



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 VALLEJO**

***“FRECUENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS
Y PERCEPCION DE SU CALIDAD DE
VIDA EN LA UMF 20”***

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

Dra. Nidia Galindo Peña

TUTORA:

Dra. Santa Vega Mendoza



CIUDAD DE MEXICO, 2017.



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.

TUTORA:

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
UMF NO. 20, IMSS.**

Vo. Bo.:

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
UMF NO. 20, IMSS.**

Vo. Bo.:

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION
ADSCRITO A LA UMF NO. 20, IMSS.**

DEDICATORIAS

Señor, en tu infinita misericordia me has cobijado en tu regazo y me diste el mundo para ser feliz, en él encontré personas maravillosas que me han acompañado en inolvidables momentos:

A mis entrañables padres Luis y Graciela por impulsar mis sueños y creer en mis ideales

A mis ejemplares 9 hermanos, que uno a uno se han sumado a cada proyecto para hacerlo realidad

A mis admirables maestros, quienes han fortalecido mi vocación y me han demostrado que tus tiempos son perfectos por lo largo que parezcan

Indudablemente a mi amado esposo Elías, a quien no podría describir en una frase lo extraordinario que ha sido el tiempo a su lado

A mis hijos Emiliano y Gerardo que han sido el motor de esta incansable lucha por alcanzar el propósito que le has dado a mi vida...

¡Servirte a través de mis pacientes como Médico Familiar!

INDICE DEL CONTENIDO

Tema	Página
Introducción	1
Marco teórico	2
Planteamiento del problema	12
Objetivos	13
Sujetos, material y métodos	14
Resultados	27
Conclusiones	38
Discusión	40
Recomendaciones y sugerencias	43
Bibliografía	44
Anexos	50

RESUMEN

“Frecuencia de enfermedades crónicas y percepción de su calidad de vida en la UMF 20”

GALINDO-PEÑA N¹, VEGA-MENDOZA S²

¹ Médico residente del curso de especialización en Medicina Familiar UMF20

² Médico Familiar, Maestra en Ciencias de la Educación. Adscripción UMF 20.

Introducción: Las enfermedades crónicas pueden originar un deterioro de la calidad de vida, en cualquiera de sus áreas. **Objetivos:** Determinar la frecuencia de las enfermedades crónicas y su percepción de la calidad de vida en la UMF 20. **Metodología:** Estudio descriptivo en pacientes mayores de 30 años portadores de enfermedad crónica, diagnóstico mayor a 6 meses. Previo consentimiento informado se aplicó el cuestionario InCaViSa y obtención de datos generales. Estadística descriptiva. **Resultados:** La enfermedad crónica más frecuente fue hipertensión arterial sistémica 38.4%(123), tiempo de evolución de 2-5 años 35.3%(113), edad de 61 años 32.2%(103), masculinos 52.2%(167), casados 66.9%(214), de familia nuclear 63.4%(203), con bachillerato 22.2%(72), obreros 27.2%(88). La calidad de vida global percibida como normal 62.2%(199), el área de mejor calidad fue el aislamiento 52.8%(169) y con más baja el desempeño físico 42.8%(137). **Conclusiones:** La calidad de vida en pacientes con alguna enfermedad crónica se deteriora a mayor edad, a menor escolaridad; ser masculinos; vivir solo y jubilado.

Palabras clave: enfermedades crónicas, calidad de vida.

SUMMARY

"Frequency of chronic diseases and perception of their quality of life in the FMU 20"

GALINDO-PEÑA N¹, VEGA-MENDOZA S²

¹ Family Medicine Resident Physician UMF20

² Family Physician, Master of Science in Education. Affiliation UMF 20

Introduction: Chronic diseases can lead to deterioration of the quality of life, in any of its areas. **Objectives:** To determine the frequency of chronic diseases and their perception of the quality of life in the FMU. **Methodology:** Descriptive study in patients over 30 years of age with chronic disease, diagnosis greater than 6 months. Prior informed consent was applied the InCaViSa questionnaire and obtaining general data. Descriptive statistics. **Results:** The most frequent chronic disease was systemic arterial hypertension, 38.4% (123), evolution time of 2-5 years 35.3% (113), age 61 years 32.2% (103), male 52.2% (167), married 66.9 % (214), nuclear family 63.4% (203), with high school 22.2% (72), workers 27.2% (88). Overall quality of life perceived as normal 62.2% (199), the area of better quality was isolation 52.8% (169) and with lower physical performance 42.8% (137). **Conclusions:** Quality of life in patients with a chronic disease deteriorates at an older age, with less schooling; Being masculine; Living alone and retired.

Key words: chronic diseases, quality of life.

“Frecuencia de enfermedades crónicas y percepción de su calidad de vida en la UMF 20”

INTRODUCCION

La enfermedad crónica impacta de manera significativa la calidad de vida de las personas que la padecen, en nuestro país, la primera causa de muerte en la población total es la diabetes mellitus, con 12,8% de las defunciones, y se estima que los costos directos para ésta son de 164.8 millones de dólares (2006) y los indirectos de 177.2 millones de dólares,¹ de igual manera, en el IMSS, las enfermedades no transmisibles han ido incrementado, en los años 70's, las enfermedades infecciosas intestinales, afecciones en el periodo perinatal y neumonías, representaban la mayor tasa de morbimortalidad, para el 2012, este lugar lo ocuparon la diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades hipertensivas.²

El presente trabajo de investigación, surgió por la necesidad de conocer la frecuencia de las enfermedades crónicas y cuál es la calidad de vida de los pacientes que las portan, determinada por los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, de los pacientes portadores de enfermedades crónicas que acuden a la UMF 20, con la finalidad de renovar e implementar nuevas estrategias que como médicos tratantes nos permitan mejorar el proceso de adaptación a dichas patologías, logrando el apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico, que nos permita alcanzar metas de control establecidas en nuestros pacientes, disminuyendo de esta manera la limitación funcional y las demandas en los servicios de salud en el IMSS, además de lograr la reincorporación del paciente a un ambiente social donde sea capaz de mantener sus relaciones interpersonales y desarrollar sus actividades laborales que le permitan tener independencia, en resumen, para mejorar dicha calidad de vida.

MARCO TEORICO

La OMS define a las *enfermedades crónicas* como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta,³ Yeo & Sawyer afirman que además implican algún grado de limitación en la vida cotidiana del individuo y puede conllevar discapacidad con largos períodos de cuidado y supervisión,⁴ es por esto que la situación epidemiológica mundial es preocupante, pues las tasas de morbilidad y mortalidad atribuidas a éstas, entre las que se incluyen a las cardiovasculares, respiratorias, diabetes y cáncer, han ido en aumento en los últimos años y el efecto social de estas anomalías será creciente, ya que afectan a individuos en edades productivas y representan costos elevados para el sector salud.⁵ Un total de 56 millones de muertes se produjo en todo el mundo durante el año 2012, de ellas, 38 millones se debieron a enfermedades no transmisibles,⁶ siendo las principales, enfermedades cardiovasculares (17,5 millones de muertes, o el 46,2% de las muertes por ENT), cáncer (8,2 millones, o el 21,7% de las muertes por ENT), las enfermedades respiratorias, como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (4,0 millones, o el 10,7% de las muertes por ENT) y la diabetes (1,5 millones o el 4% de las muertes por ENT)⁷, y se prevé que el número total anual de muertes por enfermedades no transmisibles (ENT), aumentará a 52 millones en 2030.⁸

En el 2014, la OMS publicó el informe de estimación global de enfermedades en el que reportan que en el 2012, la tasa de mortalidad estandarizada para enfermedades no transmisibles por edad fue de 539 por 100,000 habitantes a nivel mundial, la tasa fue la más baja en los países de ingresos altos (397 por 100 000) y mayor en los países de bajos ingresos (625 por 100 000) y los países de ingresos medios bajos, (673 por 100 000), a nivel global, las muertes debidas a enfermedades no transmisibles en el mismo año, fueron, 10.9 millones en el Pacífico Occidental, 8.5 millones en Asia Sudoriental, 8.1 millones en Europa, 5.6

millones en América, 2.9 millones en África y 2.2 millones en el Mediterráneo⁶; así mismo se estima que entre 2002 y 2030 tres escenarios: la esperanza de vida aumentará en todo el mundo, morirán menos niños menores de 5 años y aumentará la proporción de personas que mueren por enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardíacas y el cáncer.⁹

En nuestro país, al igual que en muchos otros, las enfermedades crónicas adquieren cada día mayor impacto en la morbi-mortalidad. La Organización Panamericana de la Salud, en su informe de 2007, da a conocer las principales causas de mortalidad en México, siendo la primera, la diabetes mellitus, con 12,8% de las defunciones (primera causa en el sexo femenino con 15,7% de las defunciones y segunda en el masculino, con 10,6%), la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular aparecen en ambos sexos entre las cuatro primeras causas en México y llama la atención que la cirrosis figura como tercera causa de muerte, con una tasa de 32 por 100.000 (49,5 en hombres y 15,4 en mujeres), y es la única subregión de América donde aparece entre las 10 principales causas en mujeres (quinta causa principal); entre los 20 y los 59 años es la primera causa en el sexo masculino (15%) y la segunda en el femenino (6,1%).¹ De acuerdo a la ENSANUT 2012, los principales motivos de consulta en México, para el grupo de 20 a 49 años los principales motivos son enfermedades y síntomas respiratorios agudos, seguido de diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad, para el grupo de 50 o más años los principales motivos son diabetes y enfermedades cardiovasculares; las enfermedades clasificadas en el grupo de diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad concentran 33% de las causas de consulta para el grupo mayor de 69 años, 30.1% para el grupo de 50 a 69 años, el 9.2% para el grupo de 20 a 49 años y 1% para el grupo de 5 a 19 años, de éstas el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) otorgó el 24.2% de las consultas,² esta última con una notable

prevalencia siendo una de las más altas del mundo, no sólo en la población adulta, sino también en la infantil y la adolescente,¹⁰ este contexto representa el preámbulo para enfermedades que requieren mayor demanda y costos; así como un envejecimiento acelerado por la discapacidad a la que éstas conllevan.¹¹

En el Distrito Federal, de forma similar al país, los padecimientos crónicos constituyen el principal reto en salud, la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más fue de 12.3%, mayor a la reportada en la ENSANUT 2006 (8.9%) y la prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo en personas de 20 años de edad o más fue de 22.0%, respecto a la prevalencia reportada en la ENSANUT 2006 (18.7%).¹²

A medida que estas enfermedades han aumentado su prevalencia, de forma lenta pero progresiva, se ha aumentado el interés por la calidad de vida del enfermo y por los múltiples factores biopsicosociales que inciden sobre ella.¹³

