



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

**Funcionalidad física y bienestar mental de pacientes con enfermedades crónicas:
caso Hospital Naval Guayaquil**

AUTOR:

Huaca Sánchez Marco Antonio

**Previo a la obtención del Grado Académico de:
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TUTOR:

Ing. Bustamante Ubilla Miguel Alejandro, Ph.D.

**Guayaquil, Ecuador
2023**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el **Dr. Marco Antonio Huaca Sánchez**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Ing. Miguel Bustamante Ubilla, PhD.

REVISOR

Dr. Francisco Obando Freire, Ph.D.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María de los Ángeles Núñez Lapo, Mgs.

Guayaquil, a los 27 días del mes de marzo del año 2023



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Marco Antonio Huaca Sánchez**

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación **“Funcionalidad física y bienestar mental de pacientes con enfermedades crónicas: Caso Hospital Naval Guayaquil”** previo a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 27 días del mes de marzo del año 2023

EL AUTOR:

Marco Antonio Huaca Sánchez



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

Yo, Marco Antonio Huaca Sánchez

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud titulado “Funcionalidad física y bienestar mental de pacientes con enfermedades crónicas: Caso Hospital Naval Guayaquil”** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 27 días del mes de marzo del año 2023

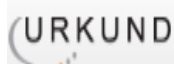
EL AUTOR:

Marco Antonio Huaca Sánchez



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

Informe de Urkund



Documento [PROYECTO DE INVESTIGACIÓN REVISADA-05marzo2023.docx](#) (D161034759)

Presentado 2023-03-14 11:14 (-05:00)

Presentado por mhuaca@hotmail.com

Recibido maria.lapo.ucsg@analysis.arkund.com

Mensaje SOLICITANDO ANALISIS PARA EL URKUD [Mostrar el mensaje completo](#)

1% de estas 65 páginas, se componen de texto presente en 2 fuentes.

AGRADECIMIENTO

A mi DIOS quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento y a valorar cada una de las bendiciones con las cuales él me rodeaba.

A mis COMPAÑEROS quienes con sus consejos, amistad y compañía hicieron posible lograr la finalización con éxito esta Maestría.

A mi TUTOR de Tesis Dr. Miguel Bustamante Ubilla, quien con sus conocimientos y a pesar de la distancia supo guiarme de la manera adecuada en la elaboración de este trabajo de investigación.

DEDICATORIA

A mis PADRES por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, quienes me inculcaron valores, principios, carácter, empeño, perseverancia, y coraje para conseguir mis objetivos propuestos.

A DAVID, mi hijo querido, más que el motor de mi vida fue parte muy importante de lo que hoy puedo lograr, gracias a él por cada palabra de apoyo, gracias por entender que el éxito demanda algunos sacrificios y que el compartir poco tiempo contigo, hace parte de estos sacrificios.

A mis HERMANOS por estar siempre presentes en esta travesía de la vida y poder cumplirla.

A Estefany Natera, mi amor, mi amiga y compañera de mi vida que me brindo su compañía en las buenas y en las malas durante todos estos años.

Índice General

Introducción	1
Antecedentes	3
Problema de Investigación	4
Formulación del Problema	6
Justificación.....	6
Preguntas de investigación.....	8
Hipótesis.....	8
Objetivos de la investigación	9
Objetivo general.....	9
Objetivos específicos	9
Capítulo I.....	10
Marco Teórico – Conceptual.....	10
Fundamentación teórica	10
Componentes del Estado de Salud	10
Bienestar mental, salud mental y bienestar psicológico.....	14
Funcionalidad y funcionalidad física	17
Funcionalidad física y bienestar psicológico en pacientes con enfermedades crónicas	18
Intervenciones, estado de salud y las enfermedades crónicas.....	20
Capítulo II	28
Marco referencial – contextual - legal	28
Evidencia empírica.....	28
Marco contextual.....	30
A nivel nacional	30
En la provincia de Guayas.....	32
Hospital Naval de Guayaquil HOSNAG.....	34
Actividades registradas en el HOSNAG	34
Marco legal.....	37
Capítulo III.....	39
Marco Metodológico y Análisis de Resultados	39
Tipo de investigación	39
Instrumento de recolección de datos	39

Población y muestra	41
Procedimiento	42
Técnicas de análisis de datos.....	43
Análisis de resultados.....	44
Caracterización de los pacientes	45
Estado de salud general.....	46
Estado de salud percibido frente a sus pares	48
Evolución de la salud	50
Comparación de estado de salud percibido.....	53
Funcionalidad física	54
Función física.....	54
Rol físico.....	56
Bienestar mental.....	60
Vitalidad.....	60
Salud mental.....	63
Rol emocional	66
Evaluación global paciente con enfermedad crónica frente a sin enfermedad crónica.....	69
Efectos entre salud general, salud mental y función física	70
Principales hallazgos y conclusión del capítulo.....	72
Capítulo IV.....	77
Programa de Intervención para la Salud Mental de Pacientes con Enfermedades Crónicas en el Hospital Naval Guayaquil HOSNAG	77
Justificación de la estructura del programa.....	77
Evaluación <i>antes de</i> : desarrollo de indicadores, prevalencia e incidencia.....	79
Guía para la evaluación del programa.....	79
Evaluación <i>antes de</i> : Guía para prevalencia, incidencia y otros indicadores	79
Guía para estimación de la prevalencia.....	79
Guía para estimación de la incidencia.....	82
Intervenciones para la mejora de la salud mental en pacientes con enfermedad crónica.....	85
Planes de actividad física	85
Visitas programadas a psicólogo.....	86
Logística para el inicio de las intervenciones	87

Monitoreo de las intervenciones	87
Presupuesto	88
Medición del impacto del programa	90
Conclusiones	91
Recomendaciones.....	93
Referencias.....	94
Apéndices.....	99
Apéndice A. Cuestionario versión escrita.....	99

Índice de Tablas

Tabla 1 Concepto de salud según distintas disciplinas	24
Tabla 2 Terminología utilizada para referirse a funcionalidad física	27
Tabla 3 Porcentaje Estimado de Población Infantil, Adolescente y Adulta del Guayas con Sobrepeso y Obesidad	32
Tabla 4 Actividades Registradas en HOSNAG 2019	35
Tabla 5 Atenciones por Especialidad HOSNAG 2019	35
Tabla 6 Variables de Estado de Salud.....	40
Tabla 7 Comparación de Promedios de Función Física entre Crónicos y No Crónicos	55
Tabla 8 Comparación de Promedios de Función Física entre Crónicos y No Crónicos	59
Tabla 9 Comparación de Promedios de Vitalidad entre Crónicos y No Crónicos	63
Tabla 10 Comparación de Promedios de Salud Mental entre Crónicos y No Crónicos	66
Tabla 11 Comparación de Promedios de Rol Emocional entre Crónicos y No Crónicos	68
Tabla 12 Comparación de Promedios en Variables de Estudio entre Crónicos y No Crónicos	69
Tabla 13 Efectos de Enfermedad Crónica, Función Física y Salud Mental sobre la Salud General.....	70
Tabla 14 Efectos de Enfermedad Crónica, Función Física y Vitalidad sobre Salud Mental	71
Tabla 15 Correlaciones entre Salud Mental y Función Física por Grupos Con Enfermedad Crónica vs. Sin Enfermedad Crónica	71
Tabla 16 Análisis de fiabilidad del instrumento completo.....	72
Tabla 17 Estadísticos de todos los ítems del instrumento.....	72
Tabla 18 <i>Prueba ANOVA para los ítems del instrumento</i>	73
Tabla 19 Análisis factorial salud general	73
Tabla 20 Análisis factorial función física	74
Tabla 21 Análisis factorial salud mental.....	75
Tabla 22 Ejemplo de monitoreo de pacientes para cálculo de incidencia de enfermedad.....	84
Tabla 23 Asignación de intervenciones para pacientes crónicos HOSNAG	85

Tabla 24 Horarios de plan de actividad física.....	85
Tabla 25 Horario de atención visita psicólogo.....	86

Índice de Figuras

Figura 1 Las dimensiones de estado de salud y los factores que inciden de Bergner.....	12
Figura 2 Relación de factores socioeconómicos y salud mental.....	16
Figura 3 Concepción y categorización de bienestar psicológico	17
Figura 4 Modelo de atención crónica (MAC).....	23
Figura 5 Evolución de principales enfermedades crónicas causas de muerte 1997 a 2018.....	31
Figura 6 Número de muertes por enfermedad crónica 2008-2018 en la ciudad de Guayaquil.....	33
Figura 7 Porcentaje de personal de acuerdo con el tipo de contratación.	34
Figura 8 Número de atenciones mensuales en área de consulta externa.....	36
Figura 9 Número de diagnósticos definitivos de las ocho primeras patologías crónicas en el HOSNAG 2019	37
Figura 10 Sexo de la muestra	45
Figura 11 Niveles de escolaridad de la muestra.....	45
Figura 12 Situación laboral de la muestra.....	46
Figura 13 Proporción de pacientes con enfermedad crónica	46
Figura 14 Estado de salud percibido de la muestra total.....	47
Figura 15 Estado de salud percibido por tipo de paciente crónico - no crónico ...	47
Figura 16 Enfermo más fácilmente que el resto de personas.....	48
Figura 17 Enfermo más fácilmente que el resto de personas crónicos vs no crónicos	49
Figura 18 Estoy tan sano como cualquiera crónico vs no crónicos	49
Figura 19 Estoy tan sano como cualquiera crónicos vs no crónicos.....	50
Figura 20 Creo que mi salud va a empeorar	50
Figura 21 Creo que mi salud va a empeorar crónicos vs no crónicos.....	51
Figura 22 Mi salud es excelente muestra total	51
Figura 23 Mi salud es excelente crónicos vs no crónicos	52
Figura 24 Evolución de salud: ¿en comparación al año anterior su salud se encuentra? Muestra total	52
Figura 25 Evolución de salud: ¿en comparación al año anterior su salud se encuentra? Crónicos vs no crónicos.....	53

Figura 26 Nivel de salud general	54
Figura 27 Niveles de limitación en actividades físicas pacientes con enfermedad crónica.....	55
Figura 28 Niveles de limitación en actividades físicas pacientes sin enfermedad crónica.....	56
Figura 29 <i>¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? Crónicos vs no crónicos</i>	56
Figura 30 <i>¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? Crónicos vs no crónicos</i>	57
Figura 31 <i>¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? Crónicos vs no crónicos</i>	58
Figura 32 <i>¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?, Crónicos vs no crónicos</i>	58
Figura 33 <i>Se sintió lleno de vitalidad Crónicos vs no crónicos</i>	60
Figura 34 <i>Tuvo mucha energía Crónicos vs no crónicos</i>	61
Figura 35 <i>Se sintió agotado Crónicos vs no crónicos</i>	61
Figura 36 <i>Se sintió cansado Crónicos vs no crónicos</i>	62
Figura 37 <i>Se sintió nervioso Crónicos vs no crónicos</i>	63
Figura 38 <i>Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle Crónicos vs no crónicos</i>	64
Figura 39 <i>Se sintió calmado y tranquilo Crónicos vs no crónicos</i>	64
Figura 40 <i>Se sintió desanimado y deprimido Crónicos vs no crónicos</i>	65
Figura 41 <i>Se sintió feliz Crónicos vs no crónicos</i>	65
Figura 42 <i>¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional? Crónicos vs no crónicos</i>	67
Figura 43 <i>¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional? Crónicos vs no crónicos</i>	67
Figura 44 <i>¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional? Crónicos vs no crónicos</i>	68
Figura 45 <i>Puntajes promedios de las variables de estudio crónicos vs no crónicos</i>	69
Figura 46 <i>Fases del programa para la salud mental</i>	78
Figura 47 <i>Prevalencia por niveles de salud mental</i>	81

Resumen

Diversos estudios se han centrado en el estudio de variables relacionadas a la calidad de vida y el bienestar mental que reflejan desde una perspectiva más amplia y completa el bienestar del paciente con enfermedad crónica, yendo más allá de solo el control biomédico. La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la funcionalidad física y el bienestar mental de los pacientes con enfermedades crónicas en el Hospital Naval Guayaquil para la propuesta de un programa de apoyo social y asistencial al grupo de estudio. Para ello, se realizó un estudio cuantitativo, transversal de tipo descriptivo y correlacional. Se encuestó a un total de 53 (37%) pacientes crónicos y 90 (63%) pacientes sin enfermedad crónica, el cuestionario evaluó la salud en general, funcionalidad física y salud mental a través de la escala SF-36. Los hallazgos revelaron que tanto los niveles de función física y salud mental difieren significativamente entre los grupos crónicos y no crónicos. Los pacientes con enfermedad crónica reportaron niveles de función física y salud mental significativamente más bajos. La relación entre función física y salud mental resultó solo significativa e importante en magnitud para los pacientes con enfermedad crónica. Las intervenciones propuestas fueron plan de actividad física y visitas programadas al psicólogo sobre las cuales se proponen un monitoreo y evaluación adecuada para probar su efectividad.

