pacientes masculinos (proporción 1.5:1) vs femeninos (proporción 3.3:1).



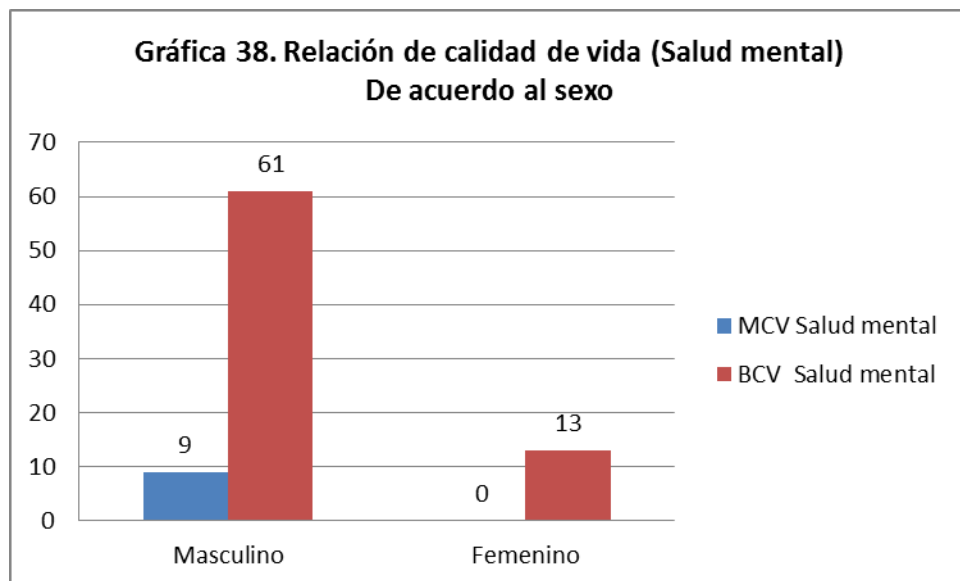
En la gráfica 35 podemos observar la relación de calidad de vida (vitalidad) de acuerdo al sexo, encontramos que presentan mejor calidad de vida (vitalidad) los pacientes femeninos (proporción 1:1.1) vs masculinos (proporción 1:1.5).



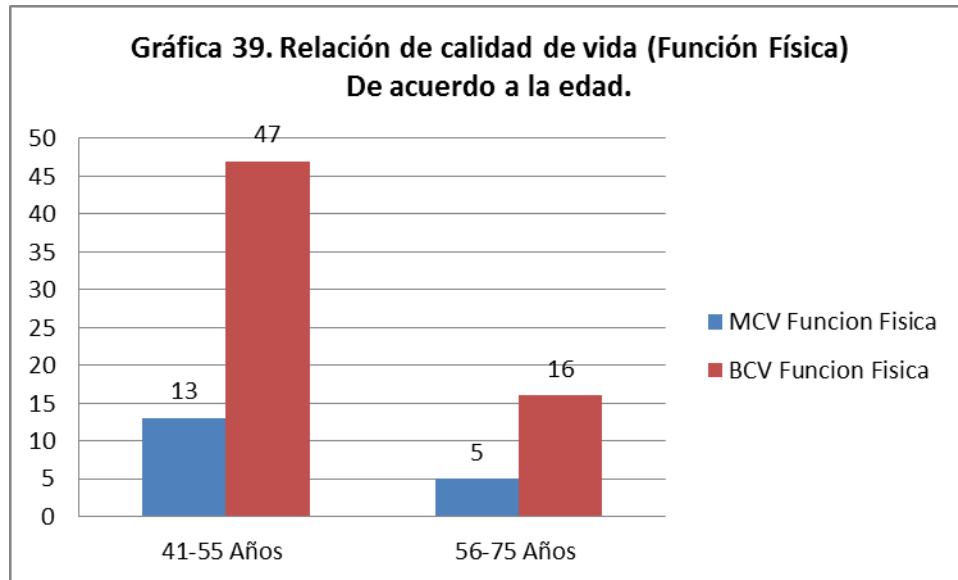
En la gráfica 36 podemos observar la relación de calidad de vida (función social) de acuerdo al sexo, encontramos que presentan peor calidad de vida (función social) los pacientes masculinos (proporción 13:1) vs femeninos (proporción 12:1).