La Calidad de Vida es un concepto relativamente nuevo, comienza a aparecer en las bases de datos científicas en 1969 y desde entonces ha recibido una creciente atención debido a que trata de un término que engloba varios aspectos del bienestar, dicho concepto ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Para algunos autores, el concepto de CV se origina a fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida,¹⁴ se trata de un constructo multidimensional, que incorpora aspectos tales como la salud física de la persona, su estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales.¹⁵ Para Bishop (2005) la CV es la percepción subjetiva de bienestar general que resulta de la evaluación que hace

el individuo de diversos dominios o áreas de su vida,¹⁶ mientras que Lawton (2001), se trata de una medición objetiva, y la define como la evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo, Shaw (1977), de manera similar a Lawton, define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad [Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida].¹⁴ Una de los conceptos más utilizados y quizá la más completa, es la que establece la OMS: “La Calidad de Vida, es la percepción de los individuos de su posición en la calidad de vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses”¹⁷ y está profundamente condicionada por la cultura y depende estrictamente del conjunto de valores de los individuos y de los grupos sociales.¹⁸ La Calidad de Vida Relacionada con la Salud, como indicador de la atención a la salud, incorpora la percepción del paciente como una necesidad de evaluación de resultados en salud, debiendo desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida, confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.¹⁹

Tradicionalmente la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos o simplemente empleando el uso de indicadores epidemiológicos (tasas) para caracterizar una población, sin embargo, existía un vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual en función

de la definición de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud. El uso de medidas de calidad de la vida relacionada con la salud evalúa una amplia gama de dimensiones, y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías y en el ámbito poblacional a fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social.²⁰

La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas, pero, independiente de los recursos que posea el individuo, resulta una experiencia inesperada, traumática y desestabilizadora²¹, es por este hecho que, en las últimas décadas, ha existido un progresivo interés en los prestadores de servicios de salud hacia la optimización de la calidad de vida en los enfermos crónicos. Muchas enfermedades crónicas conllevan un deterioro de la calidad de vida, pues afectan de alguna manera diferentes esferas de la vida laboral y social. En muchas ocasiones, las limitaciones de la enfermedad o la ocurrencia de crisis, aumentan la dependencia y provocan frecuentes y prolongados ingresos hospitalarios²², debido a que experimentan diferentes problemas asociados, entre ellos se encuentran los de carácter físico que son consecuencia directa de la enfermedad como el dolor, los cambios metabólicos, las dificultades respiratorias, limitaciones motoras, posibles deterioros cognitivos; además de las complicaciones derivadas de los tratamientos médicos como náuseas, vómitos, somnolencia, aumento de peso, impotencia sexual, entre otros¹⁹.

Debido a la complejidad de las enfermedades crónicas, se hace difícil poder controlarlas y reducir la mortalidad y la discapacidad asociadas con ellas²³. Entre los principales obstáculos se encuentran el limitado acceso a servicios de

salud de buena calidad, la insuficiente coordinación del tratamiento debido a la frecuente comorbilidad asociada²⁴, la deficiente educación dirigida a promover un mejor autocuidado, la escasa promoción sostenida de estilos de vida saludables y la inadecuada comunicación entre los pacientes y los equipos de salud que los atienden²⁵.

La importancia de la evaluación de la CVRS radica en la necesidad de obtener, mediante otro tipo de resultados que no sean los resultados clínicos tradicionales, el impacto de la patología en la vida diaria del paciente. La evaluación de la CVRS también es importante para analizar las posibles diferencias entre tratamientos. La perspectiva del paciente como un enfoque válido en la evaluación de los resultados de una determinada intervención, ha impulsado definitivamente que el conocimiento de la CVRS de los pacientes sea cada vez más importante en la evaluación de la efectividad de las intervenciones terapéuticas. El objetivo fundamental de los instrumentos para evaluar la CVRS es conocer aquellos aspectos relacionados con las dimensiones mental, física, social y percepción general de salud autodeclarada que impactan de forma especial en la vida del paciente²⁶.

A la par del desarrollo de los estudios de investigación sobre la CVRS se han diseñado instrumentos de evaluación que combinan características que les dan sustento conceptual, confiabilidad y validez, siendo fundamental que sean relevantes culturalmente²⁷.

Tal vez la primera escala desarrollada con el propósito de definir en una forma consistente el estado funcional de los pacientes con padecimientos crónicos fue la de Karnofsky, (KPS). Esta es una escala de 10 puntos que aunque inicialmente fue desarrollada para pacientes con cáncer, por el hecho de ser

genérica se ha aplicado a otras enfermedades crónicas. Se considera como un método confiable para predecir el estado funcional del paciente, es simple y de rápida aplicación²⁸.

El dilema acerca de la validez de la medición transversal de la CV frente a evaluaciones de tipo longitudinal, partiendo del supuesto de que el constructo CV es dinámico, es un tópico que aún no tiene una respuesta definitiva, aun cuando la mayoría de las investigaciones en CV son realizadas con un tipo de medición de corte, es decir, transversal y no consideran el cambio en la percepción originado con el paso del tiempo o la modificación de los factores que la modulan¹⁴. En forma general, los instrumentos para medir calidad de vida se clasifican en instrumentos genéricos y específicos²⁹.

Se han identificado tres perspectivas para enmarcar los aspectos medulares en la medición de la CV, a) Calidad de Vida en general, b) Calidad de Vida relacionada con la salud y c) Calidad de Vida específica para cada enfermedad³⁰, los dos primeros se clasifican como instrumentos genéricos y aunque permiten comparar diferentes poblaciones y padecimientos tienen la desventaja de que pueden ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo que suelen usarse de manera descriptiva, el tercero pertenece a los específicos y se basan en las características particulares de un determinado padecimiento, lo que permite evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo y tienen capacidad de discriminación y predicción, además de que resultan particularmente para ensayos clínicos¹⁷.

A continuación mencionaré los instrumentos genéricos utilizados con mayor frecuencia en la medición de la CV y sus respectivas características:

1. El WHOQOL-100 de la Organización Mundial de la Salud confeccionado en 1991, que incluye seis áreas o dominios de calidad de vida, cada una de las cuales profundiza en uno de los siguientes aspectos: salud física (energía y fatiga, dolor y malestar, sueño y descanso); salud psicológica (imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos y positivos, autoestima, pensamientos, aprendizaje, memoria y concentración); nivel de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia de sustancias médicas y asistencia médica, capacidad de trabajo); relaciones sociales (relaciones personales, soporte social, actividad sexual); medio ambiente (recursos financieros, seguridad, ambiente físico [contaminación, clima, etcétera], transporte, recreación y tiempo libre, participación social); y espiritualidad (religión, creencias personales). Es un instrumento validado en varios idiomas, autoaplicable y que consta de 100 reactivos.

2. El WHOQOL-BREF es un instrumento genérico derivado del WHOQOL-100, que consta de 26 puntos, 24 de ellos generan un perfil de calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Evalúa las percepciones del individuo en las dos semanas previas, ha sido traducido a 19 idiomas diferentes, es aplicable a sujetos sanos y enfermos, y su puntaje ha sido utilizado para observar los cambios en la calidad de vida debido a la enfermedad, para establecer valores pronósticos de la enfermedad y para valorar algunas intervenciones. A diferencia de otros instrumentos genéricos de medición de calidad de vida empleados en investigación clínica y epidemiológica como el Medical Outcome Study Short Form

(MOSSF-36), el WHOQOL BREF no se centra en aspectos funcionales sino en el grado de satisfacción que el individuo tiene frente a diversas situaciones de su cotidianidad, por lo que es la escala de mayor solidez conceptual y metodológica³¹.

3. La Encuesta de Salud SF-36 fue diseñada en Estados Unidos y está conformada por una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable a los pacientes y a la población general para medir la calidad de vida en *enfermos crónicos*. Esta encuesta consiste en un cuestionario que contiene ocho subescalas relativas a distintas dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Es autoadministrado y consta de 36 reactivos.

4. El EUROQOL-D5 es un instrumento genérico que puede utilizarse en individuos relativamente sanos y en pacientes con diferentes patologías. El propio individuo valora su estado de salud, con tres diferentes niveles de gravedad. Permite el uso de la escala visual análoga (EVA), proporciona una puntuación complementaria al sistema descrito de la autoevaluación del estado de salud a través de una escala en la cual el sujeto puede puntuar su estado de salud en un rango que va del peor estado de salud posible (0) al mejor estado de salud imaginable (100). Esta encuesta consiste en un cuestionario que contiene cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión.

Algunos otros instrumentos específicos son: *The Goldman Specific Activity Scale* (enfermedad coronaria), *The Rose Questionnaire* (Enfermedad coronaria) *The Seattle Questionnaire SAQ* (Enfermedad coronaria), *The Mild Hypertension Vital Signs Quality of Life Questionnaire: VSQLQ* (Hipertensión arterial) *The Diabetes Quality of Life: DQOL* *The Sc* (Diabetes mellitus) validados para Estados Unidos y *The Health Assessment Questionnaire Disability Index: HAQ-DI* (Enfermedad reumática) y *The Arthritis Impact Measurement Scales: AIMS* (Enfermedad reumática) en nuestro país.³³

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Calidad de Vida es un indicador de la evolución del estado de salud en los pacientes con enfermedades crónicas, sin embargo, nos hemos limitado a la práctica médica con un enfoque biológico, en el que priorizamos la atención en el comportamiento de la enfermedad, evaluando el estado de salud de nuestros pacientes con marcadores bioquímicos, medidas antropométricas o signos vitales, sin tomar en cuenta que aún existe un vacío en la medición de la calidad de vida y su impacto en el entorno personal, social y laboral del paciente, en su mayoría de los casos, la limitación del tiempo de consulta, no nos permite la aplicación de algún instrumento que traduzca la percepción de la CV, es necesario desarrollar un proceso de adaptación a la enfermedad crónica, el que tendrá como uno de sus resultados, una determinada calidad de vida, siendo factores importantes para este resultado el curso del tratamiento, la limitación funcional, el estrés psicosocial asociado con la enfermedad, las características personales y del entorno socio-familiar¹⁵ es por lo anterior que se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de las enfermedades crónicas y la percepción de su calidad de vida en la UMF 20 del IMSS?

OBJETIVOS

a) Objetivo General:

Determinar la frecuencia de las enfermedades crónicas y su percepción de la calidad de vida en los derechohabientes de la UMF 20.

b) Objetivos específicos

- Identificar los aspectos generales de los pacientes y las características familiares.
- Identificar las comorbilidades que presentan los pacientes con enfermedades crónicas.
- Identificar el área con mejor percepción de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas.
- Identificar el área con menor calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas
- Determinar la percepción general de salud de los pacientes.
- Determinar la percepción global de bienestar de los pacientes.
- Determinar la percepción de la calidad de vida en comparación al año previo al estudio.
- Identificar los eventos críticos que presentan los pacientes en los últimos 6 meses previos al estudio que modifican su estado de salud.
- Determinar el síntoma físico con mayor frecuencia que presentan los pacientes.

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS

1. Características del lugar donde se realizó el estudio:

Se realizó en la Unidad de Medicina Familiar 20, donde se brinda atención médica de primer nivel a derechohabientes del IMSS.

2. Periodo de estudio:

Diciembre de 2016.