Palabras clave: enfermedad crónica, salud general, funcionalidad física, salud mental, vitalidad.

Abstract

Several studies have focused on the study of variables related to quality of life and mental well-being that reflect from a broader and more comprehensive perspective the well-being of patients with chronic disease, going beyond just biomedical control. The objective of this research was to evaluate the physical functionality and mental well-being of patients with chronic diseases at the Guayaquil Naval Hospital for the proposal of a social and assistance support program for the study group. For this, a quantitative, cross-sectional descriptive and correlational study was carried out. A total of 53 (37%) chronic patients and 90 (63%) patients without chronic disease were surveyed; the questionnaire assessed general health, physical functionality and mental health through the SF-36 scale. The findings revealed that both the levels of physical function and mental health differ significantly between the chronic and non-chronic groups. Patients with chronic disease reported significantly lower levels of physical function and mental health. The relationship between physical function and mental health was only significant and important in magnitude for patients with chronic disease. The proposed interventions were a physical activity plan and scheduled visits to the psychologist on which adequate monitoring and evaluation are proposed to prove their effectiveness.

Keywords: chronic disease, general health, physical functionality, mental health, vitality.

Introducción

Las enfermedades crónicas son una de las principales causas de mortalidad en varios países alrededor del mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008). Ecuador no es la excepción. De hecho, en el país entre las principales causas de muerte se encuentran enfermedades como las enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes mellitus y las enfermedades hipertensivas (OMS, Organización Panamericana de la Salud, [PAHO] y Ministerio de la Salud de Ecuador [MSP], 2014). Es así que esta investigación se dirige hacia el estudio de este grupo poblacional con padecimiento de enfermedades crónicas, caracterizadas por un deterioro de la salud constante y de larga duración, lo cual se traduce en un desgaste físico, pero también emocional y mental.

En la actualidad, diversos investigadores se han centrado en el estudio de variables relacionadas a la calidad de vida, el bienestar mental, la depresión y ansiedad, disfuncionalidad emocional, entre otros términos cercanos que reflejan desde una perspectiva más amplia y completa el bienestar del paciente con enfermedad crónica, yendo más allá de solo el control biomédico (Singer, Hopman & McKenzie, 1999; Vinaccia & Orozco, 2005; Diez-Canseco et al., 2014). Es así que estudios actuales (Carta, Patten, Nardi & Bhugra, 2017), establecen que es necesario acoger el reto de entender las dimensiones psicológicas, sociales y culturales de las enfermedades y estado de salud. En consecuencia, el presente estudio pretende analizar y relacionar el bienestar físico y bienestar mental en una muestra de pacientes con enfermedades crónicas tomada en un hospital de una de las urbes más grande del país ecuatoriano: el Hospital Naval Guayaquil (HOSNAG).

El HOSNAG es una unidad hospitalaria clasificada como Hospital General de segundo nivel y de IV nivel de complejidad y se encuentra ubicado específicamente en el sector sur de la ciudad de Guayaquil, en la parroquia Ximena. Así, dada la estructura de esta unidad tiene la capacidad de atender un gran número de pacientes, entre ellos pacientes con

enfermedades crónicas. Además, al tener acceso y el permiso necesario es factible la recolección de datos en sus espacios, la cual requerirá la aplicación de cuestionarios estructurados a los pacientes que cumplan con los criterios necesarios para el estudio y que acuden a esta unidad hospitalaria. Así, el presente trabajo sigue el esquema de una investigación cuantitativa, por lo cual se estructuró en cuatro capítulos que cumplen con las fases necesarias de investigación, a continuación, se detalla un breve resumen de los capítulos desarrollados.

El capítulo primero aborda una parte esencial de los componentes de investigación la cual consiste en la revisión teórica. En este acápite se revisan teorías y conceptos respecto a la calidad de vida, calidad de vida en relación a la salud, bienestar físico-funcional y bienestar mental y dichos conceptos son tratados desde la perspectiva de autores que han estudiado específicamente a pacientes con enfermedades crónicas.

El capítulo segundo se dedica a una revisión de evidencia empírica el cual permite observar las tendencias actuales en los estudios que han abordado la medición o evaluación del bienestar de pacientes que involucren sus diferentes dimensiones como el aspecto físico, mental, emocional, social entre otros. Este acápite nos sirve para identificar los métodos más adecuados para la medición de estos conceptos y para la construcción del cuestionario que será utilizado para la recolección de datos.

El capítulo tercero se dedica a construir la metodología apropiada de acuerdo a la revisión de literatura realizada en el acápite anterior. En esta sección se describe el tipo y enfoque de la investigación, los instrumentos y técnicas de recolección y análisis de datos, y las variables de estudio.

Finalmente, el capítulo cuarto presenta la propuesta compuesta de estrategias dirigidas a pacientes con enfermedades crónicas, en busca de mejorar diferentes aspectos o

dimensiones de la calidad de vida, tales como los componentes del bienestar físico y el bienestar mental – emocional.

Antecedentes

Es importante iniciar reconociendo la conceptualización multidimensional del término salud evidenciada en una de las definiciones más aceptadas, difundidas y más tempranas dada por la Organización Mundial de la Salud (2006) que refiere a la salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social” (p. 29). Resulta evidente que dicha definición involucra aspectos físicos y mentales, por lo cual a partir de las décadas de los ochenta diversos autores han ido incluyendo todos estos componentes en los diferentes modelos de evaluación de salud (Bergner, 1985) y así también se ha evidenciado que la salud física y mental se encuentran positivamente asociada (Wells, Golding & Burnam, 1988).

De acuerdo con Wells et al. (1988) la evaluación del bienestar mental a través de medidas auto-reportadas cobró valor y emergió durante la Segunda Guerra Mundial, cuando los reclutadores de soldados necesitaban hacer un sondeo previo para observar a aquellos jóvenes adultos que podrían tener un alto riesgo de desarrollar enfermedades como estrés psicológico. Subsecuentemente una diversidad de instrumentos fue elaborada para la evaluación del bienestar mental en diferentes grupos tales como grupos por clase social, grupos con enfermedades mentales crónicas, grupos con enfermedades dolorosas como el cáncer, entre otros.

En particular, el estudio de Hays y Stewart (1990) elaboraron un modelo de salud auto reportada con más de mil pacientes con una o más enfermedades crónicas. En el modelo, los autores establecen la salud física definida por medidas de funcionamiento físico, limitaciones de roles, satisfacción con la capacidad física y movilidad; y la salud mental definida por depresión, afecto positivo, ansiedad y sentimientos de pertenencia. La conclusión de este estudio, ayudó a confirmar que la salud física y mental son dos constructos con un alto nivel

de independencia y muy bien diferenciados y que por lo tanto necesitan ser representados de manera separada para una comprensión y evaluación completa del estado de salud en pacientes crónicos.

Estudios posteriores han reafirmado la importancia de alinearse a las propuestas anteriores de los autores de incluir el aspecto mental en los pacientes con enfermedades crónicas. Por ejemplo, Turner y Kelly (2000) quienes escribieron sobre las dimensiones emocionales de la enfermedad crónica, mencionaron un estudio que encontró que entre un 20% a 25% de los pacientes con enfermedades de diabetes y artritis reumatoide reportaron un desorden afectivo. Los autores manifestaron que, a pesar de estas cifras, en diversos países, todavía existen desafíos en el reconocimiento y manejo de las dimensiones psicológicas y sociales de las enfermedades crónicas.

Problema de Investigación

Un primer aspecto que destacar dentro del problema de investigación es el grado de incidencia que actualmente tienen las enfermedades crónicas a nivel mundial, nacional y local. La OMS (2014) afirma que este tipo de enfermedades, donde se incluyen males cardiovasculares, diabetes, insuficiencia renal, entre otros, tiene consecuencias humanas, sociales y económicas importantes. Sobre todo, las pérdidas económicas derivadas de las enfermedades crónicas son aún más significativa en países de ingresos medios bajos.

En Ecuador, la OMS en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (PAHO por sus siglas en inglés) y el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2018) gracias a la Encuesta STEPS encontraron como los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNP) el bajo consumo de frutas, consumo de alcohol, consumo de tabaco y la actividad física insuficiente. Dichos factores, se reflejan en las cifras dadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC, 2018) que reportó que tres de cada diez niños y seis de cada diez adultos presentan sobrepeso u obesidad; y uno de cada cuatro

adultos reporta una actividad física insuficiente; uno de cuatro adultos ha tenido un episodio de consumo de alcohol excesivo. Estos patrones en la población ecuatoriana representan una circunstancia alarmante pues significará no solo un deterioro del bienestar de los ecuatorianos sino también una demanda más alta y costosa al sistema de salud nacional. Sin embargo, el presente trabajo se centra en el costo humano que dichas enfermedades representan.

Este enfoque, surge del reconocimiento de una coexistencia de trastornos psicológicos, como la depresión, con el nivel discapacidad y la calidad de vida deteriorada en muchas enfermedades crónicas y además la respuesta al tratamiento de dicha enfermedad puede en algunos casos ineficientes debido a esta coexistencia de malestares psicológicos (Carta, Patten, Nardi & Bhugra, 2017). Esto revela que tanto el cuidado del bienestar físico como mental son clave para el tratamiento y el control de una enfermedad crónica.

En el HOSNAG se reciben aproximadamente un 13% de visitas de consulta externa están relacionadas a enfermedades crónicas tales como obesidad, diabetes, problemas cardiacos, dorsalgias crónicas, hipertensión entre otras, que muchas veces se encuentra, a su vez, relacionadas entre sí haciendo que el estado de salud y la calidad de vida de estos pacientes disminuya considerablemente. A nivel médico, se conoce las consecuencias físicas de cada una de estas enfermedades, las mismas que son tratadas desde solo este punto de vista. Por ende, es necesario, dentro de la institución resaltar también las consecuencias sobre la salud mental del paciente al llevar una vida con una enfermedad crónica. Se debe reconocer, además, que el impulso del bienestar mental tiene el potencial de mejorar los resultados del tratamiento médico y por ende reducir la demanda de salud de este grupo de pacientes, así los recursos hospitalarios que dicho grupo demanda en el HOSNAG también podrían verse optimizados. Mediante este estudio, se pretende instaurar una visión en la institución, que se fundamente en el bienestar global del paciente.