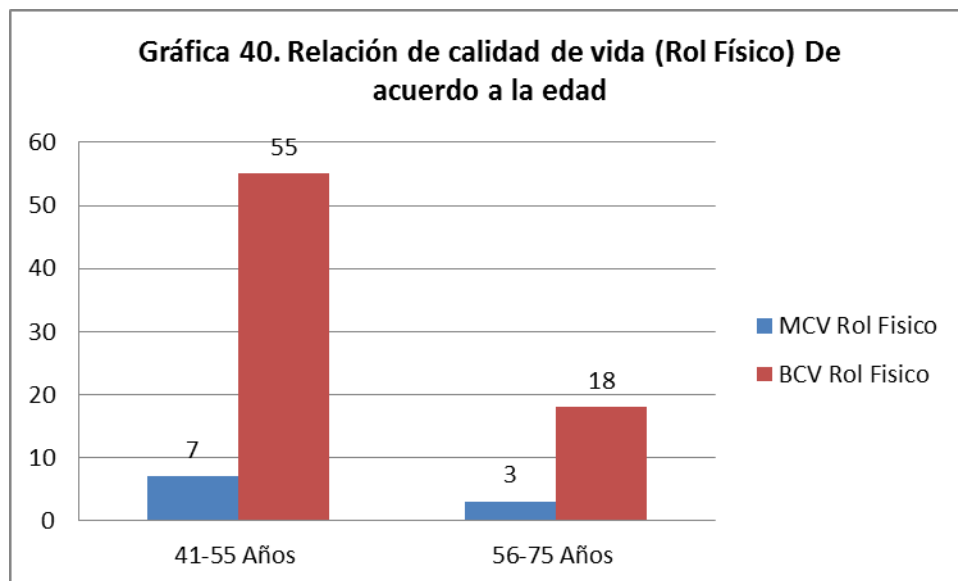
En la gráfica 37 podemos observar la relación de calidad de vida (rol emocional) de acuerdo al sexo, encontramos que presentan mejor calidad de vida (rol emocional) los pacientes masculinos.



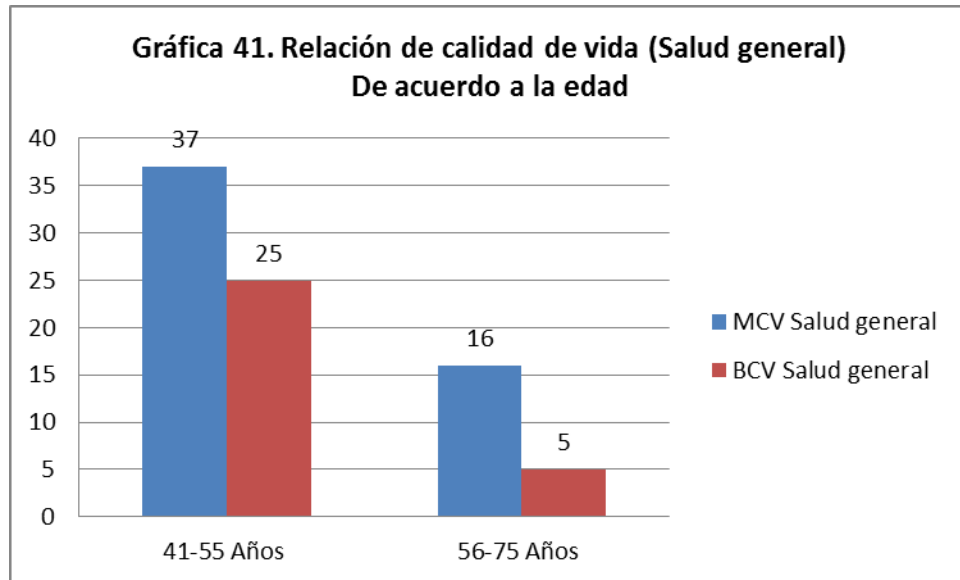
En la gráfica 38 podemos observar la relación de calidad de vida (salud mental) de acuerdo al sexo, encontramos que presentan peor calidad de vida (salud mental) todos los pacientes femeninos.