3. Diseño

a) Tipo de estudio

- Por la maniobra experimental: Observacional
- Por la captación de la información: Transversal
- Por la medición del fenómeno en el tiempo: Transversal
- Por la presencia de un grupo control: Descriptivo
- Por la dirección del análisis: Transversal o encuesta
- Por la ceguedad: Abierto

b) Grupos de estudio

- **Características del grupo de estudio**

Pacientes mayores de 30 años con diagnóstico de más de 6 meses de enfermedad crónica que acudieron a los servicios de salud de la UMF 20 durante el periodo del mes de Diciembre de 2016.

- **Criterios de inclusión**

- Hombres y mujeres de más de 30 años portadores de alguna enfermedad crónica con diagnóstico mayor a 6 meses que acudieron a los servicios de salud de la UMF 20.

- Pacientes que desearon participar en el estudio con previa autorización del consentimiento informado.

- **Criterios de exclusión**

- Pacientes con discapacidad física previa o posterior al diagnóstico que no estuviera relacionada directamente con la enfermedad crónico-degenerativa que padecían.

- **Criterios de eliminación**

- Pacientes que no desearon participar en el estudio y no autorizaron el consentimiento informado.
- Se eliminaron los cuestionarios mal llenados.

c) Tamaño de la muestra

Todos los pacientes con enfermedad crónica que acudieron a la consulta externa y desearon participar en el estudio durante el mes de Diciembre de 2016.

d) Tipo de muestreo: No probabilístico de casos consecutivos durante el mes de Diciembre de 2016.

e) Definición de las variables

Edad

Definición conceptual: Tiempo en años que tiene una persona desde su nacimiento.³³

Definición operacional: Se preguntó la edad en años en la encuesta

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala de medición: Discreta de intervalo.

Unidad de medición: 1=30-40, 2=41-50 y 3=51-60

Sexo

Definición conceptual: Condición orgánica, fisiológica y anatómica que distingue al macho de la hembra.³³

Definición operacional: Se preguntó en la encuesta

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1=Masculino y 2=Femenino

Estado civil

Definición conceptual: Es la situación en la que se encuentra la persona en relación a su pareja o cónyuge.³³

Definición operacional: Se preguntó en la encuesta

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. Soltero, 2. Casado, 3. Unión libre, 4. Divorciado, 5. Viudo

Escolaridad

Definición conceptual: Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.³³

Definición operacional: Grado de escolaridad registrado en la encuesta.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 1. Primaria incompleta, 2. Primaria completa, 3. Secundaria incompleta, 4. Secundaria completa, 5. Estudios comerciales, 6. Bachillerato incompleto, 7. Bachillerato completo, 8. Estudios universitarios

Ocupación

Definición conceptual: Trabajo que impide ocupar el tiempo en otra actividad.³³

Definición operacional: Se preguntó en la encuesta

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. Hogar, 2. Obrero, 3. Comerciante, 4. Profesionista, 5. Pensionado o jubilado.

Tipología familiar

Definición conceptual: Estudio de los modelos que se usan para clasificar a la familia.³⁴

Definición operacional: Se preguntó en la encuesta que describa con quién vive

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. Nuclear, 2. Extensa, 3. Compuesta, 4. Monoparental, 5. Vive solo.

Enfermedad crónica

Definición conceptual: Son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta (OMS).¹

Definición operacional: Se preguntó en la encuesta.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. Diabetes mellitus, 2. Hipertensión arterial sistémica, 3. Osteoartrosis/Artritis, 4. Sobrepeso/Obesidad, 5. Colitis/Gastritis, 6. Otra.

Comorbilidad

Definición conceptual: La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.³³

Definición operacional: Se preguntó en la encuesta.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1. No tiene, 2. Neuropatía, 3. Retinopatía, 4. Nefropatía, 5. Dsilipidemias, 6. Cardiopatía, 6. Otra

Calidad de vida:

Definición conceptual: La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (OMS).¹⁷

Definición operacional: Se aplicó el cuestionario InCaViSa que consta de 68 ítems distribuidos en 12 áreas, cada uno de 4 preguntas, excepto “bienestar y salud” que es de 6, “síntomas físicos” de 11, 3 preguntas generales, además incluía secciones para el análisis de situaciones transitorias, comentarios generales y datos sociodemográficos. Los reactivos se clasificaron en escala de opción forzosa con tres componentes cuantificables: a) porcentual que va de 0 a 100%; b) semántico que va de *nunca* a *siempre* y c) visual al colocarse en una recta continua que permite visualizar los extremos de las respuestas. Se empleó la escala de Likert donde nunca=0(0%), casi nunca=1(20%), pocas veces=2(40%), frecuentemente=3(60%), casi siempre(80%)=4 y siempre=5(100%).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 1.p90=Muy alta, 2.p75=Alta, 3.p50=Normal, 4.p25=Baja, 5.p10=Muy baja

Preocupaciones

Definición conceptual: Cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros.¹⁷

Definición operacional: Se aplicó el cuestionario InCaViSa y se empleó la escala de Likert donde nunca=0(0%), casi nunca=1(20%), pocas veces=2(40%), frecuentemente=3(60%), casi siempre(80%)=4 y siempre=5(100%).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 1.p90=Muy alta, 2.p75=Alta, 3.p50=Normal, 4.p25=Baja, 5.p10=Muy baja

Desempeño físico

Definición conceptual: Capacidad con que percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo.¹⁷

Definición operacional: Se aplicó el cuestionario InCaViSa y se empleó la escala de Likert donde nunca=0(0%), casi nunca=1(20%), pocas veces=2(40%), frecuentemente=3(60%), casi siempre(80%)=4 y siempre=5(100%).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 1.p90=Muy alta, 2.p75=Alta, 3.p50=Normal, 4.p25=Baja, 5.p10=Muy baja

Aislamiento

Definición conceptual: Los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual.¹⁷

Definición operacional: Se aplicó cuestionario InCaViSa y se empleó la escala de Likert donde nunca=0(0%), casi nunca=1(20%), pocas veces=2(40%), frecuentemente=3(60%), casi siempre (80%)=4 y siempre=5(100%).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 1.p90=Muy alta, 2.p75=Alta, 3.p50=Normal, 4.p25=Baja, 5.p10=Muy baja

Percepción corporal

Definición conceptual: Grado de satisfacción- insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente.¹⁷

Definición operacional: Se aplicó el cuestionario InCaViSa y se empleó la escala de Likert donde nunca=0(0%), casi nunca=1(20%), pocas veces=2(40%), frecuentemente=3(60%), casi siempre (80%)=4 y siempre=5(100%).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 1.p90=Muy alta, 2.p75=Alta, 3.p50=Normal, 4.p25=Baja, 5.p10=Muy baja

Funciones cognitivas

Definición conceptual: Presencia de problemas en funciones de memoria y concentración.¹⁷

Definición operacional: Se aplicó el cuestionario InCaViSa y se empleó la escala de Likert donde nunca=0(0%), casi nunca=1(20%), pocas veces=2(40%), frecuentemente=3(60%), casi siempre (80%)=4 y siempre=5(100%).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 1.p90=Muy alta, 2.p75=Alta, 3.p50=Normal, 4.p25=Baja, 5.p10=Muy baja

Actitud ante el tratamiento

Definición conceptual: Desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico.¹⁷

Definición operacional: Se aplicó el cuestionario InCaViSa y se empleó la escala de Likert donde nunca=0(0%), casi nunca=1(20%), pocas veces=2(40%), frecuentemente=3(60%), casi siempre (80%)=4 y siempre=5(100%).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 1.p90=Muy alta, 2.p75=Alta, 3.p50=Normal, 4.p25=Baja, 5.p10=Muy baja

Tiempo libre

Definición conceptual: Percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas.¹⁷

Definición operacional: Se aplicó el cuestionario InCaViSa y se empleó la escala de Likert donde nunca=0(0%), casi nunca=1(20%), pocas veces=2(40%), frecuentemente=3(60%), casi siempre (80%)=4 y siempre=5(100%).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 1.p90=Muy alta, 2.p75=Alta, 3.p50=Normal, 4.p25=Baja, 5.p10=Muy baja

Vida cotidiana

Definición conceptual: Grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios en las rutinas a partir de la enfermedad.¹⁷

Definición operacional: Se aplicó cuestionario InCaViSa y se empleó la escala de Likert donde nunca=0(0%), casi nunca=1(20%), pocas veces=2(40%), frecuentemente=3(60%), casi siempre (80%)=4 y siempre=5(100%).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 1.p90=Muy alta, 2.p75=Alta, 3.p50=Normal, 4.p25=Baja, 5.p10=Muy baja

Familia

Definición conceptual: Apoyo emocional que percibe el paciente de su familia.¹⁷

Definición operacional: Se aplicó el cuestionario InCaViSa y se empleó la escala de Likert donde nunca=0(0%), casi nunca=1(20%), pocas veces=2(40%), frecuentemente=3(60%), casi siempre (80%)=4 y siempre=5(100%).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 1.p90=Muy alta, 2.p75=Alta, 3.p50=Normal, 4.p25=Baja, 5.p10=Muy baja

Redes sociales

Definición conceptual: Recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas.¹⁷

Definición operacional: Se aplicó cuestionario InCaViSa y se empleó la escala de Likert donde nunca=0(0%), casi nunca=1(20%), pocas veces=2(40%), frecuentemente=3(60%), casi siempre (80%)=4 y siempre=5(100%).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 1.p90=Muy alta, 2.p75=Alta, 3.p50=Normal, 4.p25=Baja, 5.p10=Muy baja

Dependencia médica

Definición conceptual: Grado en que el paciente se encuentra cómodo (a) con la atención del médico tratante.¹⁷

Definición operacional: Se aplicó el cuestionario InCaViSa y se empleó la escala de Likert donde nunca=0(0%), casi nunca=1(20%), pocas veces=2(40%), frecuentemente=3(60%), casi siempre (80%)=4 y siempre=5(100%).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 1.p90=Muy alta, 2.p75=Alta, 3.p50=Normal, 4.p25=Baja, 5.p10=Muy baja

Relación con el médico

Definición conceptual: Se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo (a) con la atención del médico tratante.¹⁷

Definición operacional: Se aplicó el cuestionario InCaViSa y se empleó la escala de Likert donde nunca=0(0%), casi nunca=1(20%), pocas veces=2(40%), frecuentemente=3(60%), casi siempre (80%)=4 y siempre=5(100%).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 1.p90=Muy alta, 2.p75=Alta, 3.p50=Normal, 4.p25=Baja, 5.p10=Muy baja

Bienestar/salud

Definición conceptual: Estado de la persona cuyas condiciones físicas y mentales le proporcionan un sentimiento de satisfacción y tranquilidad/Estado en que un ser u organismo vivo no tiene ninguna lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con normalidad todas sus funciones.¹⁷

Definición operacional: Se aplicó el cuestionario InCaViSa y se empleó la escala de Likert donde nunca=0(0%), casi nunca=1(20%), pocas veces=2(40%), frecuentemente=3(60%), casi siempre (80%)=4 y siempre=5(100%).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 1.p90=Muy alta, 2.p75=Alta, 3.p50=Normal, 4.p25=Baja, 5.p10=Muy baja

Síntoma físico

Definición conceptual: Alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

Definición operacional: Se aplicó el cuestionario InCaViSa y se empleó la escala de Likert donde no tuvo=20%, un poco=40%, moderadamente=60%, mucho=80%, muchísimo=100%.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: 1.p90=Muy alta, 2.p75=Alta, 3.p50=Normal, 4.p25=Baja, 5.p10=Muy baja

f) Descripción general del estudio

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal, en el área de la consulta externa de medicina familiar a los pacientes que tenían alguna enfermedad crónica y que desearon participar en el estudio; se les entregó el consentimiento informado con el título de la investigación, *frecuencia de enfermedades crónicas y su percepción de la calidad de vida en la UMF 20*, así mismo se les comentó que si deseaban recibir información de los resultados de dicho estudio, se haría de manera personal y bajo confidencialidad, de aceptar los términos y condiciones, se aplicaría el cuestionario InCaViSa, el cual, por su

redacción y estructura, se contestaría en un tiempo estimado de 15 a 20 minutos; los pacientes que tuvieron alguna duda o requirieron apoyo durante su participación, el investigador personalmente intervino en dichas situaciones.