Formulación del Problema

A partir de los antecedentes y la descripción del problema de investigación, se definen las variables objeto de estudio las cuales se ven reflejadas concretamente en la siguiente pregunta central de investigación:

¿Cuál es el estado de funcionalidad física y bienestar mental de los pacientes que padecen enfermedad crónica en el Hospital Naval Guayaquil?

Justificación

La presente investigación tiene su pertinencia a nivel social, institucional y académico. En el aspecto social, destacamos la persona como el objetivo central de todas las instituciones sanitarias, las cuales tiene la responsabilidad de proveer servicios de salud accesibles y oportunos con miras a conservar la calidad de vida de la población. Bajo este mismo criterio, se puede revisar las políticas del gobierno, el cual en su planificación nacional denominada Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025, en su objetivo 6 menciona “Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad” (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [Senplades], 2021, p. 66). La Senplades (2021), en esta idea se resalta que la salud debe ser concebida como un derecho humano y además abordarlo de una manera integral, considerando aspectos no solo físicos sino también psicosociales y sus respectivos vínculos. Con base a lo mencionado, existe un fundamento para la realización de este estudio donde se pretende detectar algunos factores que pueden mejorar el estado actual de aquellos que padecen enfermedades crónicas que no solo representan un obstáculo para el individuo enfermo, sino que también constituye una barrera para el desarrollo económico y social del país.

A nivel institucional, el HOSNAG requiere de estudios que centren su atención en el bienestar de sus pacientes, no solo físico sino también psicológico. Desde la perspectiva médica, se reconoce que el estado psíquico de la persona juega un rol esencial en el apego al

tratamiento y la recuperación, sobre todo cuando se habla de personas con enfermedades que tienen la característica de degradar la calidad de vida con el transcurso de los años. Por tanto, se espera poder detectar dicho estado mental negativo y en base a ello plantear estrategias que permitan superar dicho malestar psicológico, lo cual permitirá atender a los pacientes crónicos de una manera más efectiva.

Finalmente, tras la revisión y análisis de las líneas de investigación dadas por la Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud, se determinó que el presente trabajo significaría un aporte importante dentro de la línea denominada *Epidemiología para la gestión de hospitales complejos de centros de responsabilidad*. A manera de explicación, la epidemiología permite “el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud” (OMS, 2008, parr.1). En este micro estudio, en una unidad hospitalaria de Nivel II, se pretende identificar la incidencia y el rol del estado mental y otros factores psicológicos en los niveles de bienestar físico y funcional, y por tanto en el estado de salud y avance de la enfermedad en los pacientes crónicos. Como un último sustento del aporte en esta línea de investigación, se puede citar lo dicho por Castro, Gómez, Negrete y Tapia (1996) respecto a las enfermedades crónicas y la importancia del estudio de su epidemiología y es que

La transición epidemiológica obliga a analizar la magnitud del proceso salud-enfermedad desde la perspectiva del incremento en la prevalencia, las necesidades de prevención, los costos de la atención de estas enfermedades, las necesidades de rehabilitación y la planeación de los servicios de salud que deben atender una demanda creciente de servicios médicos especializados, de alto costo, dependientes de la tecnología y de bajo impacto en la salud poblacional (p. 440).

Preguntas de investigación

Con el fin de clarificar el tema de investigación y sus pasos, se plantearos cuatro preguntas de investigación, expuestas a continuación:

1. ¿Qué modelos teóricos y conceptos son necesarios para la comprensión de la funcionalidad física y el bienestar mental en individuos con enfermedades crónicas?
2. ¿De qué forma se puede medir y evaluar la funcionalidad física y bienestar mental de pacientes con enfermedades crónicas?
3. ¿Cuál es el nivel de funcionalidad física y del bienestar mental de los pacientes con enfermedades crónicas en el Hospital Naval Guayaquil?
4. ¿Qué estrategias se pueden proponer para promover un estado mental óptimo en los pacientes con enfermedades crónicas que les permita obtener un tratamiento y cuidado de su enfermedad más constante y efectivo para el mantenimiento de su funcionalidad física?

Hipótesis

Los antecedentes revisados permiten proponer la siguiente hipótesis de estudio donde se reflejan las variables de estudio:

H: Existe una relación positiva significativa entre la funcionalidad física y el bienestar mental de los pacientes con enfermedad crónica que acuden al Hospital Naval Guayaquil

Objetivos de la investigación

Se plantearon un objetivo general y cuatro objetivos específicos, los cuales se consideraron esenciales para responder a la hipótesis y preguntas de investigación formuladas.

Objetivo general

Evaluar la funcionalidad física y el bienestar mental de los pacientes con enfermedades crónicas en el Hospital Naval Guayaquil para la propuesta de un programa de apoyo social y asistencial al grupo de estudio.

Objetivos específicos

1. Revisar la fundamentación teórica que permita la comprensión de los conceptos asociados a la funcionalidad física y el bienestar mental de pacientes con enfermedades crónicas.
2. Diseñar un instrumento para la medición de la funcionalidad física y bienestar mental en pacientes que padecen alguna enfermedad crónica.
3. Determinar los niveles de funcionalidad física y bienestar mental de los pacientes con enfermedades crónicas que acuden al Hospital Naval de Guayaquil.
4. Proponer un programa de apoyo social y asistencia para la mejora de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas en el Hospital Naval de Guayaquil.

Capítulo I

Marco Teórico – Conceptual

El presente capítulo presenta una revisión teórica relacionada a estado de salud y sus componentes. Para conocer a qué se refiere el concepto de salud se muestran diferentes autores que han definido y establecido modelos para comprender que la salud se trata únicamente de la ausencia de enfermedad, sino que existen una serie de parámetros necesarios para el alcance del bienestar completo del ser humano. Así, se inicia con la presentación de modelos teóricos que reflejan los componentes de salud. Luego, se tratan específicamente el componente psicológico y el componente físico o de funcionalidad. Finalmente, se analizarán estos componentes en el caso particular de individuos con enfermedad crónica.

Fundamentación teórica

Este apartado está dirigido a la revisión de teorías y argumentos estrechamente relacionados con la salud, y dentro de ella la parte de la salud o bienestar mental y la parte física y funcionalidad. Todos estos aspectos se revisan en esta sección a partir de las ideas y teorías propuestas por autores clave. Finalmente, esta parte terminará con el análisis de la salud específicamente en pacientes con enfermedades crónicas.

Componentes del Estado de Salud

Bergner (1985) explicó que, en un inicio, aproximadamente en los años 1960, la salud era estimada o medida desde las tasas de mortalidad, las cuales se creía que daban una medida relevante y sensible de la salud de las poblaciones. Después de esta década, se observó que este indicador de mortalidad no encajaba y ya no era sensible con los cambios que se habían dado en la salud y en los servicios de salud de las poblaciones. Así, se tomó luego la medida de las tasas de morbilidad. Sin embargo, el autor explica que dichos indicadores no fueron suficientes para desarrollar una medida agregada de la salud, y que se evidenciaba una

deficiencia en la definición conceptual de lo que es salud y que por ende era imposible trasladar dicha definición a una definición operacional apropiado.

Luego, sostuvo Bergner (1985), surgió una definición dada por Sigerist (1980), que permitió una perspectiva nueva. Sigerist manifestó que un individuo saludable es aquel que tiene un buen balance mental y corporal, y bien adaptado a su ambiente físico y social; es aquel que está en control completo de sus recursos físicos y mentales, puede adaptarse a los cambios ambientales en tanto no excedan sus límites normales; y por supuesto, contribuye a la riqueza de la sociedad de acuerdo a sus habilidades. La salud es, por lo tanto, no simplemente la ausencia de la enfermedad: la salud es algo positivo, una actitud de disfrute ante la vida, y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida demanda al individuo.

Con esta definición, Bergner (1985) expresó que se logró resaltar el aspecto positivo del concepto de salud. Sin esta perspectiva, las medidas de estado de salud estarían todavía basadas en indicadores de enfermedad, un punto de vista negativo de la salud. Con estos antecedentes, el autor propuso el modelo presentado en la Figura 1, el cual consta de cinco dimensiones: (a) los antecedentes genéticos o características inherentes que forman la estructura básica sobre la cual el resto de aspectos del estado de salud se construirás; (b) las condiciones bioquímicas, fisiológicas y anatómicas en las cuales se incluyen la enfermedad, discapacidad, o minusvalía, evidente o no; (c) la condición funcional, en la cual se incluye el desempeño de las actividad diarias de la vida, como trabajar, caminar o pensar; (d) la condición mental, que incluye la autopercepción del estado de humor, emociones o sentimientos; (e) el potencial de la salud del individuo, que incluye la longevidad, potencial de funcionalidad, y el pronóstico de enfermedad o discapacidad.

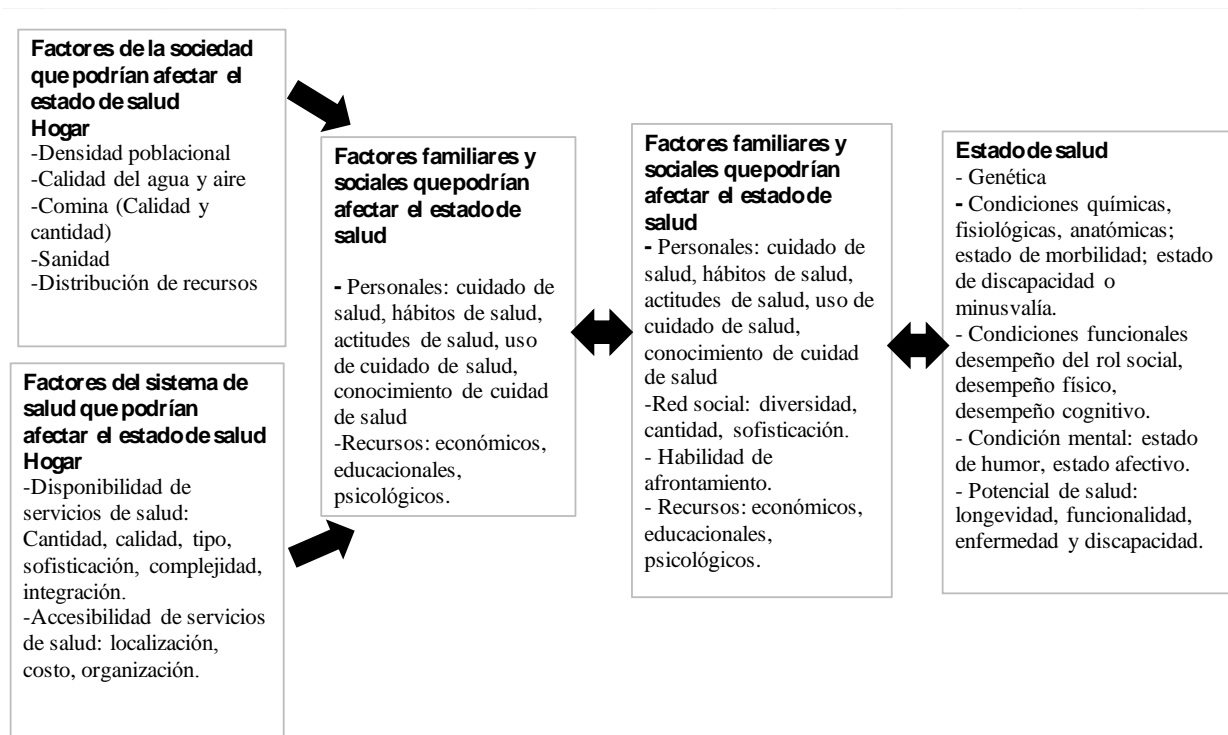


Figura 1 Las dimensiones de estado de salud y los factores que inciden de Bergner.
Adaptado de "Measurement of health status." Por Bergner M., 1985, Medical Care, 23, p. 699.