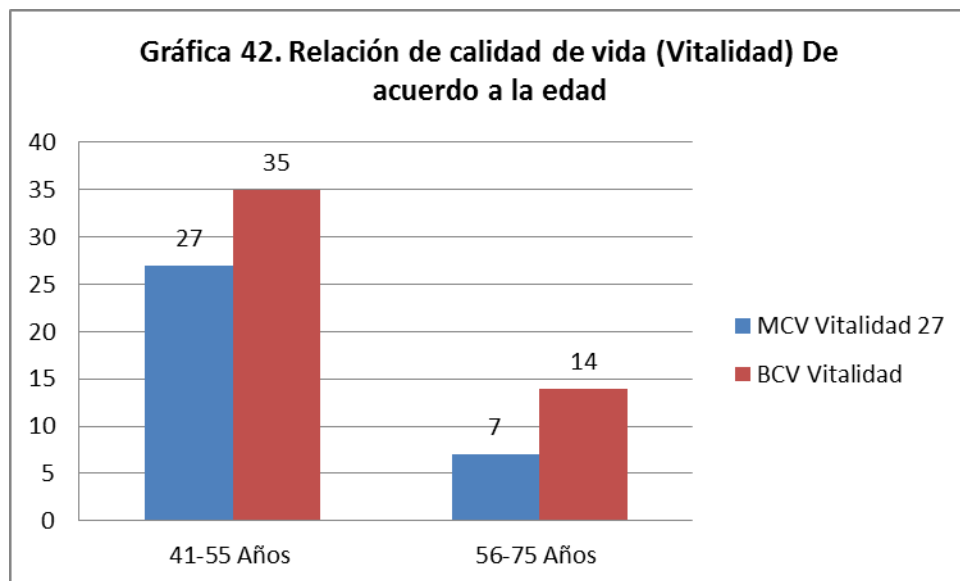
En la gráfica 39 podemos observar la relación de calidad de vida (Función física) de acuerdo a la edad, encontramos que presentan peor calidad de vida (Función física) los pacientes entre 41 y 55 años de edad.



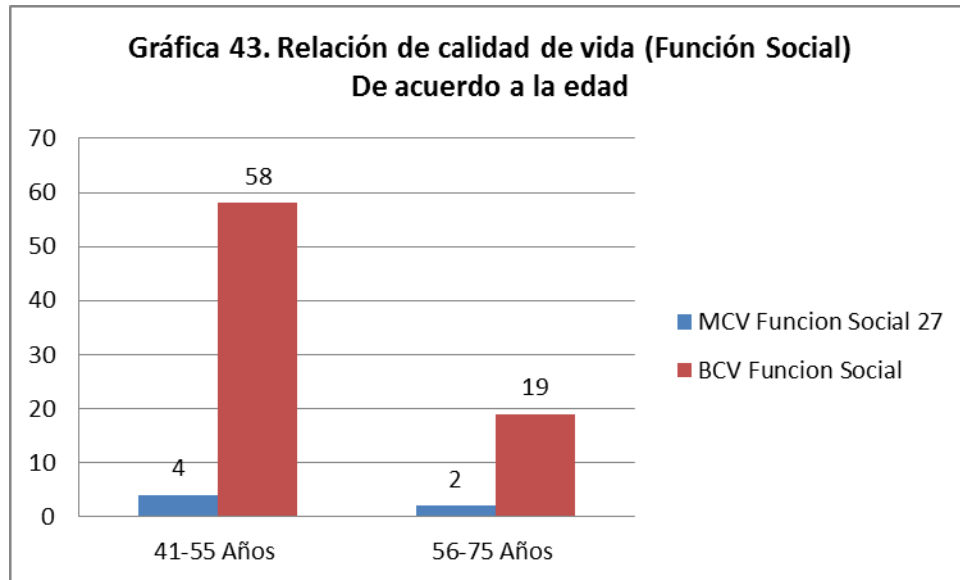
En la gráfica 40 podemos observar la relación de calidad de vida (Rol físico) de acuerdo a la edad, encontramos que presentan peor calidad de vida (Rol físico) los pacientes entre 41 y 55 años de edad.



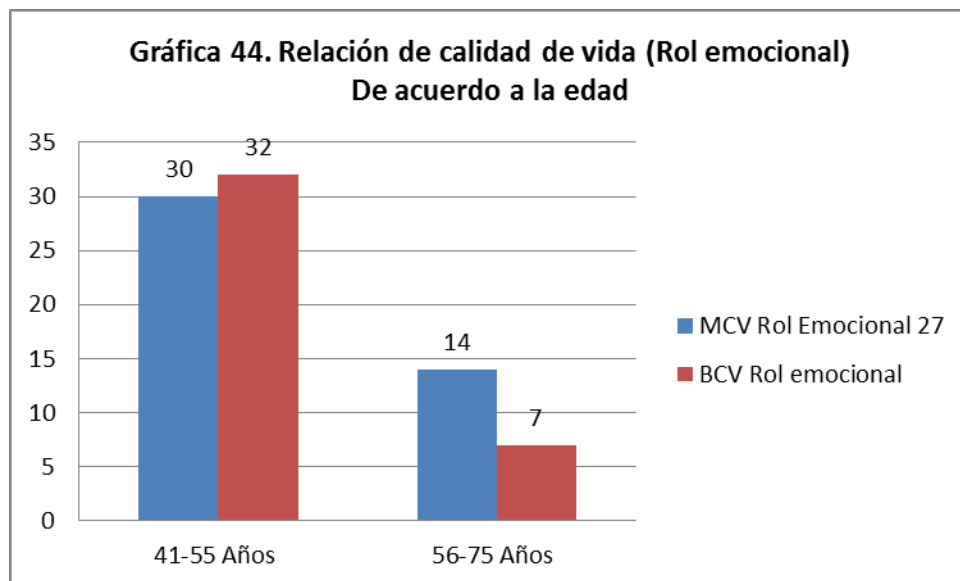
En la gráfica 41 podemos observar la relación de calidad de vida (Salud general) de acuerdo a la edad, encontramos que presentan mejor calidad de vida (Salud general) los pacientes entre 41 y 55 años de edad (proporción 1.4:1) vs pacientes entre 56 y 75 años (proporción 3:1).