El cuestionario InCaViSa es un instrumento para la evaluación de la calidad de vida de los pacientes tanto con enfermedades crónicas como agudas, el cual fue elaborado por Angélica Riveros Rosas y Cols con la consideración inicial de diferentes escalas de calidad para padecimientos crónicos, el inventario principal a partir del cual se agregaron nuevos reactivos fue la Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos (EsCaViPS). La validez del instrumento se estableció usando como criterio el Instrumento de Calidad de Vida de la OMS, WHOQoL-Bref en su versión adaptada para México con sensibilidad para las intervenciones. Los análisis estadísticos arrojan coeficientes altos y bastante confiables, con un coeficiente Alpha de Cronbach, siendo el más alto de 0.9337 para el área de calidad de vida cotidiana y el más bajo de 0.6831.

El InCaViSa es un inventario autoaplicable cuya administración toma entre 15 a 20 minutos, el cual se debe aplicar en una situación tranquila. Se puede aplicar en una población analfabeta que pueda entender valores numéricos. Consta de 12 áreas a evaluar (preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica, relación con el médico) con 4 ítems por cada una, sumando un total de 48 reactivos, además de un apartado para síntomas físicos de 11 y otro para bienestar general de 6, conformando en total 69 ítems.

Se evaluó tomando en cuenta las puntuaciones de cada reactivo, las cuales se obtendrán por sumatoria directa en una escala de Likert donde nunca equivale

a 0 puntos, casi nunca a 1 punto, pocas veces a 2 puntos, frecuentemente a 3 puntos, casi siempre a 4 puntos y siempre a 5 puntos. Las sumatorias por área correspondieron a la sumatoria de los reactivos que componían dicha área, en la hoja de vaciado se fueron colocando los resultados de la escala y se ubicaron en la posición total en el punto correspondiente, clasificando los resultados de la siguiente manera: muy alta (p90), alta (p75), normal (p50), baja (p25) y muy baja (p10).

La siguiente tabla muestra los puntos de corte en los pacientes con padecimientos crónicos para cada área:

Áreas	Muy alta	Alta	Normal	Baja	Muy baja
	(p90)	(p75)	(p50)	(p25)	(p 10)
Preocupaciones	0	1	2-8	9-14	≥ 15
Desempeño físico	≥ 19	18	12-17	9-11	≥ 8
Aislamiento	0	1	2-6	7	≥ 12
Percepción corporal	0	1	2-7	8	≥ 13
Funciones cognitivas	≥ 2	3-4	5-9	10-12	≥ 13
Actitud ante el tratamiento	0	1-2	3-7	8-11	≥ 12
Tiempo libre	0	0	1-7	8-12	≥ 13
Vida cotidiana	0	0	1-5	6-12	≥ 13
Familia	20	20	17-19	13-16	≥ 12
Redes sociales	≥ 6	7-10	11-18	19	20
Dependencia médica	≥ 3	4-6	7-13	14-17	≥ 18
Relación con el médico	≥ 17	15	8-14	4-7	≥ 3

d) Análisis de datos

- Se empleó una estadística descriptiva utilizando variables cualitativas, porcentajes y frecuencias, para variables cuantitativas medidas de tendencia central y estadística analítica.
- Software de análisis estadístico SPSS versión 22.0
- Los datos se presentan en tablas

RESULTADOS

Se encuestaron 320 pacientes de los cuales observamos una media de edad de 55 ± 13.69 años, con una mínima de 30 y una máxima de 81. Con un 32.2% (103) del grupo de 61 y más años seguido con un 31.9% (102) el de 51-60 años. El 52.2% (167) de pacientes corresponde al sexo masculino y el 47.8% (153) al femenino. 66.9% (214) son casados, 63.4% (203) tienen una familia nuclear; el 22.5% (72) escolaridad bachillerato completo y 22.2% (71) nivel universitario, 27.5% (88) son obreros y el 27.2% (87) se dedica al hogar. Ver tabla 1.

TABLA 1. DATOS GENERALES DE MAYORES DE 30 AÑOS CON ENFERMEDADES CRONICAS

DATOS DEMOGRAFICOS		N=320	%
EDAD	30 A 40 años	64	20.0
	41 A 50 años	51	15.9
	51 A 60 años	102	31.9
	61 Y MAS años	103	32.2
SEXO	Masculino	167	52.2
	Femenino	153	47.8
ESTADO CIVIL	Soltero	31	9.7
	Casado	214	66.9
	Unión libre	38	11.9
	Divorciado	22	6.9
	Viudo	15	4.7
TIPOLOGIA FAMILIAR	Nuclear	203	63.4
	Extensa	37	11.6
	Compuesta	19	5.9
	Monoparental	35	10.9
	Vive solo	26	8.1
ESCOLARIDAD	Primaria incompleta	31	9.7
	Primaria completa	30	9.4
	Secundaria incompleta	24	7.5
	Secundaria completa	44	13.8
	Estudios comerciales	29	9.1
	Bachillerato incompleto	19	5.9
	Bachillerato completo	72	22.5
	Estudios universitarios	71	22.2
OCUPACION	Hogar	87	27.2
	Obrero	88	27.5
	Comerciante	58	18.1
	Profesionista	24	7.5
	Pensionado o jubilado	63	19.7

Se identificó una frecuencia de hipertensión arterial sistémica 38.4% (123) y 29.4% (94) para diabetes mellitus, con un tiempo de evolución de la enfermedad de 1 a 5 años el 35.3% (113) y de 29.1% (93) el grupo de 11 años y más. Ver tabla 2.

TABLA 2. FRECUENCIA DE ENFERMEDADES CRONICAS EN MAYORES DE 30 AÑOS Y TIEMPO DE EVOLUCION

FRECUENCIA DE EC Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN		N (320)	%
Enfermedad crónica	DM	94	29.4
	HAS	123	38.4
	Ostoartrosis/artritis	17	5.3
	Gatritis/colitis	40	12.5
	Sobrepeso/obesidad	46	14.4
Tiempo de evolución	Menos de 1 año	46	14.4
	De 2 a 5 años	113	35.3
	De 6 a 10 años	68	21.3
	11 años y más	93	29.1

Las comorbilidades asociadas a las enfermedades crónicas fue del 28.8% (92) para las metabólicas y 24.4% (78) para las oftalmológicas. Ver tabla 3.

TABLA 3. COMORBILIDADES DE LA ENFERMEDAD CRONICA EN MAYORES DE 30 AÑOS

COMORBILIDAD	FRECUENCIA	%
Metabólica	92	28.8
Cardiovascular	74	23.1
Osteomioarticulares	26	8.1
Digestiva	45	14.1
Neurológica	38	11.9
Oftalmológica	78	24.4
Renal	39	12.2

Los pacientes percibieron una **calidad de vida global normal** del 62.2% (199). De acuerdo a las **áreas evaluadas** fue normal en preocupaciones un 45.9% (147), para desempeño físico 41.9% (134), percepción corporal 126 (39.4), respecto a la actitud ante el tratamiento 60.6% (194), para tiempo libre 49.1% (157), vida cotidiana 41.6% (133), dependencia médica fue 45% (144), la relación con el médico hasta 63.4% (203) y para redes sociales 43.8% (140), en cuanto a la categoría muy **alta** aislamiento 52.8% (169), percepción corporal 35.6% (114) y funciones cognitivas 51.9% (166), familia 47.2% (151). Ver tabla 4.

TABLA 4. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS CON EC

ÁREAS DE EVALUACION	NIVEL DE CALIDAD DE VIDA.				
	MUY ALTA N (%)	ALTA N (%)	NORMAL N (%)	BAJA N (%)	MUY BAJA N (%)
Calidad de vida global	2 (.6)	69 (21.6)	199 (62.2)	48 (15)	2 (.6)
Preocupaciones	70 (22.2)	48 (15.)	147 (45.9)	43 (13.4)	11 (3.4)
Desempeño físico	43 (13.4)	6 (1.9)	134 (41.9)	46 (14.4)	91 (28.4)
Aislamiento	169 (52.8)	48 (15)	84 (26.3)	13 (4.1)	6 (1.9)
Percepción corporal	114(35.6)	43 (13.4)	126 (39.4)	32 (10)	5 (1.6)
Funciones cognitivas	166 (51.9)	58 (18.1)	71 (22.2)	20 (6.3)	5 (1.6)
Actitud ante el tratamiento	70 (21.9)	1 (.3)	194 (60.6)	33 (10.3)	22 (6.9)
Familia	151 (47.2)	10 (3.1)	111 (34.7)	19 (5.9)	29 (9.1)
Tiempo libre	109 (34.1)	0 (0)	157 (49.1)	40 (12.5)	14 (4.4)
Vida cotidiana	112 (35)	0 (0)	133 (41.6)	66 (20.6)	9 (2.8)
Dependencia medica	93 (29.1)	73 (22.8)	144 (45)	10 (3.1)	0 (0)
Relación con el medico	10 (3.1)	19 (5.9)	203 (63.4)	64 (20)	24 (7.5)
Redes sociales	112 (35)	46 (14.4)	140 (43.8)	16 (5)	6 (1.9)

La percepción general de salud de los pacientes fue que el 40.6% (130) se cuida frecuentemente para mejorar su salud y el 35.6% (114) nunca se enferma más fácilmente que otras personas. Ver tabla 5.