Así mismo, Bourne (2009) manifestó que la salud es una construcción multidimensional que va más allá de las disfunciones (enfermedades, dolencias o lesiones) y la OMS comenzó este marco conceptual ampliado a fines de la década de 1940 donde la salud se compone de muchos otros elementos más a parte de la ausencia de morbilidad. La definición de salud propuesta por la OMS (1946) es: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (p. 100).

Por otro lado, otro autor que estableció un modelo de salud fue Engel (1960), el autor fue el primero en desarrollar el modelo biopsicosocial que puede usarse para examinar y tratar la salud de pacientes con enfermedades mentales. El modelo biopsicosocial de Engel se ajustaba tanto a la perspectiva de salud de la OMS como a un modelo conceptual de salud.

Así mismo, Bourne (2009) señaló que los psicólogos han argumentado que el uso de enfermedades para representar la salud es unidireccional (o negativo), y que la inclusión de

las condiciones sociales, económicas y psicológicas en la salud es más amplia y más acorde con la definición de salud de la OMS. Por ello, en su estudio presentó un modelo de salud autoreportada, desarrollado originalmente por Grossman (1972), el cual está determinado por:

$$H_t = f(H_{t-1}, G_0, B_t, MC_t, ED)$$

Donde H_t es el estado de salud en el periodo actual, H_{t-1} es el estado de salud en el periodo pasado, B_t representan hábitos de consumo de alcohol y cigarrillo, G_0 son los hábitos saludables como ejercicio físico, MC_t es el uso de servicios médicos, ED es la educación de todos los miembros de la familia y todas las fuentes de ingreso del hogar.

El modelo de Grossman ayudó a redefinir el marco teórico dado por la OMS y Engel, pero posteriormente, otros autores, Smith y Kington (1992) complementaron el modelo de Grossman con la siguiente definición:

$$H_t = f(H_{t-1}, P_{mc}, P_o, ED, E_t, R_t, A_t, G_o)$$

Donde H_t es el estado de salud en el periodo actual, H_{t-1} es el estado de salud en el periodo pasado, P_{mc} es el precio del servicio médico, P_o es costo de los recursos sanitarios, ED es la educación de cada miembro de la familia, E_t son los recursos e ingresos del hogar, G_o son los antecedentes familiares y genéticos, R_t es el ingreso de jubilación, A_t es el ingreso de los activos.

Al final de esta sección, podemos observar que el estado de salud es un concepto multidimensional, que requiere múltiples indicadores y múltiples metodologías para una medición adecuada. Generalmente se incluyen varios indicadores diferentes del estado de salud en las encuestas de salud, incluidas las medidas de resumen individuales; preguntas relacionadas con la incidencia y prevalencia de la enfermedad; y preguntas relacionadas con el funcionamiento (físico, cognitivo, emocional y social) o discapacidad (Madans & Webster, 2015). Este estudio se tratará, en cierta medida, abordar dichos componentes, y esta revisión resulta esencial para reconocer cuáles son los elementos esenciales que deben ser

considerados para evaluar no solo la salud del individuo, sino su bienestar, el cual llega a ser un sinónimo de un estado de salud óptimo.

Bienestar mental, salud mental y bienestar psicológico

Wells (1987) mencionó que las medidas de trastornos psiquiátricos y la angustia o estrés psicológico surgieron de los esfuerzos para descartar a los reclutas del ejército en la Segunda Guerra Mundial que podrían estar en alto riesgo de tal enfermedad. Posteriormente, se desarrollaron medidas similares para examinar la prevalencia de la enfermedad mental, para evaluar la relación de la enfermedad mental con la clase social y otros factores. Sin embargo, mucho se ha hecho en los años posteriores y esta sección está dirigida a comprender que la salud mental no es simplemente la ausencia de un trastorno o enfermedad psiquiátrica.

De acuerdo con la OMS (2020) la salud mental está relacionada con el bienestar mental y psicológico y existe una responsabilidad de mejorar la salud mental de las personas y la sociedad en general mediante la promoción del bienestar mental, la prevención de los trastornos mentales, la protección de los derechos humanos y la atención de las personas afectadas por los trastornos mentales.

Entre los componentes de la salud mental se incluyen bienestar subjetivo, autoeficacia percibida, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y autorrealización del potencial intelectual y emocional, entre otros (OMS, 2001). Mientras, Hays y Stewart (1990) explicó que la salud mental se puede definir por cuatro medidas afectivas: depresión o control emocional, afecto positivo, ansiedad, y sentimientos de pertenencia. Sin embargo, desde una perspectiva intercultural, es casi imposible definir la salud mental de manera integral. En general, los investigadores han reconocido que la salud mental es más amplia que solo la falta de trastornos mentales.

Los factores que impactan la salud mental es una múltiple gama de factores sociales, psicológicos y biológicos. Entre ello, la OMS (2018) menciona como factores de riesgo importantes: la violencia física o psicológica, las presiones socioeconómicas persistentes, cambios sociales rápidos o repentinos, condiciones laborales estresantes, discriminación de género, exclusión social, estilo de vida poco saludable, enfermedades físicas y violaciones de los derechos humanos. Otros factores incluyen factores psicológicos y de personalidad específicos que hacen que las personas sean vulnerables a los problemas de salud mental y los riesgos biológicos incluyen factores genéticos.

Entre los factores socioeconómicos, la OMS (2001) estableció un esquema que permite entender la relación compleja entre pobreza y la salud mental (Figura 2). La teoría indica que existe una mayor prevalencia en los grupos con escasos recursos, debido a que los individuos podrían tener una mayor predisposición a morbilidad mental cuando enfrentan situaciones sociales económicas complicadas. A su vez, estos grupos tienen menor capacidad de acceso a atención de salud mental y las consecuencias también se verán como un impacto económico como un aumento en su gasto de salud, pérdida de su trabajo o reducción de su capacidad de trabajar, entre otros.

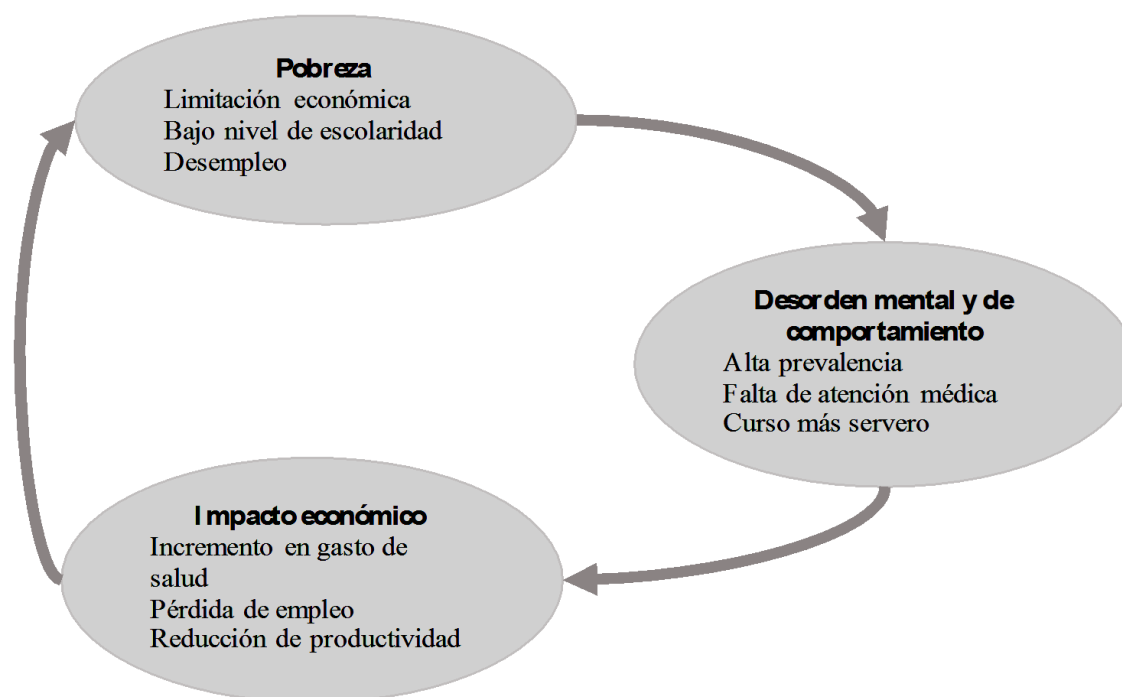


Figura 2 Relación de factores socioeconómicos y salud mental.

Adaptado de The World health report: 2001: Mental health : new understanding, new hope. Por la OMS, 2001, p. 14.

Dentro de los componentes de la salud mental, el constructo de bienestar y específicamente el bienestar psicológico ha tenido un creciente interés en las investigaciones en el campo de la salud. El bienestar psicológico puede ser definido como una experiencia subjetiva de sentimientos positivamente balanceados o evaluaciones cognitivas que incluyen la activación de afecciones sutiles como calma o satisfacción, o afecciones intensas como excitación o emoción (Hernández et al., 2018). Con el fin de esquematizar este constructo complejo la Figura 3 presenta dos dominios del bienestar psicológico, estos son: hedónico y eudaimonía (prosperidad). El dominio hedónico incluye atributos como placer, felicidad, afecto positivo y satisfacción con la vida; mientras que el dominio eudemonía incluye el sentido y el propósito de la vida, la autorrealización y la autonomía (Hernández et al., 2018).

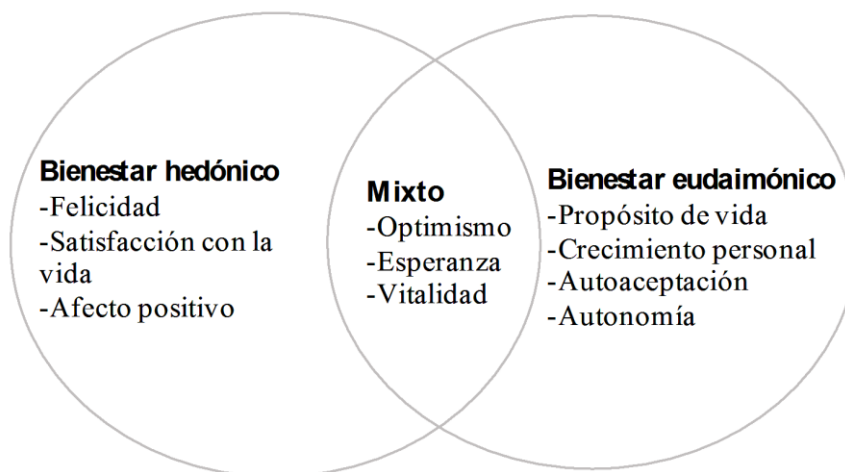


Figura 3 Concepción y categorización de bienestar psicológico

Adaptado de “Psychological well-being and physical health: Associations, mechanisms, and future directions.” por Hernandez, R., Bassett, S., Boughton, S., Schuette, S., Shiu, E., & Moskowitz, J., 2018, *Emotion Review*, p. 20.

Funcionalidad y funcionalidad física

La funcionalidad es un componente importante de la salud e incluye funcionalidad sensorial, física, cognitiva, emocional y social; en concreto, la funcionalidad captura el camino mediante el cual las condiciones de salud impactan en la participación social (Madans & Webster, 2015). De manera simple, Bergner (1985) en su modelo de estado de salud, refirió a la funcionalidad como el desempeño de las actividades diarias como trabajar, caminar y pensar. Además, el autor señaló que la funcionalidad estará siempre vinculada con el resto de las dimensiones del estado de salud; por ejemplo, el estrés mental puede ocasionar hábitos pobres de descanso o una decaída de energía lo cual se verá reflejado en la funcionalidad física y a su vez también existirá un efecto contrario, una pobre funcionalidad física podría significar cansancio mental o emocional (Wells, 1987).