En la gráfica 42 podemos observar la relación de calidad de vida (Vitalidad) de acuerdo a la edad, encontramos que presentan peor calidad de vida (Vitalidad) los pacientes entre 56 y 75 (proporción 2:1) vs pacientes entre 41 y 55 años (proporción 1:1.6) aunque la diferencia es pequeña.



En la gráfica 43 podemos observar la relación de calidad de vida (Función social) de acuerdo a la edad, encontramos que presentan peor calidad de vida (Función social) los pacientes entre 41 y 55 años vs pacientes entre 56 y 75 años.



En la gráfica 44 podemos observar la relación de calidad de vida (Rol emocional) de acuerdo a la edad, encontramos que presentan peor calidad de vida (Rol emocional) los pacientes entre 41 y 55 años de edad.

#### 4. ANALISIS ESTADISTICO

**Tabla 1. Coeficientes de correlación de Pearson entre las dimensiones de Calidad de vida y Estado de Salud**

		Dimensiones del Estado de Salud			
		Relaciones Interpersonales	Rol Instrumental	Uso de Obj. y Act. Cotidianas	Función Intrapsíquica
Dimensiones de la Calidad de Vida	Función Física	.56	.1	.53	0.0
	Relaciones Interpersonales	.18	.29	0.0	.39
	Dolor	0.0	0.0	0.0	0.0
	Salud General	.25	.25	-0.27	0.0
	Vitalidad	-0.63	-0.1	-0.23	0.0
	Función Social	.29	.05	1	0.0
	Rol Emocional	.83	.2	.2	0.0
	Salud Mental	0.37	.06	.35	0.0

En la tabla 1 exponemos los coeficientes de correlación de Pearson, y encontramos que no mostraron correlación en la mayor parte de las dimensiones de la Calidad de Vida con el Estado de Salud. En las únicas dimensiones que observamos correlación fue la Función Física con Relaciones Interpersonales (0.56) y Rol Instrumental(0.53); en el Rol Emocional con Relaciones Interpersonales (0.83), y veos una correlación directamente proporcional entre Función Social y Uso de Objetos y Actividades Cotidianas (1.0). Mientras que las correlaciones entre Vitalidad y todas las dimensiones del Estado de Salud son negativas. Todas las correlaciones reportaron una  $p < 0.05$ .

## 5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con los resultados obtenidos podemos afirmar que no existen correlaciones entre el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía isquémica, y que incluso la dimensión Vitalidad de la Calidad de Vida se correlación de manera negativa con el Estado de Salud. De acuerdo a otros autores nuestros resultados resultan incompatibles, consideramos que una posible explicación a este resultado sea la naturaleza de los instrumentos. Sugerimos más estudios donde se busque medir la correlación de estos dos constructos: calidad de vida y el estado de salud con los instrumentos usados, en pacientes con otras patologías. Proponemos también ampliar el campo del conocimiento con investigación cualitativa que permita adentrarnos en la percepción del paciente enfermo con respecto a su estado de salud y calidad de vida en su contexto. Estos resultados se deben interpretar con cautela, y deben dar lugar a investigar los elementos que constituyen la autopercepción de paciente con respecto a su calidad de vida y estado de salud.

Se observó en los resultados que se presenta en mayor porcentaje la cardiopatía isquémica en hombres con una relación 4:1 con respecto al sexo femenino, esto apoyado en la literatura que las mujeres por debajo de 50 años presentan menor riesgo de tener dicha patología por factores hormonales que confieren protección, así como la edad más frecuente de presentación que va desde los 41 hasta los 55 años esto dado por el tipo de dieta y la falta de actividad física en forma frecuente haciendo que la cardiopatía isquémica y sus complicaciones se desarrollen a más temprana edad, por lo tanto ver más número de trabajadores con dicho diagnóstico en labores que relacionadas a su diagnóstico presenten alteraciones en su calidad de vida, ya que en el estudio realizado encontramos que un porcentaje elevado que pacientes con cardiopatía isquémica que se encuentran laborando tiene por lo menos 5 años que se le estableció su diagnóstico.