TABLA 5. PERCEPCION GENERAL DE LA SALUD EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS

PERCEPCION DE SALUD	NUNCA	CASI NUNCA	POCAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Se cuida para mejorar su salud	3 (.9)	8 (2.5)	22 (6.9)	130 (40.6)	35 (10.9)	4 (1.3)
Se enferma más fácilmente que otras personas	114 (35.6)	48 (15)	26 (8.1)	83 (25.9)	19 (5.9)	30 (9.4)

Se midió la percepción global de la salud y el bienestar en los pacientes con enfermedades crónicas, el 57.2% (183) percibe su bienestar global como muy bueno, el 57.8% (185) percibe su salud y bienestar como buena, para el 60% (192) evalúan su salud y bienestar como buena en comparación con el año previo a este estudio. Ver tabla 6.

TABLA 6. PERCEPCION GLOBAL DE BIENESTAR

PERCEPCION DE BIENESTAR	MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA	EXCELENTE
Bienestar global	1 (.3)	1 (.3)	20 (6.3)	97 (30.3)	183 (57.2)	18 (5.6)
Cómo percibe su salud y bienestar	1 (.3)	1 (.3)	108 (33.8)	185 (57.8)	22 (6.9)	3 (.9)
Evaluación de la salud y bienestar en comparación a un año previo	1 (.3)	4 (1.3)	90 (28.1)	192 (60)	28 (8.8)	5 (1.6)

Los sucesos importantes que impactaron en la salud de los pacientes encuestados durante los últimos 6 meses previos al estudio fueron: cambios en el hábito de dormir 7.5% (24), enfermedad personal 6.6% (21), cambio en los hábitos de alimentación 5.3% (17), separación sentimental 4.4% (14) y cambio en economía 3.1% (10). Ver tabla 5.

TABLA 5. SUCESOS IMPORTANTES OCURRIDOS DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES AL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRONICA

SUCESO	FRECUENCIA	%
Muerte de cónyuge	4	1.3
Divorcio	2	.6
Separación sentimental	14	4.4
Encarcelación	1	.3
Muerte familiar	9	2.8
Enfermedad personal	21	6.6
Despido	3	.9
Reconciliación	1	.3
Enfermedad de un familiar	7	2.2
Drogadicción y alcoholismo	2	.6
Problemas sexuales	6	1.9
Nuevo miembro en la familia	1	.3
Reajuste en negocios	1	.3
Cambio de economía	10	3.1
Muerte de un amigo	6	1.9
Cambio de trabajo	6	1.9
Problemas con el cónyuge	7	2.2
Hipoteca o crédito bancario	8	2.5
Puesto laboral mejor	3	.9
Un hijo deja el hogar	4	1.3
Problemas legales	3	.9
Logro personal	1	.3
El cónyuge deja o inicia a trabajar	3	.9
Cambio en las condiciones de vida	7	2.2
Inicia malos hábitos	2	.6
Problemas con el jefe	5	1.6
Cambio de turno laboral	6	1.9
Cambio de residencia	3	.9
Cambio de actividades de ocio	1	.3
Cambio de religión	4	1.3
Cambio de actividades sociales	8	2.5
Cambio en el hábito de dormir	24	7.5
Cambio de reuniones sociales/familiares	7	2.2
Cambio de hábitos alimenticios	17	5.3

Los síntomas físicos que más presentan los pacientes con enfermedades crónicas fueron cefalea 47.2% (151), artralgias 46.6% (150), mialgias 45.9% (147). Ver tabla 6.

TABLA 6. SINTOMAS FISICOS MAS FRECUENTES EN LOS ULTIMOS 6 MESES EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS

SINTOMA FISICO	N (320)	%
Cefalea	151	47.2
Mialgias	147	45.9
Artralgias	150	46.9
Edema de pies	76	23.8
Problemas visuales	47	14.7
Problemas auditivos	44	13.8
Dermatosis	39	12.2
Tos	25	7.8
Síntomas urinarios	25	7.8
Tics	10	3.1
Halitosis o sudoración	10	3.1

Las características de los pacientes con **calidad de vida muy alta**, los cuales fueron 2 pacientes, 100% (2) de 51-60 años; femeninos 100% (2); casadas 100% (2); 50% (1) perteneciente a familia nuclear y 50% (1) a familia extensa; con escolaridad universitaria 100% (2), ambas con hipertensión arterial sistémica y con un tiempo de evolución de 2 a 5 años, con comorbilidad metabólica 50% (1) y sin otras complicaciones, sin sucesos importantes que afectaran de manera significativa su salud y sin síntomas físicos. Ver tabla 7-11.

Los pacientes con **calidad de vida alta**, tuvieron las siguientes características: el 47.8% (33) de 51 a 60 años, el 50.7% (35) fueron del sexo masculino, casados 79.7% (55), pertenecientes a una familia nuclear el 81.2% (56), con estudios universitarios 34.8% (24), obreros 33.3% (23), portadores de hipertensión arterial sistémica el 37.7% (26) con un tiempo de evolución de 6 a 10 años el 39.1% (27), con comorbilidad metabólica 37.7% (26), experimentaron la muerte de un familiar cercano el 2.9% (2) y enfermedad personal el 2.9% (2)

como sucesos importantes en los últimos 6 meses y con cefalea 27.5% (9) y mialgias 24.6% (17) como síntomas frecuentes. Ver tabla 7 -11.

En cuanto a los paciente que presentaron una **calidad de vida normal**; se encontraban en el grupo de edad de 61 años y más 36.7% (73), del sexo femenino 50.8% (101), casados 67.3% (134), integrantes de familia nuclear 58.8% (117), con escolaridad de bachillerato completo 22.6% (45), dedicados al hogar 29.6% (59), portadores de hipertensión arterial sistémica 39.7% (79), con un periodo de evolución entre 2 a 5 años 38.2% (70), con comorbilidades oftalmológicas 26.6% (53) y metabólicas 23.6% (47), los cambios en el hábito de dormir 9% (18) y los cambios en los hábitos alimenticios 5.5% (11) fueron los sucesos que más presentaron y la artralgia 54.8% (109) fue el síntoma más común de los pacientes en estudio. Ver tabla 7 – 11.

En la categoría de **calidad de vida baja**, tenemos que los pacientes se encontraban en el grupo de 61 años y más 41.7% (20), del sexo masculino 70.8% (34), casados 45.8% (22), pertenecientes a familia nuclear 58.3% (28), con bachillerato completo 22.9% (11) y que concluyeron estudios universitarios 22.9% (11), jubilados 29.2% (14), padecen hipertensión arterial sistémica 31.3% (15), con un tiempo de evolución de su enfermedad de 11 años o más 47.9% (23), con comorbilidad metabólica 35.4% (17), sufrieron enfermedad personal 12.5% (6) y una separación sentimental 12.5% (6) como sucesos importantes que modificaron sus salud y presentaron como síntomas frecuentes la cefalea y mialgias 52.1% (25) y artralgias 50% (24). Ver tabla 7 -11.

Los pacientes que tuvieron una **calidad de vida muy baja**, se caracterizaron por pertenecer al grupo de edad de 30 a 40 años 50% (1) y al de 61 años y más 50% (1), ambos femeninos 100% (2), en unión libre 50% (1) y

casados 50% (1), con familia nuclear 50% (1) y vive solo 50% (1), con estudios universitarios 50% (1) y bachillerato completo 50% (1), profesionista 50% (1) y comerciante 50% (1), portadores de gastritis/colitis 50% (1) y de hipertensión arterial sistémica 50% (1), con tiempo de evolución menor a 1 años 50% (1) y de 2 a 5 años 50%(1), con comorbilidad metabólica 50% (1) y sin otras complicaciones, problemas con el jefe, adquisición de malos hábitos , enfermedad personal, cambios en el hábito de dormir, cambios en los hábitos de alimentación, cambios en las condiciones de vida y problemas sexuales fueron los sucesos importantes que modificaron sus alud, como síntomas frecuentes tuvieron cefalea, mialgias, artralgias, edema de pies, dermatosis y síntomas urinarios 100% (2). Ver tabla 7 -11.

TABLA 7. CALIDAD DE VIDA EN RELACION A DATOS DEMOGRAFICOS

DATOS GENERALES		CALIDAD DE VIDA				
		MUY ALTA N (%)	ALTA N (%)	NORMAL N (%)	BAJA N (%)	MUY BAJA N (%)
EDAD	30 A 40 años	0 (0)	8 (11.6)	42 (21.1)	13 (27.1)	1 (50)
	41 A 50 años	0 (0)	19 (27.5)	27 (13.6)	5 (10.4)	0 (0)
	51 A 60 años	2 (100)	33 (47.8)	57 (28.6)	10 (20.8)	0 (0)
	61 Y MAS años	0 (0)	9 (13)	73 (36.7)	20 (41.7)	1 (50)
SEXO	Masculino	0 (0)	35 (50.7)	98 (49.2)	34 (70.8)	0 (0)
	Femenino	2 (100)	34 (49.3)	101 (50.8)	14 (29.2)	2 (100)
ESTADO CIVIL	Soltero	0 (0)	7 (10.1)	15 (7.5)	9 (18.8)	0 (0)
	Casado	2 (100)	55 (79.7)	134 (67.3)	22 (45.8)	1 (50)
	Unión libre	0 (0)	2 (2.9)	28 (14.1)	7 (14.6)	1 (50)
	Divorciado	0 (0)	3 (4.3)	13 (6.5)	6 (12.5)	0 (0)
	Viudo	0 (0)	2 (2.9)	9 (4.5)	4 (8.3)	0 (0)
TIPOLOGIA FAMILIAR	Nuclear	1 (50)	56 (81.2)	117 (58.8)	28 (58.3)	1 (50)
	Extensa	1(50)	8 (11.6)	27 (13.6)	1 (2.1)	0 (0)
	Compuesta	0 (0)	1 (1.4)	14 (7)	4 (8.3)	0 (0)
	Monoparental	0 (0)	2 (2.9)	28 (14.1)	5 (10.4)	0 (0)
	Vive solo	0 (0)	2 (2.9)	13 (6.5)	10 (20.8)	1 (50)
ESCOLARIDAD	Primaria incompleta	0 (0)	3 (4.3)	21 (10.6)	7 (14.6)	0 (0)
	Primaria completa	0 (0)	3 (4.3)	21 (10.6)	6 (12.5)	0 (0)
	Secundaria incompleta	0 (0)	4 (5.8)	17 (8.5)	3 (6.3)	0 (0)
	Secundaria completa	0 (0)	4 (5.8)	17 (8.5)	3 (6.3)	0 (0)
	Estudios comerciales	0 (0)	6 (8.7)	21 (10.6)	2 (4.2)	0 (0)
	Bachillerato incompleto	0 (0)	4 (5.8)	13 (6.5)	2 (4.2)	0 (0)
	Bachillerato completo	0 (0)	15 (21.7)	45 (22.6)	11 (22.9)	1 (50)
Estudios universitarios	2 (100)	24 (34.8)	33 (16.6)	11 (22.9)	1 (50)	
OCUPACION	Hogar	0 (0)	17 (24.6)	59 (29.6)	11 (22.9)	0 (0)
	Obrero	0 (0)	23 (33.3)	56 (28.1)	9 (18.8)	0 (0)
	Comerciante	2 (100)	21 (30.4)	25 (12.6)	9 (18.8)	1 (50)
	Profesionista	0 (0)	3 (4.3)	15 (7.5)	5 (10.4)	1 (50)
	Pensionado o jubilado	0 (0)	5 (7.2)	44 (22.1)	14 (29.2)	0 (0)