En base a esta última idea, esta investigación se centra especialmente en la funcionalidad física, esperando que su medición nos brinde una perspectiva parcial del estado del resto de las dimensiones de salud. De hecho, algunos instrumentos de funcionalidad se centran en el desempeño de roles sociales – como acudir al trabajo, estudiar, entre otros – y

omiten la distinción entre funcionalidad física, cognitiva y emocional. La medición del estado de funcionalidad, aunque compleja, ha mostrado un grado de fiabilidad aceptable mediante tests autoreportados (Madans & Webster, 2015).

Hays y Stewart (1990) hicieron un énfasis en su estudio respecto a la discriminación entre las dos dimensiones de salud: salud mental y salud física; explicando que establecer la distinción en estos dos constructos es crítico para confiar en las mediciones de salud autoreportadas. Estos autores también definen a la funcionalidad física como la capacidad de ejecutar una serie de actividades físicas como bañarse, vestirse, correr y participar en actividades sociales tales como deportes. Otra distinción relevante, la mencionó Singer, Homan y MacKenzie (1999) quienes expresaron que mientras la funcionalidad física tiende a deteriorarse con la edad, la funcionalidad mental puede mantenerse más estable.

Funcionalidad física y bienestar psicológico en pacientes con enfermedades crónicas

Independientemente de la edad de inicio, si se conoce su origen o si sus manifestaciones son principalmente físicas o psicosociales, esencialmente todas las afecciones crónicas presentan un conjunto común de desafíos para los pacientes y sus familias: lidiar con síntomas, discapacidad, impactos emocionales, regímenes complejos de medicamentos, ajustes de estilo de vida difíciles y la obtención de atención médica útil; en consecuencia, muchas personas con enfermedades crónicas luchan con las demandas físicas, psicológicas y sociales de su enfermedad (Wagner et al., 2001). Así, se puede observar que tanto el lado físico como psicológico se puede ver afectado en pacientes crónicos.

Carta et al. (2017) explicaron que en si bien se reconoce que desórdenes mentales pueden ser productos del inicio y avance de una enfermedad crónica, también el estado mental no saludable afectará la efectividad del tratamiento de la enfermedad crónica inicialmente detectada. Por ejemplo, la coexistencia de un trastorno como la depresión es el principal determinante de la baja funcionalidad física y la calidad de vida deteriorada en

muchas enfermedades crónicas, y se ha demostrado que, a menos que ambas afecciones se traten al mismo tiempo, la respuesta al tratamiento puede ser pobre, explicaron los autores. Entre otras evidencias, Fornaro et al. (2017) citado por Carta et al. (2017) también hallaron que los pacientes con enfermedades crónicas cardíacas presentan un estado de morbilidad más frecuente y mayor riesgo de mortalidad cuando sufren de desórdenes emocionales y dicha relación es bidireccional.

Por otro lado, Hernández et al. (2018) citaron diversos estudios con el fin de corroborar que el bienestar psicológico está relacionado con un mejor pronóstico y desaceleración de la enfermedad en pacientes en condiciones crónicas. Sin embargo, los autores explicaron que debido a la gran variedad de formas de medición del bienestar psicológico, las técnicas aplicadas para relacionarlo con los síntomas de la enfermedad crónica tales como la intensidad de dolor o síntomas físicos adversos y la diversidad de muestras con participantes con distintas condiciones crónicas, todavía no se puede establecer efectos y resultados consistentes de la relación salud mental y bienestar físico.

Hays y Stewart (1990) establecieron como dimensiones de la salud física en pacientes con enfermedad crónica las limitaciones de rol dadas por la salud física, la condición física, la satisfacción con la habilidad física y la movilidad. Los autores se dedicaron a establecer la distinción de este constructo de la dimensión de salud mental, de tal forma que una vez identificada dicha distinción se reconozca que la política de salud debe estar dirigida a promover el estado positivo de ambas dimensiones. Por ejemplo, el apoyo social en los pacientes crónicos ha demostrado ser una herramienta efectiva para mejorar su salud mental pero no tan efectivo en la mejora de su estado de salud física. Así, la distinción de la naturaleza de estos dos conceptos es necesario para reconocer qué mecanismos serán efectivos para la mejora del bienestar del paciente crónico.

Intervenciones, estado de salud y las enfermedades crónicas

En general, las enfermedades crónicas son lentas en progresión, de larga duración y requieren tratamiento médico, la mayoría de las enfermedades crónicas tienen el potencial de empeorar la salud general de los pacientes al limitar su capacidad de vivir bien, limitar el estado funcional, la productividad y la calidad de vida (Megari, 2013). Entre estas enfermedades se encuentran el cáncer, enfermedades del corazón, derrame cerebral, diabetes, VIH, enfermedades intestinales, enfermedad renal y enfermedades del sistema nervioso central. Y, una característica adicional de estas enfermedades es que requieren de largos periodos de observación, supervisión y cuidado (Reynolds et al., 2018).

Los pacientes con afecciones crónicas representan la mayoría del gasto de la atención médica, por ello el objetivo principal de la atención médica para estos pacientes es maximizar su funcionalidad en la vida cotidiana para lograr el más alto nivel de bienestar; el logro de este objetivo puede reducir los costos de atención médica, por estos motivos y porque el estado funcional y bienestar son altamente valorados por los pacientes, se convierten en resultados esenciales del servicio médico (Stewart et al., 1989).

La investigación de los componentes del bienestar en enfermedades crónicas es necesaria para la creación de intervenciones. Los factores que se encontraron asociados con el bienestar en enfermedades crónicas podrían usarse para el diseño de programas de intervención. Las intervenciones fortalecerían las acciones de salud pública para controlar las enfermedades crónicas. Las intervenciones de salud también son muy útiles para los pacientes con diferentes enfermedades crónicas y el personal médico y podrían convertirse en una rutina médica en la atención diaria de dichos pacientes (Megari, 2013).

Los estudios de intervención incluyen entrenamiento físico, entrenamiento de relajación, educación para la salud y programas de manejo del estrés, muy útiles para pacientes crónicos (Megari, 2013). Para una mejor presentación y comprensión de cómo

pueden funcionar las intervenciones en pacientes con enfermedades crónicas se presenta un modelo de atención de salud.

Un modelo encontrado fue el modelo de atención crónica (MAC) fue desarrollado en la década de 1990 por Wagner et al. como marco para mejorar la calidad de la atención crónica, el cual es un enfoque organizacional para el cuidado de personas con enfermedades crónicas que es particularmente aplicable en el entorno de atención primaria (Reynolds et al., 2018). Los seis elementos del MAC operan dentro del contexto del individuo, la comunidad, equipo sanitario y el sistema de atención médica (Figura 4). De acuerdo a Wagner et al. (2001) el modelo se puede usar como una guía para mejorar el sistema para proporcionar un manejo de enfermedades crónicas de mayor calidad, a través de los siguientes mecanismos:

- Apoyo efectivo para la autogestión: ayuda a activar e informar a los pacientes y sus familias para enfrentar mejor los desafíos de vivir y tratar enfermedades crónicas; mediante la educación del paciente enfatizando la adquisición de conocimientos y el asesoramiento didáctico, dichas intervenciones refuerzan el papel crucial del paciente (y la familia) en el manejo de la condición, ayudan a los pacientes a establecer metas limitadas para mejorar el manejo de su enfermedad, identificar barreras para alcanzar sus objetivos y desarrollar un plan para superar las barreras.
- Apoyo en la decisión: Para permitir que los equipos de práctica tengan interacciones productivas con los pacientes, la organización debe asegurarse de que los equipos tengan la experiencia para proporcionar un manejo clínico y conductual adecuado. El control efectivo de la mayoría de las enfermedades crónicas requiere una terapia médica adecuada, así como un autocontrol competente. En la práctica, es necesario, a través de la educación, recordatorios, participación de especialistas u otras intervenciones de apoyo para la decisión.

- **Sistemas de información:** La mayoría de las prácticas no tienen enfoques estandarizados u organizados para recopilar, resumir y revisar datos de pacientes individuales o agregados para facilitar la atención. Los programas efectivos aseguran el acceso a datos oportunos y relevantes sobre pacientes individuales y poblaciones de pacientes de los sistemas de información clínica. Un registro computarizado de enfermedades que incluye información crítica sobre cada paciente y el desempeño y los resultados de aspectos importantes de la atención permite a los equipos de atención llamar a pacientes con necesidades específicas, brindar atención planificada, recibir comentarios e implementar sistemas de recordatorio.
- **Diseño de atención:** El manejo efectivo de enfermedades crónicas requiere un diseño de sistema de entrega que fomente y permita interacciones productivas. El manejo de enfermedades crónicas también se beneficia de las innovaciones en la programación y organización de visitas. Se requiere de una interacción regular entre los cuidadores y los pacientes. El uso del teléfono, por ejemplo, permite un seguimiento más intensivo, pero rentable, de pacientes con enfermedades crónicas y se ha asociado con resultados mejorados en una variedad de enfermedades crónicas.

Hacer los cambios necesarios en estas áreas es difícil, si no imposible, sin un fuerte liderazgo, incentivos apropiados y estrategias de mejora efectivas por parte de la organización de atención médica (Wagner et al., 2001).



Figura 4 Modelo de atención crónica (MAC)

Adaptado de “A systematic review of chronic disease management interventions in primary care.” por Reynolds, R., Dennis, S., Hasan, I., Slewa, J., Chen, W., Tian, D., ... & Zwar, N., 2018, BMC Family Practice, p. 2.

Marco Conceptual

Esta sección presenta la definición de términos relacionados a la teoría revisada tales como conceptos relacionados a salud en general, funcionalidad física y bienestar mental. Dichas definiciones, ayudarán a establecer aquellos conceptos que son particularmente importantes para la investigación.

Conceptos de salud

La salud es un concepto dinámico con múltiples significados que dependen del contexto en el cuál el término es usado y las personas que lo usan. Las personas ven la salud como esencial para el bienestar, pero la forma en que cada uno define su propia salud varía según su propia experiencia social, particularmente en relación con su edad, conocimiento personal y experiencias sociales y de enfermedad (Keleher & MacDougall, 2017).

Hays y Stewart (1990) conceptualizan la salud en general como la liberación de enfermedades y dolor, la función adecuada y el bienestar. Mientras, la OMS (1948) sostiene que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.2).

Por otro lado, un concepto cercano es la calidad de vida relacionada a la salud. Patrick y Erickson (1993, citados por Megari, 2013) definen la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como el valor asignado a la duración de la vida modificado por los impedimentos, estados funcionales, percepciones y oportunidades sociales que están influenciadas por enfermedades, lesiones, tratamientos o políticas. Además, el concepto de salud puede variar según la perspectiva de cada disciplina. La siguiente sección explica cómo las diferentes disciplinas tienen diferentes perspectivas sobre cómo entienden la salud. Cada perspectiva afecta cómo esas disciplinas o profesionales abordan sus prácticas de salud, por lo que es útil comprender las diferencias entre sus enfoques.

Tabla 1 *Concepto de salud según distintas disciplinas*

Disciplina	Entendimiento de la salud
Enfoque de biología	La biología es el estudio de la vida y los organismos vivos en las células, tejidos y órganos, por lo que el enfoque biológico de la salud explora el papel de los microorganismos en la enfermedad, así como el estudio de la genética y los marcadores de riesgo.
Enfoque de la biomedicina	El enfoque biomédico estudia la salud y la enfermedad en términos de la patología médicamente definida de las personas.
Enfoque de la atención primaria de salud	El enfoque de atención primaria de salud busca promover la equidad, el acceso, el empoderamiento, la autodeterminación comunitaria y la colaboración intersectorial.
Enfoque de las ciencias del comportamiento	El enfoque conductual se centra en cambiar los factores de riesgo y los comportamientos de estilo de vida.
Enfoque de los determinantes	El enfoque determinante sitúa los problemas sociales y de salud en las condiciones sociales, estructurales y culturales más amplias de nuestra sociedad e informa los enfoques de salud pública y promoción de la salud.