El estudio revela datos importantes ya que se esperaba que pacientes portadores de cardiopatía isquémica tuvieran alteración en la calidad de vida sobre todo en las actividades físicas, aunque los resultados arrojan que se aprecia más alteración de la calidad de vida sobre todo en algunas áreas que evalúan lo psicológico más que en el área física a pesar del tiempo de presentación de la cardiopatía isquémica ya que en el estudio nos muestra una mayor número de pacientes portadores de cardiopatías isquémica empleados con un tiempo de diagnóstico de 5 a 6 años.

El estudio revela además que no se aprecia alteración importante en el estado salud ya que al igual que en la calidad de vida se muestra nuevamente que se presenta más afectación en el área psicológica que en la física esto valorado en el estudio ya que por ejemplo el rol físico la función física y vitalidad no encontramos afectación, lo que tal vez en la literatura esperaríamos encontrar lo contrario a esta información ya que está demostrado que la actividad física pudiera generar exacerbaciones y complicaciones de la patología y esto alterar la calidad de vida y también el estado de salud de los pacientes.



Se aprecia una diferencia mínima entre la alteración del estado de salud entre hombres y mujeres predominando el sexo masculino sobretodo en el rol instrumental que comprende idoneidad y satisfacción ya que en el sexo femenino no se presenta este patrón, con respecto a la edad encontramos afección en las relaciones interpersonales en pacientes con rango de edad entre 56 y 75 con respecto a los de 41 a 55 años aunque en el rol instrumental se aprecia alteración en ambos grupos de edad con predominio en pacientes de 41 a 55 años esto demostrado en la literatura ya que mientras menos edad de trabajo más aspiraciones a mejores puestos dentro de las empresas siendo limitadas en ocasiones por factores de riesgo que intervengan en el desempeño de su trabajo y esto genere mayor frustración, depresión e insatisfacción en los pacientes.

De acuerdo a su estado laboral se aprecia más afectación en los pacientes empleados sobre todo en las relaciones interpersonales ya que en las áreas de trabajo se catalogan o se ingresan a grupos de pacientes con enfermedades que puedan disminuir el rendimiento laboral o que pongan en riesgo la vida del paciente y esto repercute sobre la empresa y esto generar incomodidad hacia el paciente por estar limitado a ciertas actividades dentro de su área de trabajo aunque dentro de la evaluación del uso de objetos comunes y actividades cotidianas no muestre sin alteraciones que afecten el estado de salud de los pacientes. De igual forma tanto en rol físico como en la función física sigue sin mostrar afectación para la calidad de vida tanto en paciente empleados como en desempleados. En relación a salud general se aprecia afectación en la calidad de vida en pacientes empleados así como una diferencia significativa de solo un punto en pacientes desempleados lo que traduce en ambos si hay afectación de la calidad de vida siendo más predominante en los pacientes empleados. En la función social no se muestra alteración en ninguno de los dos grupos y esto gracias a las nuevas políticas de trabajo en las empresas que promueven el compañerismo y trabajo en equipo mejorando así las relaciones de trabajo. Además se identifica que no hay afectación de la calidad de vida sobre todo en actividades físicas al grupo de pacientes de edad entre 41 y 55 años ya que con la mejora en los servicios de salud tecnológica y farmacéutica han disminuido el número de complicaciones de la cardiopatía isquémica haciendo que esto no repercute en la actividad cotidianas de un paciente ya sea empleado o desempleado, aunque esto no se vea reflejado en lo emocional ya que a pesar de los avances médicos el paciente presenta múltiples alteraciones psicológicas por ser portador de una enfermedad crónico-degenerativa en una edad muy avanzada. Por lo tanto concluimos que el estudio demuestra que las principales alteraciones en el grupo de pacientes con cardiopatía isquémica de la UMF 28 presentan más alteraciones emocionales que físicas para el desarrollo de sus actividades diarias afectando esto la calidad de vida.

## 6. CONCLUSIONES.

El bienestar físico y emocional reviste una gran importancia para los pacientes con patologías crónicas tales como la cardiopatía isquémica. La cardiopatía isquémica tiene repercusiones trascendentes en el área social, emocional y económica, se asocia de manera directa con pérdida de empleo y mayor demanda de los servicios de salud así como pérdida de días de trabajo en pacientes activos económicamente.