TABLA 8. CALIDAD DE VIDA EN RELACION A LA ENFERMEDAD CRONICA Y SU TIEMPO DE EVOLUCION

		CALIDAD DE VIDA				
		MUY ALTA N= 2 (%)	ALTA N=69 (%)	NORMAL N=199 (%)	BAJA N=48 (%)	MUY BAJA N=2 (%)
ENFERMEDAD CRONICA	DM	0 (0)	21 (30.4)	61 (30.7)	12 (25)	0 (0)
	HAS	2 (100)	26 (37.7)	79 (39.7)	15 (31.3)	1 (50)
	Osteoartrosis/Artritis	0 (0)	0 (0)	16 (8)	1 (2.1)	0 (0)
	Gastritis/Colitis	0 (0)	9 (13)	24 (12.1)	6 (12.5)	1 (50)
	Sobrepeso/Obesidad	0 (0)	13 (18.8)	19 (9.5)	14 (29.2)	0 (0)
TIEMPO DE EVOLUCION	Menos de 1 año	0 (0)	4 (5.8)	34 (17.1)	7 (14.6)	1 (50)
	De 2 a 5 años	2 (100)	26 (37.7)	70 (35.2)	14 (29.2)	1 (50)
	De 6 A 10 años	0 (0)	27 (39.1)	37 (18.6)	4 (8.3)	0 (0)
	11 años y más	0 (0)	12 (17.4)	58 (29.1)	23 (47.9)	0 (0)

TABLA 9. CALIDAD DE VIDA EN RELACION A LA COMORBILIDAD DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS

COMORBILIDAD		CALIDAD DE VIDA				
		MUY ALTA N (%)	ALTA N (%)	NORMAL N (%)	BAJA N (%)	MUY BAJA N (%)
Metabólica	SI	1 (50)	26 (37.7)	47 (23.6)	17 (35.4)	1 (50)
	NO	1 (50)	43 (62.3)	152 (76.4)	31 (64.6)	1 (50)
Cardiovascular	SI	0 (0)	14 (20.3)	45 (22.6)	15 (31.3)	0 (0)
	NO	2 (100)	55 (79.7)	154 (77.4)	33 (68.8)	2 (100)
Osteomioarticular	SI	0 (0)	2 (2.9)	18 (9)	6 (12.5)	0 (0)
	NO	2 (100)	67 (97.1)	181 (91)	42 (87.5)	2 (100)
Digestiva	SI	0 (0)	9 (13)	33 (16.6)	3 (6.3)	0 (0)
	NO	2 (100)	60 (87)	166 (83.4)	45 (93.8)	2 (100)
Neurológica	SI	0 (0)	9 (13)	22 (11.1)	7 (14.6)	0 (0)
	NO	2 (100)	60 (87)	177 (88.9)	41 (85.4)	2 (100)
Oftalmológica	SI	0 (0)	12 (17.4)	53 (26.6)	13 (27.1)	0 (0)
	NO	2 (100)	57 (82.6)	146 (73.4)	35 (72.9)	2 (100)
Renal	SI	0 (0)	7 (10.1)	28 (14.1)	4 (8.3)	0 (0)
	NO	2 (100)	62 (89.9)	171 (85.9)	44 (91.7)	2 (100)

TABLA 10. CALIDAD DE VIDA EN RELACION CON LOS SUCESOS IMPORTANTES PRESENTADOS DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES EN LOS PACIENTE CON ENFERMEDADES CRONICAS

SUCESO IMPORTANTE	CALIDAD DE VIDA				
	MUY ALTA N (%)	ALTA N (%)	NORMAL N (%)	BAJA N (%)	MUY BAJA N (%)
Muerte de cónyuge	0 (0)	0 (0)	1 (0.5)	3 (6.3)	0 (0)
Divorcio	0 (0)	0 (0)	1 (0.5)	1 (2.1)	0 (0)
Separación sentimental	0 (0)	1 (1.4)	7 (3.5)	6 (12.5)	0 (0)
Encarcelación	0 (0)	0 (0)	1 (0.5)	0 (0)	0 (0)
Muerte familiar	0 (0)	2 (2.9)	6 (3)	1 (2.1)	0 (0)
Enfermedad personal	0 (0)	2 (2.9)	12 (6)	6 (12.5)	1 (50)
Despido	0 (0)	1 (1.4)	1 (0.5)	1 (2.1)	0 (0)
Reconciliación	0 (0)	0 (0)	1 (0.5)	0 (0)	0 (0)
Enfermedad de un familiar	0 (0)	1 (1.4)	3 (1.5)	3 (6.3)	0 (0)
Drogadicción y alcoholismo	0 (0)	0 (0)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Problemas sexuales	0 (0)	0 (0)	3 (1.5)	2 (4.2)	1 (50)
Nuevo miembro en la familia	0 (0)	0 (0)	1 (.5)	0 (0)	0 (0)
Reajuste en negocios	0 (0)	0 (0)	1 (.5)	0 (0)	0 (0)
Cambio de economía	0 (0)	1 (1.4)	5 (2.5)	4 (8.3)	0 (0)
Muerte de un amigo	0 (0)	0 (0)	5 (2.5)	1 (2.1)	0 (0)
Cambio de trabajo	0 (0)	1 (1.4)	4 (2)	1 (2.1)	0 (0)
Problemas con el cónyuge	0 (0)	0 (0)	5 (2.5)	2 (4.2)	0 (0)
Hipoteca o crédito bancario	0 (0)	1 (1.4)	5 (2.5)	2 (4.2)	0 (0)
Puesto laboral mejor	0 (0)	0 (0)	2 (1)	1 (2.1)	0 (0)
Un hijo deja el hogar	0 (0)	0 (0)	4 (2)	0 (0)	0 (0)
Problemas legales	0 (0)	0 (0)	2 (1)	1 (2.1)	0 (0)
Logro personal	0 (0)	0 (0)	1 (.5)	0 (0)	0 (0)
El cónyuge deja o inicia a trabajar	0 (0)	1 (1.4)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Cambio en las condiciones de vida	0 (0)	1 (1.4)	5 (2.5)	0 (0)	1 (50)
Inicia malos hábitos	0 (0)	0 (0)	1 (0.5)	0 (0)	1 (50)
Problemas con el jefe	0 (0)	1 (1.4)	2 (1)	1 (2.1)	1 (50)
Cambio de turno laboral	0 (0)	1 (1.4)	4 (2)	1 (2.1)	0 (0)
Cambio de residencia	0 (0)	0 (0)	3 (1.5)	0 (0)	0 (0)
Cambio de actividades de ocio	0 (0)	0 (0)	1 (.5)	0 (0)	0 (0)
Cambio de religión	0 (0)	0 (0)	3 (1.5)	1 (2.1)	0 (0)
Cambio de actividades sociales	0 (0)	0 (0)	5 (2.5)	3 (6.3)	0 (0)
Cambio en el hábito de dormir	0 (0)	1 (1.4)	18 (9)	4 (8.3)	1 (50)
Cambio de reuniones sociales/familiares	0 (0)	0 (0)	4 (2)	3 (6.3)	0 (0)
Cambio de hábitos alimenticios	0 (0)	0 (0)	11 (5.5)	5 (10.4)	1 (50)

TABLA 11. CALIDAD DE VIDA EN RELACION A LA FRECUENCIA DE SINTOMAS FISICOS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS

SINTOMA FISICO	CALIDAD DE VIDA				
	MUY ALTA N (%)	ALTA N (%)	NORMAL N (%)	BAJA N (%)	MUY BAJA N (%)
Cefalea	0 (0)	19 (27.5)	105 (52.8)	25 (52.1)	2 (100)
Mialgias	0 (0)	17 (24.6)	103 (51.8)	25 (52.1)	2 (100)
Artralgias	0 (0)	15 (21.7)	109 (54.8)	24 (50)	2 (100)
Edema de pies	0 (0)	4 (5.8)	54 (27.1)	16 (33.3)	2 (100)
Problemas visuales	0 (0)	4 (5.8)	33 (16.6)	9 (18.8)	1 (50)
Problemas auditivos	0 (0)	2 (2.9)	32 (16.1)	9 (18.8)	1 (50)
Dermatosis	0 (0)	2 (2.9)	28 (14.1)	7 (14.6)	2 (100)
Tos	0 (0)	1 (1.4)	16 (8)	7 (14.6)	1 (50)
Síntomas urinarios	0 (0)	1 (1.4)	19 (9.5)	3 (6.3)	2 (100)
Tics	0 (0)	0 (0)	6 (3)	4 (8.3)	0 (0)
Halitosis o sudoración	0 (0)	0 (0)	7 (3.5)	2 (4.2)	1 (50)

CONCLUSIONES

La enfermedad crónica más frecuente fue la hipertensión arterial sistémica, con un tiempo de evolución de 2 a 5 años, en el grupo de edad de 61 años y más.

Las características generales de los pacientes fueron, sexo masculino, estado civil casado, ocupación obrero y escolaridad con bachillerato completo, pertenecientes a familia nuclear.

Las comorbilidades fueron las propias derivadas de estas enfermedades crónicas como es el trastorno metabólico y las oftalmológicas y los síntomas físicos más frecuentes fueron la cefalea y la artralgia.

La percepción global de la calidad de vida fue normal, sin embargo de acuerdo a las áreas evaluadas, se percibieron en diferentes escalas; para preocupaciones fue normal, desempeño físico normal, aislamiento muy alta, percepción corporal muy alta, funciones cognitivas muy alta, actitud ante el tratamiento normal, familia muy alta, tiempo libre normal, vida cotidiana normal, dependencia médica normal, relación con el médico normal y redes sociales normal.

Los pacientes *frecuentemente* se cuidan para mejorar su salud y perciben que *nunca* se enferman más que otras personas.

Respecto al bienestar global, la percepción fue *muy buena*, perciben su salud como *buena* y en comparación con el año previo a la realización de este estudio, evaluaron su salud como *buena*.

Los sucesos importantes que se presentaron en los pacientes encuestados durante los últimos 6 meses previos al estudio fueron: cambios en el hábito de dormir y enfermedad personal.