Enfoque de la promoción de la salud	El enfoque de promoción de la salud es el proceso que permite a las personas aumentar el control y mejorar su salud. El trabajo de promoción de la salud está fuertemente influenciado por el conocimiento derivado de los determinantes del enfoque de salud
Enfoque de la salud pública	El enfoque de salud pública se refiere a todas las medidas organizadas para proteger la salud de las poblaciones y para prevenir enfermedades, promover la salud y prolongar la vida de la población en su conjunto. La salud pública utiliza métodos de epidemiología y bioestadística para informar los esfuerzos de protección y prevención de la salud.

Adaptado de Keleher, H., & MacDougall, C. (2017). *Concepts of Health*. Oxford University Press, p. 5.

Conceptos de enfermedades crónicas

La Organización Mundial de la Salud (citada por Reynolds et al., 2018) define la enfermedad crónica como de larga duración, generalmente de progresión lenta y no se transmite de persona a persona. Así también, las enfermedades crónicas se definen ampliamente como afecciones que duran un año o más y requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria o ambas (Centers for Disease Control and Prevention, s.f.). Por otro lado, Vinaccia y Orozco (2005) manifestaron que “la enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida” (p. 129) y Barquin (2002, citado por Vinaccia y Orozco, 2005) considera que

que los trastornos o enfermedades crónicas varían desde los relativamente benignos, como una pérdida parcial que pueda ser auditiva, visual, etc., hasta enfermedades graves como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades musculoesqueléticas, etc.; y aún más alarmante desde el punto de vista estadístico es que el mayor número de personas desarrollará algún tipo de incapacidad o enfermedad crónica que pueda llegar a ser causa de muerte (p. 130).

Así, Bernell y Howard (2016) señalan que hay que tener cuidado con el uso del término. Los autores manifestaron que dentro de las comunidades profesionales (es decir, médica, salud pública, académica y política), existe un gran grado de variación en el uso del término enfermedad crónica. Por ejemplo, los Centros para el Control de Enfermedades

(CDC) clasifican las siguientes enfermedades crónicas: enfermedades cardíacas, derrames cerebrales, cáncer, diabetes tipo 2, obesidad y artritis. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid tienen una lista más extensa de 19 afecciones crónicas que incluyen la enfermedad de Alzheimer, la depresión y el VIH, por nombrar algunas. Esta diferencia, solo dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos, aunque no es sorprendente para aquellos en el campo, tiene el potencial de crear confusión y malentendidos cuando se habla en general sobre el impacto de las enfermedades crónicas, el costo de las enfermedades crónicas y las medidas generales para reducir la enfermedad crónica.

Finalmente, se define la gestión de enfermedades crónicas en el entorno clínico como un enfoque organizado, proactivo, multicomponente y centrado en el paciente para la prestación de atención médica que involucra a todos los miembros de una población definida que tienen una entidad de enfermedad específica (o una subpoblación con factores de riesgo específicos) (Norris, Glasgow, Engelgau, Os'Connor & McCulloch, 2003).

Conceptos de funcionalidad física

Hays y Stewart (1990) definieron la salud física se define por el funcionamiento físico, las limitaciones de los roles debido a la salud física, la satisfacción con la capacidad física y la movilidad. Peeters, Dobson, Deeg y Brown (2013) manifestaron que funcionamiento físico, denota la capacidad del individuo para realizar tareas cotidianas y un concepto diferente pero relacionado es el de la actividad física, definida como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que resulta en gasto de energía. Actividad física se refiere, en otras palabras, no a la capacidad de hacer algo, sino a lo que uno realmente hace. Por otro lado, Painter, Stewart y Carey (1999) señalan que existe diversos términos que se utilizan como sinónimos de funcionalidad física. La Tabla 2 enumera varios términos utilizados para referirse a la capacidad de un individuo para funcionar. Esta terminología variable e intercambio de términos ha resultado en confusión.

Tabla 2 *Terminología utilizada para referirse a funcionalidad física*

Capacidad de ejercicio	Discapacidad física
Aptitud física (fitness)	Estado funcional
Rendimiento físico	Capacidad funcional
Capacidad física	Habilidad funcional
Habilidad física	Estado de función física
Limitación física	Estado de salud

Adaptado de Painter, P., Stewart, A. L., & Carey, S. (1999). Physical functioning: definitions, measurement, and expectations. *Advances in renal replacement therapy*, 6(2), p. 111

Conceptos de salud mental

Como profesionales médicos, estamos obligados a conceptualizar la salud mental, para ser honestos en nuestro compromiso de estudiarlo científicamente, con el objetivo de promover la salud mental en la comunidad en general. Thirunavurakasu, Thirunavukarasu y Bhugra (2013) ha propuesto un concepto utilitario de salud mental, los autores proponen observar a la salud mental como entidad biológica cuya salud consideramos "salud mental" se conceptualiza como el "manas". El manas es una fusión indivisible de tres componentes: el estado de ánimo, el pensamiento y el intelecto. El estado de ánimo comprende todo lo que abarca como ser "sentido" por uno mismo. El pensamiento comprende todo lo que está siendo "pensado" por el ser, y el intelecto comprende todas las tareas computacionales del ser.

Por otro lado, Bertolote (2008), señaló que, en 1948, se creó la OMS y en el mismo año se celebró en Londres el primer Congreso Internacional de Salud Mental. En la segunda sesión del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS (11-16 de septiembre de 1950), la "salud mental" y la "higiene mental" se definieron de la siguiente manera. La higiene mental se refiere a todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen salud mental. La salud mental es una condición, sujeta a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que le permite al individuo lograr una síntesis satisfactoria de sus propios impulsos instintivos potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armoniosas con otros; y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico (OMS, 1950 citada por Bertolote, 2008).

Capítulo II

Marco referencial – contextual - legal

Este acápite tiene como objetivo presentar algunos estudios actualizados respecto a variables relacionadas al bienestar, salud mental, y otros similares en individuos con alguna enfermedad crónica. Así mismo, se presenta el estado actual de las enfermedades crónicas y factores de riesgo en la población ecuatoriana y en la provincia de Guayas. Posteriormente, se realiza una caracterización del Hospital Naval de Guayaquil, en el cual también se reportarán estadística respecto a pacientes con enfermedades crónica. Al final, se desarrolla el marco legal.

Evidencia empírica

Okely y Gale (2016) realizaron un estudio para observar el efecto del bienestar en el avance de las enfermedades crónicas, dichas asociaciones se analizaron entre diferentes tipos de enfermedades crónicas. Se realizó un análisis de regresión para examinar las relaciones entre bienestar medida con el cuestionario calidad de vida CASP-19 y su incidencia en artritis, cáncer, diabetes, enfermedad isquémica de miocardio y enfermedad crónica de pulmones. La muestra consistió en 8.182 participantes con datos en los últimos 50 años. Los resultados mostraron que un aumento en la calidad de vida está asociado con un decrecimiento en los riesgos de salud de artritis y en la diabetes en el caso de las personas menores a 65 años. Esta asociación no fue significativa en los individuos con cáncer. Además, las asociaciones entre la calidad de vida y enfermedades como la diabetes, isquemia del corazón y enfermedad de pulmones es más fuerte en las personas más jóvenes.

Wu (2014) tuvo la intención de probar la confiabilidad y validez de dos escalas de evaluación psicológica de la OMS: Índice de bienestar (WHO-5) y el Cuestionario de salud del paciente de 9 ítems (PHQ-9), en pacientes con enfermedades crónicas en Taiwán para comprender su bienestar psicológico y la incidencia de problemas psicológicos consecuentes.

El diseño de la investigación de este estudio fue un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 310 pacientes con síndrome metabólico (EM), de 20 años o más, de la clínica ambulatoria de un hospital municipal en Taiwán. Los resultados fueron los siguientes: (a) en comparación con el PHQ-9, la confiabilidad y validez de la OMS-5 son mejores para evaluar el bienestar psicológico de pacientes con enfermedades crónicas; (b) las características de WHO-5 son alta sensibilidad, brevedad y facilidad de uso. Además, la autora encontró que la incidencia de depresión en pacientes con síndrome metabólico fue de aproximadamente 1.0 a 6.5%, que es significativamente menor que la de los países occidentales.

Somrongsong, Hongthong, Wongchalee y Wongtongkam (2016) explicaron que las condiciones crónicas y los comportamientos de estilo de vida tienen una influencia perjudicial en la calidad de vida de las personas mayores debido a la discapacidad física y las preocupaciones emocionales, por ello su estudio tuvo como objetivo evaluar la influencia de las enfermedades crónicas, el tabaquismo y el consumo de alcohol en la calidad de vida en adultos mayores en Tailandia. Se realizó un estudio transversal en tres comunidades, seleccionadas a propósito de las regiones Norte, Nordeste y Central, y se reclutaron 1278 participantes. Se ejecutó una regresión logística binaria para predecir la influencia de los factores en la calidad de vida. Entre los hallazgos se obtuvo que: (a) la mayoría de los participantes tenían entre 60 y 70 años, estaban casados, ganaban entre 17 y 35 dólares mensuales, tenían una enfermedad crónica y no eran fumadores ni bebían alcohol; (b) no hubo un vínculo entre las condiciones crónicas y la calidad de vida; (c) los bebedores eran más propensos a tener una alta calidad de vida, con índices de probabilidad de 2,16 para hombres y 2,73 para mujeres. Con estos resultados, los autores infieren que las personas mayores de ambos sexos que eran bebedores tenían más probabilidades de aceptar la muerte y esto mejoró su calidad de vida; además, la participación social en el consumo de alcohol puede alentar a

las personas mayores a compartir sus preocupaciones sobre la muerte y, finalmente, aceptar esto como una base de la vida.

Hernández et al. (2018) manifestaron que es necesario un cambio de paradigma en la salud pública y la medicina para ampliar el campo de un enfoque singular en los efectos nocivos de los estados negativos y psicopatología a una visión ampliada que examina los activos psicológicos protectores que pueden promover una mejor salud física y longevidad. Con estos antecedentes, los autores realizaron un estudio donde resumen evidencia reciente del vínculo entre el bienestar psicológico (incluido el afecto positivo, el optimismo, significado y propósito de la vida, y satisfacción con la vida) y salud física, con especial atención a los resultados de mortalidad y en la incidencia y progresión de las enfermedades crónicas. Los autores encontraron efectos protectores significativos de constructos de bienestar como: (a) satisfacción con la vida y vitalidad en pacientes con diabetes; (b) afecto positivo, propósito de vida y optimismo en pacientes con enfermedad cardíaca; (c) vitalidad pero no optimismo en individuos con hipertensión; y (d) satisfacción con la vida en personas con cáncer.

Marco contextual

En esta sección se presentan el estado actual de la incidencia de las enfermedades crónicas en Ecuador y en Guayas. Dicha información permite observar cuáles son los factores de riesgo, causas y las enfermedades crónicas más incidentes en nuestro contexto.