La evaluación de calidad de vida es de suma importancia en paciente con cardiopatía isquémica ya que se trata de una patología crónica que se presenta a más temprana edad y que un buen número de pacientes son trabajadores, la finalidad no es curar a los pacientes de dicha patología sino prevenir limitaciones secuelas funcionales así como mejorar su calidad de vida en el futuro. En el área de primer nivel tenemos una gran labor preventiva para estos pacientes ya que el médico familiar tiene el conocimiento para el manejo integral de esta patología así como las medidas preventivas para evitar complicaciones o secuelas de la misma.

Con el estudio realizado observamos cuales son las áreas más afectadas en la calidad de vida de los pacientes y con esto nos lleva a realizar estrategias de tratamiento o formar medidas preventivas para enfocadas a las necesidades del paciente.

Finalmente es necesario que a través de los resultados de este estudio se realicen estudios más detallados y complementarios que apoyen la necesidad de más medidas preventivas o terapéuticas que ayuden a no afectar la calidad de vida en los pacientes con cardiopatía isquémica ya que la muestra para este estudio está limitada a pacientes de la clínica 28 Gabriel Mancera, existiendo un universo de trabajo importante a lo largo de la república Mexicana así como de estados con más incidencia de esta patología.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Qual Life Res.* 2004; 13:283–98.
2. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 Physical and mental health summary scales: a user manual and interpretation guide. Boston (MA): The Health Institute, New England Medical Center; 1994.
3. Salaffi F, Carotti M, Stancati A, Grass W. Health-related quality of life in older adults with symptomatic hip and knee osteoarthritis: a comparison with matched healthy controls. *Aging Clin Exp Res.* 2005; 17:255–63.
4. Yost KJ, Haan MN, Levine RA, Gold EB. Comparing SF-36 scores across three groups of women with different health profiles. *Qual Life Res.* 2005; 14:1251–61.
5. Harrison MB, Graham ID, Lorimer K, Friedberg E, Pierscianowski T, Brandys T. Leg-ulcer care in the community, before and after implementation of an evidencebased service. *CMAJ.* 2005; 172:1147–52.
6. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care : a systematic review. *Health Qual Life Outcomes.* 2004; 2:51.
7. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Almirall J, Dubois MF, Vanasse A. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res.* 2006;15(1):83–91.
8. Fortin M, Dubois MF, Hudon C, Soubhi H, Almirall J. Multimorbidity and quality of life: a closer look. *Health Qual Life Outcomes.* 2007; 5:52.
9. Hopman WM, Berger C, Joseph L, et al. Stability of normative data for the SF-36: results of a three-year prospective study in middle-aged Canadians. *Can J Public Health.* 2004; 95:387–91.
10. Hopman WM, Berger C, Joseph L, et al. The natural progression of health-related quality of life: results of a five-year prospective study of SF-36 scores in a normative population from the Canadian multicentre osteoporosis study (CaMos). *Qual Life Res.* 2006; 15:527–36.
11. Gadalla T. Association of comorbid mood disorders and chronic illness with disability and quality of life in Ontario, Canada. *Chronic Dis Can.* 2008; 28(4):148-54.
12. Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004: servicios para los pobres. Washington D.C., Banco Mundial, 2003.
13. Filmer D. The incidence of public expenditures on health and education. Washington DC, The World Bank, 2003 (nota documental para el Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004: servicios para los pobres)
14. Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services,* 2007, 37:89–109.

15. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health expenditures. *Health Affairs*, 2007, 6:972–983
16. Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy and Planning*, 2008, 23:95–100.
17. Stevenson D. Planning for the future – long term care and the 2008 election. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:19.
18. Tarimo E, Webster EG. Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997 (Current concerns ARA paper No. 7).
19. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
20. Dans A et al. Assessing equity in clinical practice guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007, 60:540–546.

## 8 ANEXOS Anexo 1. INSTRUMENTO CLINIMETRICO SF-36

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.				
1. En general, diría que su salud es:				
Excelente	1			
Muy buena	2			
Buena	3			
Regular	4			
Mala	5			
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?				
Mucho mejor ahora que hace un año	1			
Algo mejor ahora que hace un año	2			
Más o menos igual que hace un año	3			
Algo peor ahora que hace un año	4			
Mucho peor ahora que hace un año	5			
3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?				
		Sí, me limita mucho	Me limita un poco	No me limita
Actividades				
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)				
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)		1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra		1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera		1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera		1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse		1	2	3
g. Caminar 1 km o más		1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)		1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)		1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo		1	2	3
4. Durante las 4 últimas semanas ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?				
		SI	NO	
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?			1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?			1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?			1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costó más de lo normal)?			1	2
5. Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?				
		SI	NO	
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?			1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?			1	2
c. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?			1	2
6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?				
Nada			1	