En base a los resultados arrojados en esta investigación, se concluye que:

1. La *hipertensión arterial sistémica* fue la enfermedad crónica más frecuente en la UMF 20 y la percepción en su calidad de vida fue *normal*.
2. Las *características generales* de los pacientes en estudio fueron: *masculinos, de 61 años y más, casados, obreros, de escolaridad bachillerato completo* y pertenecientes a *familia nuclear*.
3. Las *comorbilidades* asociadas a las enfermedades crónicas de los pacientes, fueron las derivadas de estas enfermedades como las *metabólicas* y las de etiología *oftalmológica*.
4. El área que se percibió con *mejor* calidad de vida fue *aislamiento*.
5. Las áreas con percepción de *mala* calidad de vida fue *desempeño físico y relación con el médico*.
6. La *percepción global de bienestar* de los pacientes fue *muy buena*.
7. La *percepción general de salud* de los pacientes fue *buena*.
8. La *percepción de la calidad de vida en comparación al año previo* al estudio fue *buena*.
9. Los *sucesos importantes* que presentan los pacientes en los últimos 6 meses previos al estudio que modifican su estado de salud fueron *cambios en el hábito de dormir y enfermedad personal*.
10. Los *síntomas físicos* que con mayor frecuencia presentaron los pacientes fueron *cefalea, mialgias y artralgias*.

DISCUSION

En base a los resultados obtenidos en este estudio se encontró que cerca del 40% de los pacientes padecen enfermedad crónica cardiovascular de tipo **hipertensión arterial sistémica**; una tercera parte que corresponde casi al 30% padecen enfermedad metabólica del tipo diabetes mellitus, las **enfermedades crónicas** se presentan en con **mayor frecuencia** (más del 32%) **a partir de los 61 años**, tienen un ligero **predominio** con poco más del 52% en el sexo **masculino**, en cuanto al estado civil, se encontró que se presenta comúnmente en **casados**, lo que es esperado si la frecuencia de éstas aumenta con la edad; las ocupaciones en las que más presentan son en los pacientes que se dedican al **hogar y obreros** en casi el 30%, sin embargo en cerca del 20% son **jubilados**, lo cual también se relaciona con la edad de presentación; en cuanto al tiempo de **evolución**, éstas enfermedades crónicas se encontraron en los grupos de **2 a 5 años** en más del 35% y el de **más de 11 años** en casi el 30%, lo que explica que la mayoría de éstos pacientes presentan **comorbilidades** de etiología **oftalmológicas y metabólicas**.

Respecto a la **calidad de vida** se observó que ésta se ve **mermada a mayor edad**, pese a que se determinó que ésta se encuentra en nivel normal en el grupo de **61 años y más**, es también en este grupo donde se encuentra el mayor porcentaje de **calidad de vida baja a muy baja**; el **sexo masculino** tiene tendencia a presentar **calidad de vida baja a muy baja** por lo que consideramos que pertenecer al sexo femenino es un factor de protección para mantener una calidad de vida normal, se encontró así mismo, que las personas **viudas y solteras tienden a tener una calidad de vida baja a muy baja** y que ser **casado** se relaciona con una **calidad de vida alta y muy alta**, en cuanto a la tipología familiar, tener una **familia nuclear**, es un factor a favor para **preservar una buena calidad de vida**, no así con **vivir solo** pues éstas pacientes tienden a

tener una menor calidad de vida; referente a la escolaridad se pudo determinar que a **menor escolaridad menor calidad de vida**, en relación a la **ocupación los profesionistas y los jubilados tienen menor calidad de vida** respecto a los **comerciantes** que son los que presentan **mejor calidad de vida** y finalmente se determinó que la **calidad de vida** se relaciona de manera significativa con la presencia de **comorbilidades y síntomas físicos**, ya que se pudo observar que esta de **deteriora** a mayor presentación de dichas variables de estudio.

La Organización Panamericana de la Salud, en su informe de 2007, da a conocer las principales causas de mortalidad en México, siendo la primera, la diabetes mellitus, con 12,8% de las defunciones (primera causa en el sexo femenino con 15,7% de las defunciones y segunda en el masculino, con 10,6%), la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular aparecen en ambos sexos entre las cuatro primeras causas en México.⁸

De acuerdo a la ENSANUT 2012, la hipertensión arterial sistémica para la población mayor de 20 años, tuvo un leve incremento de 0.9%, sin embargo, la prevalencia para este grupo es de 33.3% para hombres y 30.8% para mujeres en 2012,⁹ cifras que se asemejan con los resultados de este estudio en el que la frecuencia para esta patología fue del 38.4%. Así mismo en dicha encuesta, se encontró que las complicaciones o comorbilidades de las enfermedades no transmisibles, fueron las de etiología oftalmológicas; en nuestro estudio éstas ocuparon el segundo lugar en frecuencia con un 24.4%, solo por debajo de las comorbilidades metabólicas que obtuvieron un 28.8% en frecuencia.

En el estudio *comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores* (Libre, Guerra y Perera, 2008) se encontró un predominio de hipertensión arterial sistémica, que se presentó en el 55 % de los adultos mayores, seguida por las enfermedades del corazón, con un 32,3 %, y la

DM (18,3 %),³⁵ en nuestro estudio, se encontró que la prevalencia es mayor al 32.2% para el grupo de 61 años y más.

En cuanto a la calidad de vida, para Vinaccia et al (2007), en su estudio *“calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve”*, fue desfavorable en cuanto a sus relaciones interpersonales, visión del futuro, estado de ánimo negativo (ansiedad-depresión), autoeficacia y *síntomas somáticos* asociados con la enfermedad como mareo, taquicardia, disnea, fatiga y neuropatía, entre otras,³⁶ en comparación con nuestro estudio, los resultados tienen coincidencia en cuanto al *área física*, no así en cuanto a las relaciones interpersonales, ya que en base a lo encontrado en este estudio, no hubo afectación de la calidad de vida en cuanto al aislamiento donde ésta fue muy alta y normal para vida cotidiana y redes sociales.

En este estudio se encontró que la calidad de vida se encuentra afectada en el área de desempeño físico, lo cual concuerda con los resultados obtenidos por de los Ríos Castillo et al (2004), los pacientes que participaron en dicho estudio, mantenían un avance continuo del deterioro físico en relación con la cronicidad de la enfermedad, que fue desde leve a severo, de igual manera en el área psicosocial, integrada por reactivos que evalúan aspectos emocionales tales como ansiedad, depresión, temores, preocupaciones, autoconcepto y algunos aspectos de interacción social, 60 % de los sujetos no mostró deterioro,³⁷ en nuestro estudio, no se demostró deterioro de la calidad de vida en el área de aislamiento, funciones cognitivas y familia, por el contrario, se encontró que los pacientes tuvieron muy alta calidad de vida.

RECOMENDACIONES

Este estudio solo determinó la frecuencia de las enfermedades crónicas y su percepción de la calidad de vida.

No se investigaron los factores de riesgo de la población adscrita a la UMF 20 para el desarrollo de enfermedades crónicas por lo que debería considerarse hacer estudios que indaguen sobre ellos y ya que se encontró que la frecuencia de éstas es mayor en las personas de más de 61 años, se recomienda al personal de salud de ésta unidad, que se exhorte a los derechohabientes a realizar acciones de prevención y detección oportuna para que nos permita brindar tratamientos tempranos y de esta manera prorrogar las complicaciones y disminuir los síntomas físicos que deterioran la calidad de vida.

La percepción de la calidad de la calidad en este estudio se midió sin tomar en cuenta factores psicosociales externos que modifiquen este estado de salud por lo que en estudios subsecuentes se deberá considerar aplicar otros instrumentos que ayuden a identificar otras variables.

Finalmente consideramos que ya que la calidad de vida se ve afectada en las personas que carecen de redes de apoyo (viven solos) es deber del Médico Familiar crear una estrategia que le permita integrar a éstos pacientes a los programas de apoyo que ofrece nuestra Unidad y en su caso, fomentar la participación de las familias de los pacientes en edad adulta para alcanzar metas de control de sus patologías, así mismo, consideramos que concierne al Instituto crear programas de prevención de mayor impacto que disminuyan el desarrollo de las enfermedades crónicas pues de lograrlo, se estará logrado reducir los costos económicos que se invierten en el tratamiento de éstas.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, 2007. Washington, D.C.: OPS; 2007:622[2].
2. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Resultados Nacionales, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
3. World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/, [Citado 16 Julio 2016].
4. Yeo M, Sawyer S. Chronic illness and disability. British Medical Journal; 2005:330[7493],721-723.
5. Córdova-Villalobos JA, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M, De León-May ME, Aguilar-Salinas CA. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Publica Mex; 2008:50[5],419-427.
6. World Health Organization. *Global Health Estimates: Deaths by Cause, Age, Sex and Country, 2000-2012*. Geneva, WHO; 2014.
7. World Health Organization. Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/ en/, http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/, [Citado 5 Julio 16].

8. World Health Organization. *Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030*. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/, http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/, [Citado 5 Julio 16].
9. Mathers CD, Loncar D. *Projections of global mortality and burden of disease 2002–2030*. PLoS Med; 2006: 3[11]442.
10. Martínez A, Medina-Mora M, Soberón G. *Padecimientos relacionados con las conductas de riesgo*. México, D.F.: El Colegio Nacional; 2015.
11. González-González C, Palloni A, Wong R. Mortality and its association with chronic and infectious diseases in Mexico: A panel data analysis of the elderly. *Salud Pública Méx* ; 2015 [citado 2016 Agosto 16] ; 57(Supl 1): s39-s45. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000700007&lng=es.
12. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Resultados por Entidad Federativa 2012*, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
13. Vinaccia S, Orozco L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas; 2005 [citado 15 Agosto 2016];1(2). Disponible en: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1794-9982005000200002&script=sci_arttext
14. Urzúa A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto terapia psicológica; 2012:30[1]61-71.

15. Avendaño MA, Barra E. Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia psicológica*; 2008:26[2] 165-172.
16. Bishop M. Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and disability: Preliminary analysis of a conceptual and theoretical synthesis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*; 2005:48[4],219- 231.
17. Riveros A, Sánchez-Sosa JJ, Del Águila M. *Inventario de calidad de vida y salud*. Ed Manual moderno; 2009.
18. Guevara H, Domínguez A, Ortunio M, Padrón D, Cardozo R. Percepción de la calidad de vida desde los principios de la complejidad. *Revista Cubana de Salud Pública*; 2010:36[4]357-360.
19. Contreras F, Esguera GA, Espinosa JC, Gómez V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento con hemodiálisis. *Acta colombiana de psicología*, 2007:10[2] 169-179.
20. Tuesca R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte Barranquilla (Col.)*; 2005:21,76-86.
21. Grau C. *Intervención temprana en niños con enfermedades crónicas*; 2003.

22. Garcia-Viniegras V, Regina C, Rodríguez G. Calidad de vida en enfermos crónicos. *Rev Haban Cienc Méd*; 2007;6[4], 1-9.
23. World Health Organization. WHO global report: preventing chronic disease: a vital investment. Geneva: WHO; 2005.
24. Piette JD, Kerr EA. The impact of co-morbid chronic conditions on diabetes care. *Diabetes Care*; 2006;29[3],725–31.
25. Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*; 2010;27[1],1–9.
26. Estudios sobre la calidad de vida de pacientes afectados por determinadas patologías. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
27. Romero-Márquez RS, et al. Calidad de vida y salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*; 2010;48[1],91-102.
28. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mex*; 2002;44,349-361.
29. Fernández-Rodríguez LJ, Yániz-Igal B. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en las esquizofrenias. *Informaciones Psiquiátricas*. [Versión electrónica] 2002 (169). Disponible en http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/03_169_04.htm, [Citado 30 Julio 2016] .