A nivel nacional

Ya hace algunos años las enfermedades crónicas, especialmente diabetes, hipertensión y enfermedades de corazón, se venían reportando como las principales causas de muerte en Ecuador. Al observar las estadísticas dadas por el INEC (2018a) las causas de muerte han variado de manera importante entre la década de los 90 a la actualidad. En 1997, la principal causa de muerte era la influenza y neumonía, aunque las enfermedades crónicas como la

hipertensión y diabetes también tenían una incidencia importante, su tasa de incremento como causa de muerte es mucho más alta. Entre los años, 1997 a 2018 las muertes por influenza y neumonía se han incrementado en una tasa anual promedio de 2.5%; mientras, enfermedades como la diabetes, hipertensión, isquémicas del corazón y crónicas pulmonares, han crecido en una tasa anual promedio de 4.6%, 3.07%, 8.02% y 4.06%, respectivamente (ver Figura 5).

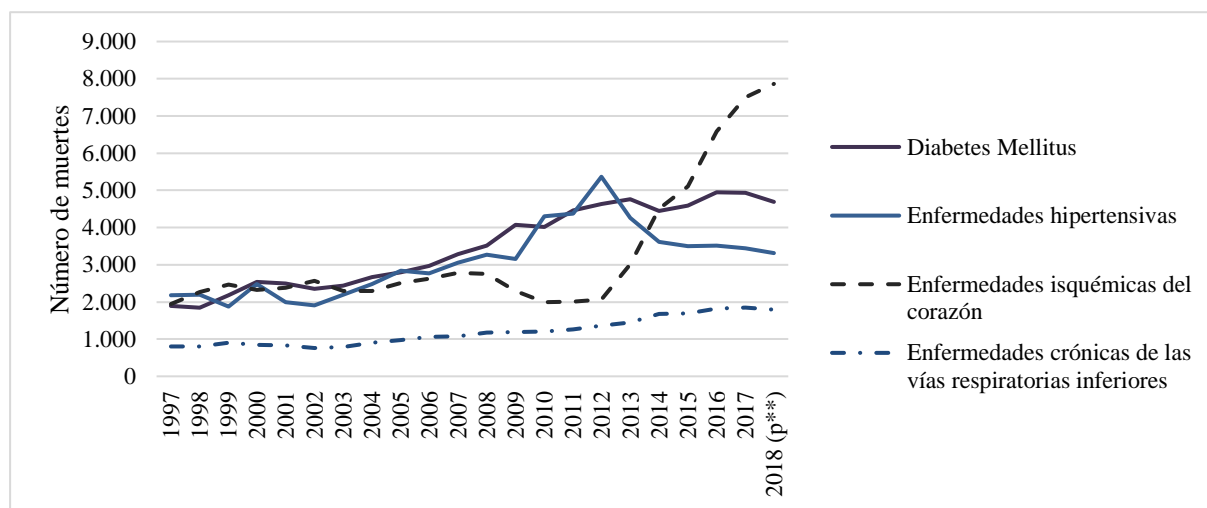


Figura 5 Evolución de principales enfermedades crónicas causas de muerte 1997 a 2018. Adaptado de “Estadísticas de nacimientos y defunciones”, INEC, 2018a.

Resulta pertinente señalar que enfermedades como las enfermedades isquémicas del corazón son, en muchos casos, consecuencia de otras enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión. Además, la hipertensión es reportada también como una consecuencia de la diabetes. En el caso de todas estas enfermedades, el MSP (2018) ha identificado como los factores de riesgo más significativos el sobrepeso y obesidad.

Como antecedentes, el reporte del MSP e INEC a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) mostró que la prevalencia de obesidad y sobrepeso en menores de cinco años había pasado de 6.6% en 2004 a 8.6% en 2012 y que la prevalencia en adolescentes y jóvenes era de 29.9% y de 62.8% en adultos (mayores de 20 años con Índice de Masa Corporal [IMC] mayor a 25) (Freire et al., 2014). Cifras similares fueron reportadas por la encuesta STEPS en el 2016 realizada en el cantón Durán, con la cual se encontró que

seis de cada diez adultos reportaron sobrepeso y uno de cada cuatro obesidad (OMS, PAHO & MSP, 2018).

En el mismo informe realizado por el MSP (2018) se establecieron como otros factores de riesgo la falta de adherencia al tratamiento, abuso de alcohol, tabaquismo, sedentarismo y dieta no saludable. Respecto a estos puntos el MSP reportó lo siguiente:

- La mitad de hipertensos no toman medicamentos para el control de la presión arterial (OMS, PAHO & OMS, 2018).
- Uno de cada cuatro adultos realiza actividad física insuficiente (menos de 150 minutos de actividad moderada por semana) y siete de cada diez adultos no realiza ninguna actividad física (MSP, 2018).
- En Quito se encontró que el 72.4% de los anuncios publicitarios corresponden a productos de alimentos no saludables (MSP, 2018)

En la provincia de Guayas

En la provincia de Guayas también se observó cifras estadísticas relacionadas a los factores de riesgo. De acuerdo con Freire et al. (2014) en el estudio ENSANUT de 2012 se pudo determinar que el porcentaje de sobrepeso y obesidad alcanzaron el porcentaje de 18.7% y 11.3%, respectivamente. Además, el mismo reporte reveló que la ciudad de Guayaquil reportó el porcentaje de obesidad más alto a nivel del país con un 20.4% de población categorizada con obesidad. La Tabla 3 presenta estos indicadores importantes para evaluar los factores de riesgo de algunas enfermedades crónicas en la provincia de Guayas en el 2018.

Tabla 3 *Porcentaje Estimado de Población Infantil, Adolescente y Adulta del Guayas con Sobrepeso y Obesidad*

Población	Sobrepeso	Obesidad
Niños de 5 a 11 años	21,23	16,38
Adolescentes de 12 a 19 años	22,97	8,50
Adultos de 19 a 59 años	40,69	26,89

Adaptado de “Indicadores ENSANUT, 2018” por INEC, 2018b.

Respecto al factor de riesgo relacionado a la ingesta de alimentos, en Guayas se registró que al menos un 47.8% de la población tiene un consumo frecuente en productos con etiquetado rojo, es decir, productos altos en azúcar o grasa (INEC, 2018b). Por otro lado, respecto a la actividad física, los guayasenses reportaron 3.95 horas promedio de actividad física a la semana y 2.22 horas de sedentarismo, la cantidad de horas más alta en el país (INEC, 2018b).

Por último, se consultó la prevalencia de las enfermedades crónicas en la ciudad de Guayaquil. La Figura 5 presenta la evolución de defunciones por enfermedades crónicas, se puede observar que las muertes por enfermedades crónicas cardíacas han tenido un crecimiento importante pasando de 701 muertes en 2008 a 2264 casos en 2018. La diabetes mellitus también ha tenido un crecimiento de al menos 34.4% entre estos años pasando de 920 muertes en 2008 a 1237 casos en 2018. Por el contrario, las enfermedades hipertensivas han mostrado un decrecimiento importante, después de alcanzar un máximo de 1720 casos en el 2012 se redujo a 650 muertes estimadas en 2018, la cifra más baja en toda la serie.

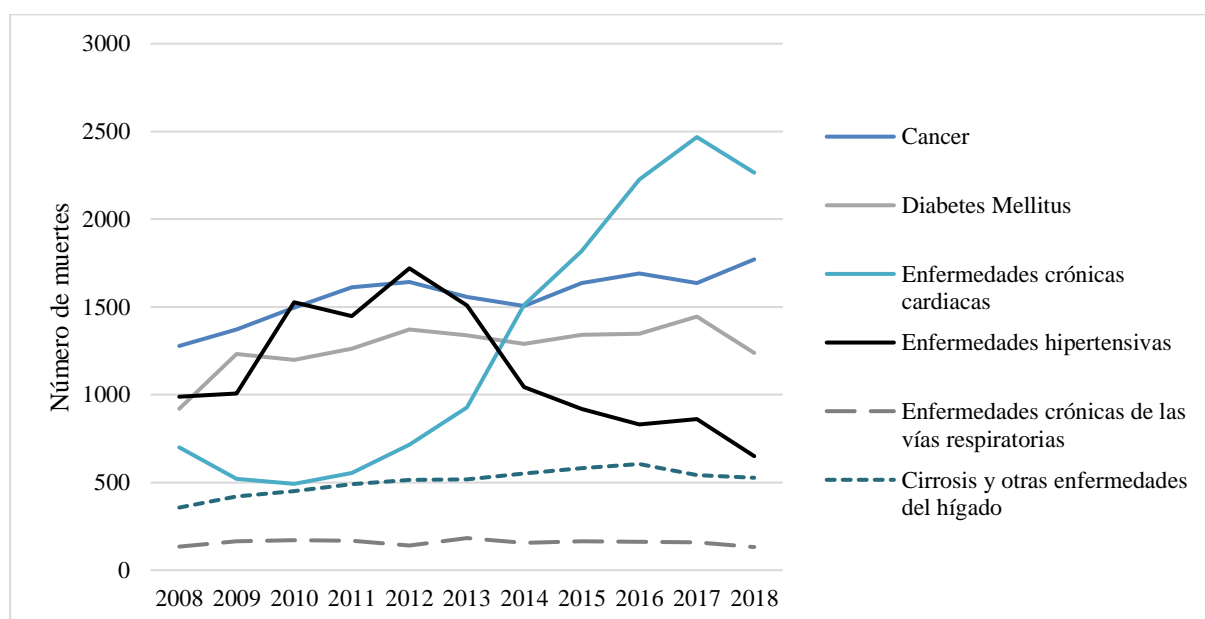


Figura 6 Número de muertes por enfermedad crónica 2008-2018 en la ciudad de Guayaquil.

Hospital Naval de Guayaquil HOSNAG

El Hospital Naval de Guayaquil (HOSNAG) es una unidad hospitalaria de segundo nivel ubicado en la parroquia Ximena de la urbe. Como otros hospitales públicos, el HOSNAG pertenece a la Red Integral Pública de Salud (RPIS). Sin embargo, al ser una unidad militar atiende a afiliados del Instituto de Seguridad Social de Fuerzas Armadas (ISSFA).

La unidad hospitalaria, a nivel organizacional, está compuesta por cuatro subdirecciones: (a) subdirección administrativa, (b) subdirección financiera, (c) subdirección técnica, (d) subdirección de docencia e investigación. Y, cuneta con dos departamentos adicionales: (a) departamento de seguridad e higiene del trabajo, (b) departamento de escucha al usuario. Respecto a los servicios ofertados por la unidad hospitalaria, se pueden identificar los siguientes departamentos: (a) departamento clínico, (b) departamento quirúrgico, (c) departamento gineco-obstetricia, (d) pediatría, (e) centro quirúrgico compuesto por el área post operatorio, anestesiología y esterilización, (f) departamento auxiliar de diagnóstico y tratamiento, (g) departamento de enfermería, (h) departamento de odontología, (i) departamento de apoyo técnico.

En el HOSNAG se puede observar dos tipos de clasificación de su personal, existen puestos de trabajo de acuerdo al Código de Trabajo y otros puestos de trabajo denominados servidores públicos. El personal total suma 421 empleados.

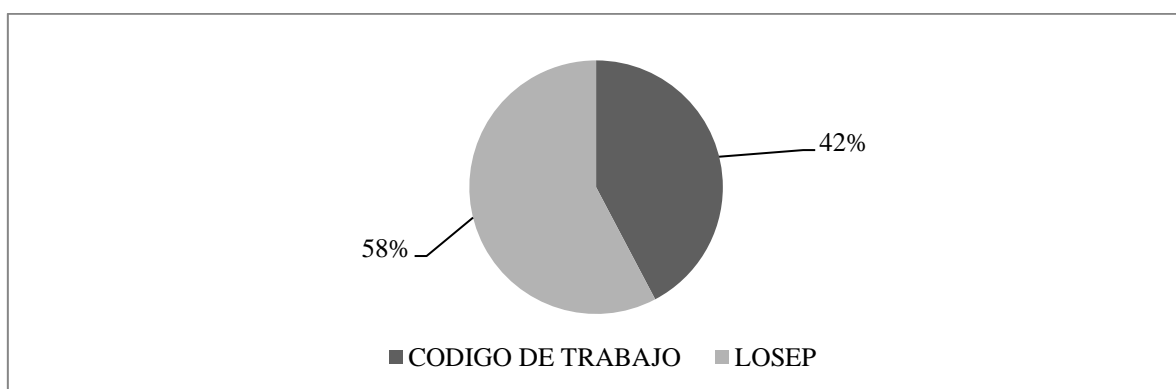


Figura 7 Porcentaje de personal de acuerdo con el tipo de contratación.