Un poco								2
Regular								3
Bastante								4
Mucho								5
7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?								
No, ninguno								1
Sí, muy poco								2
Sí, un poco								3
Sí, moderado								4
Sí, mucho								5
Sí, muchísimo								6
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?								
Nada								1
Un poco								2
Regular								3
Bastante								4
Mucho								5
9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas cuánto tiempo...								
	Siempre	Casi Siempre	Muchas Veces	Algunas Veces	Solo Alguna Vez	Nunca		
a. ...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6		
b. ...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6		
c. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6		
d. ...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6		
e. ...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6		
f. ...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6		
g. ...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6		
h. ...se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6		
i. ...se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6		
10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?								
Siempre								1
Casi siempre								2
Algunas veces								3
Sólo algunas veces								4
Nunca								5

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes Frases,	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa		
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas		1		2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera		1		2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar		1		2	3	4	5
d. Mi salud es excelente		1		2	3	4	5

<b>Autores</b>	J. E. Ware, C. D. Sherbourne.
<b>Referencia</b>	<i>The MOS 36-item Short-Form Health-Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection.</i> Med Care 1992; 30: 473-483.
<b>Evalúa</b>	La calidad de vida relacionada con la salud.
<b>N.º de ítems</b>	36.
<b>Administración</b>	Autoaplicada.

## DESCRIPCIÓN

- El SF-36 es un instrumento para evaluar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud, conceptualmente basado en un modelo bidimensional de salud: física y mental.
- Consta de 36 ítems que se agrupan en 8 escalas:
  - Funcionamiento físico (FF): 10 ítems que evalúan el grado en que la salud del individuo limita una serie de actividades físicas tales como ejercicios intensos, caminar, etc.
  - Rol físico (RF): 4 ítems que evalúan hasta qué punto los problemas de salud física interfirieron con el funcionamiento ocupacional del paciente.
  - Dolor (D): 2 ítems que evalúan tanto el grado de dolor como la interferencia que produce en la vida del paciente.
  - Salud general (SG): 5 ítems referidos a la percepción personal del estado de salud así como a una serie de creencias respecto a la salud del paciente.
  - Vitalidad (V): 4 ítems que valoran el nivel de fatiga y energía del paciente.
  - Funcionamiento social (FS): 2 ítems que interrogan acerca de las limitaciones en la vida sociofamiliar por problemas de salud.
  - Rol emocional (RE): 3 ítems que evalúan hasta qué punto los problemas emocionales interfirieron con el funcionamiento ocupacional del paciente.
  - Salud mental (SM): 5 ítems que intentan evaluar el estado de ánimo del paciente (inquietud, intranquilidad, desánimo) durante el último mes.
- Las 8 escalas se agrupan a su vez en dos medidas sumarias: salud física y salud mental. Las escalas que forman la medida sumaria de salud física son: FF, RF, D, SG y V. Las escalas que forman la medida sumaria de salud mental son: SG, V, FS, RE y SM.
- Los ítems se puntúan con escalas Likert de rango variable, desde 2 valores hasta 6.
- El marco de referencia temporal es el momento actual.
- Es una escala autoaplicada.

## CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Proporciona un perfil de calidad de vida, con puntuaciones en las 8 escalas, y también proporciona dos medidas sumarias: la física y la mental.
- Para la corrección de la escala es necesario consultar el manual que figura en la primera referencia complementaria.
- Todas las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 0 y 100. No existen puntos de corte; a mayor puntuación, mejor calidad de vida.

## REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

- Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc) 1995; 104: 771-776.
- Ware JE. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A user's manual. Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1994.