30. Sánchez-Sosa, JJ, González-Celis, AL. Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Madrid; 2006.
31. Cardona-Arias JA, Higuera-Gutiérrez LP. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev Cubana Salud Pública; 2014;40[2]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_2_14/spu03214.htm. [Citado: 30 Agosto 2016].
32. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Salud Publica Mex; 2002;44.448-463.
33. Real Academia de la Lengua Española
34. Membrillo Apolinar, Fernández MA, Quiroz JR, Rodríguez JL. Familia Introducción al estudio de sus elementos, Ed Editores de Textos Mexicanos, México; 2008.
35. Llibre JC, Guerra MA, Perera ME. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Rev Cubana Med Gen Integr; 2008, 24 [4]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400005&lng=es.
36. Vinaccia S, Quinceno Margarita J, Ángela M. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve, 2007, 3 [2] Disponible en:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S179499982007000200003&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1794-9998 .

37. De los Ríos JL, Sánchez JJ, Barrios P, Guerrero V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 [2]: 109-116.

ANEXOS

1. Consentimiento Informado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN		
Nombre del estudio:	Frecuencia de las enfermedades crónicas y percepción de su calidad de vida en la UMF 20.	
Lugar y fecha:	El estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 IMSS Vallejo Distrito Federal, a ____ del mes de _____ del _____.	
Justificación y objetivo del estudio:	La enfermedad crónica impacta de manera significativa la calidad de vida de las personas que la padecen, en nuestro país, la primera causa de muerte en la población total es la diabetes mellitus, de igual manera, en el IMSS, las enfermedades no transmisibles han ido incrementado. El presente trabajo de investigación, surge por la necesidad de conocer la frecuencia y la calidad de vida de las enfermedades crónicas, determinada por los aspectos biológicos, psicológicos y sociales con la finalidad de renovar e implementar nuevas estrategias que como médicos tratantes nos permitan mejorar el proceso de adaptación a dichas patologías. El objetivo principal es determinar la frecuencia y la percepción de la calidad de vida en los pacientes con enfermedades crónicas que acuden a los servicios de salud de la UMF 20.	
Posibles riesgos y molestias:	El estudio no produce ningún riesgo ni molestia; a excepción del tiempo que llevará contestar la encuesta.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se informara acerca de los resultados obtenidos con el estudio, personalmente por parte del investigador a quien lo solicite.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.	

Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial.
Beneficios al término del estudio:	Los resultados del estudio contribuirán a detectar como repercute en la calidad de vida y afectación biopsicosocial de los pacientes con enfermedades crónicas de manera personalizada y confidencial, que permitan la implementación de estrategias para lograr los objetivos de control de la enfermedad.
caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Galindo Peña Nidia. Médico Residente de Medicina Familiar, UMF 20. Matrícula 9935045, Calz. Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas; México D.F.; Tel: 0445534528281 E- mail nidiagalindo@yahoo.com.mx
Investigador Colaborador:	Dra. Vega Mendoza Santa. Médico familiar, Profesor adjunto de la especialidad de Medicina Familiar, Matrícula: <u>11660511</u> , UMF 20., Calz. Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas; México D.F.; Tel: 53331100.Ext. 15320. E-mail: drasanta.vega0473@yahoo.com.mx y santa.vega@imss.gob.mx
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	NIDIA GALINDO PEÑA _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma

2. Cuestionario InCaViSa

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20



"Frecuencia de enfermedades crónicas y percepción de su calidad de vida en la UMF 20"

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: _____ Folio: _____

Sexo: Femenino Masculino

Estado civil

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soltero | <input type="checkbox"/> Divorciado |
| <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> Unión libre |
| <input type="checkbox"/> Viudo | |

Especifique con quien vive:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Esposo (o) | <input type="checkbox"/> Otro pariente (sobrino, nieto, primo) |
| <input type="checkbox"/> Hijo(a)/ ¿Cuántos? _____ | <input type="checkbox"/> Sin parentesco (nuera, vecina, amigo etc.) |
| <input type="checkbox"/> Padre o madre | <input type="checkbox"/> Vive solo |

Escolaridad (marque uno):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> Estudios comerciales |
| <input type="checkbox"/> Primaria completa | <input type="checkbox"/> Bachillerato incompleto |
| <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> Bachillerato completo |
| <input type="checkbox"/> Secundaria completa | <input type="checkbox"/> Estudios universitarios |

Ocupación

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hogar | <input type="checkbox"/> Comerciante |
| <input type="checkbox"/> Obrero | <input type="checkbox"/> Pensionado o jubilado |
| <input type="checkbox"/> Profesionista | |

¿Cuál es la enfermedad que padece usted

[Puede marcar más de una opción]

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Gastritis/Colitis |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial sistémica | <input type="checkbox"/> Sobrepeso/Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Osteoartrosis/Artritis | Otra: _____ |

¿Qué tiempo tiene de padecer su enfermedad? _____

¿Tiene alguna complicación de su (s) enfermedad (es)? _____

INSTRUCCIONES: Conteste con una "X" la opción que más se acerque a su respuesta. Las siguientes preguntas se refieren a cómo ha pensado o sentido durante las últimas dos semanas.

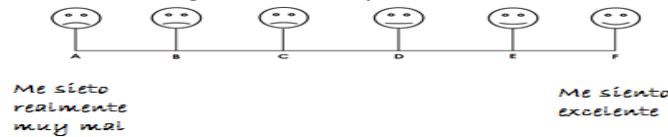
	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-mente	Casi siempre	Siempre
GENERALES						
Creo que si me cuido mi salud mejorará...						
Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas						
PREOCUPACIONES						
Me preocupa que algunas veces necesito ayuda económica con los gastos de mi enfermedad.						
Me preocupa que algunas veces mi enfermedad es una carga para los demás.						
Me preocupa que alguien se sienta incómodo (a) cuando está conmigo por mi enfermedad.						
Me molesta que otras personas me cuiden demasiado debido a mi enfermedad.						
DESEMPEÑO FISICO						
Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas						
Si es necesario, puedo caminar dos o tres cuerdas fácilmente						
Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos						
Puedo subir varios pisos por las escaleras sin cansarme demasiado						
AISLAMIENTO						
Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente						
Me siento tan vacío (a) que nada podría animarme						
Me parece que desde que enfermé no confían en mi como antes						
Me siento solo (a) aun estado en compañía de otros						
PERCEPCION CORPORAL						
Me siento poco atractivo (a) porque estoy enfermo (a).						
Me siento restringido (a) por mi peso.						
Me da pena mi cuerpo.						
Mi cuerpo se ve diferente porque estoy enfermo (a).						
FUNCIONES COGNITIVA						
Se me olvida dónde puse las cosas.						
Se me olvidan los nombres						
Tengo dificultades para concentrarme y pensar						

Tengo problemas con mi memoria						
ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO						
Me fastidia tomar tantas medicinas.						
Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad.						
Me da pena que los demás noten que tomo medicinas.						
Me siento incómodo (a) con mi médico.						
FAMILIA						
El amor de mi familia es lo mejor que tengo.						
Me siento a gusto entre los miembros de mi familia.						
Mi familia me comprende y me apoya.						
Mi familia cuida mis sentimientos.						
TIEMPO LIBRE						
Desde que enfermé dejé de disfrutar mi tiempo libre.						
Me siento triste cuando veo a personas que hacen las cosas que antes hacía.						
Desde que enfermé, dejé de pasar el rato con mis amigos.						
Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales, como visitar a mis amigos o familiares.						
VIDA COTIDIANA						
Desde que enfermé mi vida diaria se ha vuelto difícil.						
Desde que enfermé mi vida diaria dejó de ser placentera.						
Ahora que estoy enfermo (a) la vida me parece aburrida.						
Dejé de disfrutar mi vida diaria porque estoy enfermo (a)						
DEPENDENCIA MÉDICA						
Espero que el médico cure todos mis síntomas						
Sólo el médico puede hacer que me sienta mejor						
No me importa que tengo, solo quiero que el médico me cure						
El responsable de que me cure es el médico						
RELACIÓN CON EL MÉDICO						
Disfruto asistir al médico						
Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad						
Visitar al médico se ha convertido en una parte importante de mi vida						
Necesito atención médica constante						
REDES SOCIALES						

Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero						
Cuando las cosas me salen mal, hay alguien que me puede ayudar						
Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes						
Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que puede ayudarme						

BIENESTAR Y SALUD

En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida?
Elija una letra o una CARITA en la siguiente escala y enciérrela en un círculo



	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
Mi salud en general es...						
En comparación con el año pasado, ¿cómo evaluaría su salud en general ahora?						

En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar? (por ejemplo, disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.)

NO ___ SI, POR FAVOR SELECCIONE COLOCANDO UNA "X" EN LA O LAS OPCIONES QUE A CONTINUACION SE ENLISTAN

Nº	Acontecimiento vital	Señale X	Puntaje X	Puntaje
1	Muerte del cónyuge			100
2	Divorcio			73
3	Separación matrimonial			65
4	Encarcelación			63
5	Muerte de un familiar cercano			63
6	Lesión o enfermedad personal			53
7	Matrimonio			50
8	Despido del trabajo			47
9	Paro sindical			47
10	Reconciliación matrimonial			45
11	Jubilación			45
12	Cambio de salud de un miembro de la familia			44
13	Drogadicción y/o alcoholismo			44
14	Embarazo			40
15	Dificultades o problemas sexuales			39
16	Incorporación de un nuevo miembro a la familia			39
17	Reajuste de negocio			39
18	Cambio de situación económica			38
19	Muerte de un amigo íntimo			37
20	Cambio en el tipo de trabajo			36
21	Mala relación con el cónyuge			35
22	Juicio por crédito o hipoteca			30
23	Cambio de responsabilidad en el trabajo			29
24	Hijo o hija deja el hogar			29
25	Problemas legales			29
26	Logro personal notable			28
27	La esposa comienza o deja de trabajar			26
28	Comienzo o fin de la escolaridad			26
29	Cambio en las condiciones de vida			25
30	Revisión de hábitos personales			24
31	Problemas con el jefe			23
32	Cambio de turno o de condiciones laborales			20
33	Cambio de residencia			20
34	Cambio de colegio			20
35	Cambio de actividades de ocio			19
36	Cambio de actividad religiosa			19
37	Cambio de actividades sociales			18
38	Cambio de hábito de dormir			17
39	Cambio en el número de reuniones familiares			16
40	Cambio de hábitos alimentarios			15
41	Vacaciones			13
42	Navidades			12
43	Leves transgresiones de la ley			11
Puntaje total				

En los últimos seis meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, salida de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación)

NO ____ SI, POR FAVOR DESCRIBA: _____

COMENTARIOS GENERALES

Si desea comentar algo más acerca de su enfermedad o del cuestionario, por favor, escríbalo aquí. En caso de que necesite más espacio., utilice el reverso de esta página.