## ANEXO 2. INSTRUMENTO CLINIMETRICO QLS

Instrucciones para el clínico: Marque con un círculo la puntuación más adecuada a cada ítem, después de la entrevista clínica.	
Consulte el manual para la valoración de los ítems, que contiene la definición, descripción de los puntos más importantes y el método de valoración.	
<b>Relaciones interpersonales y red social</b>	
1. Miembros de la unidad familiar	0 1 2 3 4 5 6 9
2. Amigos	0 1 2 3 4 5 6
3. Conocidos	0 1 2 3 4 5 6
4. Actividad social	0 1 2 3 4 5 6
5. Red social	0 1 2 3 4 5 6
6. Iniciativas sociales	0 1 2 3 4 5 6
7. Retraimiento social	0 1 2 3 4 5 6
8. Relaciones sociosexuales	0 1 2 3 4 5 6
<b>Rol instrumental</b>	
9. Extensión	0 1 2 3 4 5 6
10. Idoneidad	0 1 2 3 4 5 6
11. Desempleo	0 1 2 3 4 5 6
12. Satisfacción	0 1 2 3 4 5 6 9
<b>Funciones intrapsíquicas y objetos y actividades comunes</b>	
13. Propósito	0 1 2 3 4 5 6
14. Motivación	0 1 2 3 4 5 6
15. Curiosidad	0 1 2 3 4 5 6
16. Anhedonia	0 1 2 3 4 5 6
17. Utilización del tiempo	0 1 2 3 4 5 6
18. Objetos	0 1 2 3 4 5 6
19. Actividades	0 1 2 3 4 5 6
20. Empatía	0 1 2 3 4 5 6
21. Interacción	0 1 2 3 4 5 6
<b>Puntuación de los factores:</b>	
I. Relaciones interpersonales _	(1-8):
II. Rol instrumental _	(9-11):
III. Funciones intrapsíquicas _	(13-17, 20-21):
IV. Objetos y actividades comunes _	(18-19):
Puntuación total	(ítems 1-11, 13-21):

<b>Autores</b>	D. W. Heinrichs, T. E. Hanlon, W. T. Carpenter.
<b>Referencia</b>	<i>The Quality of Life Scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome.</i> Schizophr Bull 1984; 10: 388-399.
<b>Evalúa</b>	La afectación del funcionamiento debido a síntomas de déficit.
<b>Nº de ítems</b>	21.
<b>Administración</b>	Heteroaplicada.

## DESCRIPCIÓN

- Originalmente, tal como sus autores indican, la QLS fue desarrollada para la evaluación de la disfunción del paciente debida al defecto esquizofrénico. Sin embargo, en la mayor parte de los estudios se aplica con la intención de determinar el nivel de calidad de vida del paciente.
- Consta de 21 ítems que se agrupan en las siguientes 4 categorías o factores
  - Funciones intrapsíquicas: cognición, emoción y afectividad (ítems 13-17, 20-21).
  - Relaciones interpersonales: experiencia interpersonal y social (ítems 1-8).
  - Rol instrumental: trabajo, estudio, deberes parentales (ítems 9-11).
  - Uso de objetos comunes y actividades cotidianas (ítems 18-19).
  - El ítem 12 (satisfacción) no puntúa en ninguno de los factores.
- Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 valores, que oscila entre 0 (mayor grado de disfunción en ese ítem) y 6 (normalidad).
- El marco de referencia temporal son las 4 semanas anteriores.
- Heteroaplicada; debe ser administrada por un clínico entrenado en el uso de la escala mediante una técnica de entrevista semiestructurada.
  - La propia escala, en el cuadernillo de aplicación (no reproducido en esta obra) proporciona una serie de preguntas orientativas para la evaluación de cada ítem. Además proporciona también descripción detallada de qué se prefiere evaluar con cada uno de los ítems, y criterios operativos para la asignación de las puntuaciones.
- Existe una versión en español.

## CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Proporciona una puntuación global que es la suma de las puntuaciones en todos los ítems de la escala excepto el 12 de satisfacción.
  - También proporciona puntuaciones en cada uno de los 4 factores; se obtienen sumando las puntuaciones en los ítems que los constituyen.
- No existen puntos de corte. A mayor puntuación, mejor funcionamiento del paciente en esa categoría.

## REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

Rodríguez Fornells A, Rodríguez A, Jarne Esparcia A, Soler Pujol R, Miarons R, Grau Fernández A. Validez de construcción de la escala de calidad de vida en la esquizofrenia (QLS). Barcelona, Sexto Congreso Association of European Psychiatrists, 1992.

### **ANEXO 3. Carta de consentimiento informado**

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado correlación de calidad de vida y estado de salud en el paciente con cardiopatía isquémica.

Registrado ante el comité local de investigación médica con el No. Registro \_\_\_\_\_ el objetivo de este estudio es Identificar el grado de correlación entre la calidad de vida y su efecto en el estado de salud en el paciente con cardiopatía isquémica.

Se me ha explicado las características de este estudio, que consiste en contestar los instrumentos clinimétricos SF-36 que evalúa el nivel de calidad de vida relacionado con la salud Y QST que determina el nivel de calidad de vida, este estudio está dirigido para pacientes que como yo que padezco de cardiopatía isquémica, me encuentro en un estado de salud adecuado y mis datos y respuestas son para fortalecer el estudio.

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

El investigador principal se ha comprometido a darme información acerca de las dudas que presente.

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

Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del investigador principal

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Testigo

\_\_\_\_\_

Testigo