Fuente: Archivos internos HOSNAG

Actividades registradas en el HOSNAG

Con dichas áreas, el HOSNAG al cierre de 2019 registró un total de 327 066 actividades en cada una de sus áreas, de las cuales alrededor del 50% corresponden al servicio laboratorio clínico y respecto a atenciones de salud, la mayoría se llevan a cabo en el área de consulta externa (ver Tabla 4).

Tabla 4 *Actividades Registradas en HOSNAG 2019*

Servicios	Número	Porcentaje
Consulta externa	93.573	28,61%
Odontología	9.868	3,02%
Emergencia	22.671	6,93%
Emergencia - observación	881	0,27%
Egresos hospitalarios	1.610	0,49%
Centro quirúrgico (intervenciones)	603	0,18%
Laboratorio clínico (procedimientos)	160.855	49,18%
Laboratorio patológico (procedimientos)	3.290	1,01%
Medicina física y rehabilitación	33.715	10,31%
Total	327.066	100,00%

Fuente: Archivos internos HOSNAG

Consulta externa y diagnóstico de enfermedades crónicas

La mayoría de atenciones en consulta externa se dieron en la especialidad de traumatología, seguido de cardiología, endocrinología y ginecología (ver Tabla 5).

Tabla 5 *Atenciones por Especialidad HOSNAG 2019*

Especialidad	Total	Porcentaje	Promedio mensual	Promedio diario
Anestesiología	1480	2%	123	6
Cardiología	7045	8%	587	29
Cirugía general	2728	3%	227	11
Cirugía oncológica	1735	2%	158	14
Cirugía plástica	2391	3%	199	10
Cirugía vascular	2262	2%	189	12
Dermatología	2921	3%	243	14
Endocrinología	7357	8%	613	30
Fisiatría	4337	5%	361	24
Gastroenterología	2715	3%	226	13
Ginecología	7292	8%	608	30
Medicina alternativa	405	0%	34	3
Medicina interna	5125	5%	427	21
Nefrología	2077	2%	173	13
Neonatología	152	0%	13	3
Neumología	3131	3%	261	17
Neurocirugía	1163	1%	97	12
Neurología	2601	3%	217	13
Nutrición*	2033	2%	169	9

Oftalmología	4705	5%	392	20
Oncología clínica	2474	3%	206	11
Otorrinolaringología	2585	3%	215	17
Pediatría	6817	7%	568	28
Psicología clínica*	1478	2%	123	7
Psiquiatría	1613	2%	134	7
Traumatología	10926	12%	911	45
Urología	4025	4%	335	20
Total	93573	100%	7798	379

Fuente: Archivos internos HOSNAG

Al final del año 2019 el HOSNAG tuvo un total de 93 573 atenciones en consulta externa, de las cuales la mayoría se dieron en el mes de enero. Mientras el menor número de atenciones se dieron en el mes de noviembre y diciembre (ver Figura 8).

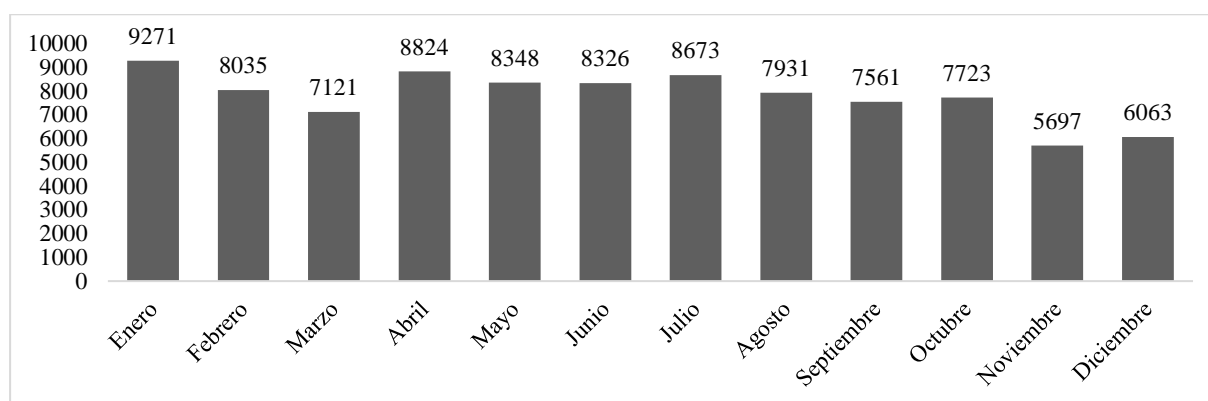


Figura 8 Número de atenciones mensuales en área de consulta externa

Fuente: Archivos internos HOSNAG

El área de consulta externa es donde se dan los diagnósticos de patologías como obesidad, hipertensión, diabetes, entre otros. La Figura 9 presenta las ocho enfermedades crónicas con diagnóstico definitivo más comunes dadas en el área de consulta durante el año 2019. La mayor cantidad de casos se encuentran relacionados a problemas de la columna que representan el 31% de consultas, seguido de hipertensión con 8%, ansiedad con 7% y tumores 7% y trastornos metabólicos como lipidemias y diabetes tipo II, con 6% y 5%, respectivamente.

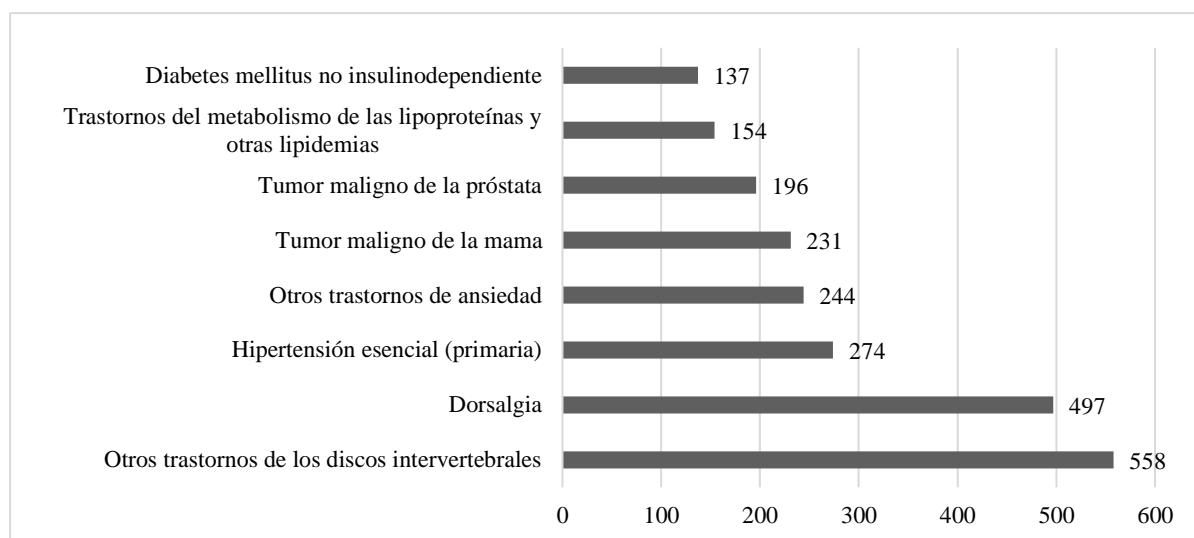


Figura 9 Número de diagnósticos definitivos de las ocho primeras patologías crónicas en el HOSNAG 2019

Fuente: Archivos internos HOSNAG

Marco legal

La importancia del tema respecto a la salud física y mental de la población que sufre de algún tipo de enfermedad crónica se puede ver reflejada en diferentes documentos estatales y leyes del país. Entre ellos, el Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025, el cual en su Objetivo 6 se plantea Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y calidad, considerando que la salud debe ser considerada como un concepto integral, con vínculos estrechos entre lo físico y lo psicosocial. Así mismo, en la Constitución del Ecuador (2008), el artículo 38 y 46 establece que el Estado deberá tomar para la “protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas” (p.22) tanto de adultos mayores como de niños. La Ley Orgánica de la Salud (2) considera las enfermedades crónicas como una enfermedad catastrófica. Por ende, el capítulo III-A refleja una serie de derechos especiales para este tipo de patologías. Por ejemplo, el artículo 1 en este capítulo expresa que

El Estado ecuatoriano reconocerá de interés nacional a las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas; y, a través de la autoridad sanitaria nacional,

implementará las acciones necesarias para la atención en salud de las y los enfermos que las padezcan, con el fin de mejorar su calidad y expectativa de vida, bajo los principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad y calidez; y, estándares de calidad, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, habilitación y curación (Ley Orgánica de la Salud, 2006, p.14).

Por otro lado, el concepto de bienestar mental y conceptos similares como bienestar psicológico o salud mental, no se encuentra fuertemente sustentado en la normativa actual y el plan de gobierno actual. En las siete políticas nacionales planteadas en el Plan Nacional 2021-2025 no se plantea una política específica para la mejora de la salud y bienestar mental de la población. Ante la carencia de leyes y políticas especializadas en materia de salud mental, en el año 2022, la Asamblea Nacional desarrolló el proyecto de Ley de Salud Mental. En noviembre 2022, el proyecto estuvo listo para el primer debate en pleno de la asamblea. De acuerdo con el comunicado de la Asamblea Nacional (2022), este proyecto “busca establecer un marco legal para atender la salud mental bajo un modelo de promoción, prevención, atención, recuperación e inclusión comunitaria” (parr. 1), y entre sus principales objetivos consta “promover la salud integral y el bienestar físico, psicológico, cognitivo, emocional y relacional de todas las personas acorde a su ciclo de vida, considerando su ámbito individual, familiar, social y comunitario en toda la población.” (parr. 2). Para febrero 2023, el proyecto nuevamente fue tratado en la Asamblea Nacional, recibiendo el respaldo de especialistas de la PAHO, la Organización Change, y del Instituto de Neurociencias de la Junta de Bneficiencia, en el pleno de la Asamblea. Esta propuesta de Ley, aborda temas relacionados con “los derechos en salud mental, deberes del Estado, Plan Nacional de Salud Mental, coordinación con los gobiernos autónomos descentralizados, sistema educativo, sistema de rehabilitación social, promoción, prevención, atención y recuperación” (Asamblea Nacional, 2023).

Capítulo III

Marco Metodológico y Análisis de Resultados

El presente capítulo desarrolla la estrategia metodológica aplicada para el análisis de datos relevantes que permitan evaluar las variables de estudio y la relación entre el bienestar psicológico y funcionalidad física. En base a la revisión teórica y de literatura, se eligió una metodología de tipo cuantitativa. En consecuencia, se tiene una investigación esquematizada y con un orden secuencial. Además, a través de esta metodología, se logra tener resultados puntuales o concretos que dan conclusiones claras y comprobación de hipótesis planteada al inicio de la investigación.

Tipo de investigación

El estudio fue de tipo descriptivo y correlacional. Para determinar el estado del bienestar psicológica y la actual funcionalidad física de los pacientes con enfermedades crónicas se utilizan estadísticas descriptivas como gráficos y estadísticos descriptivos. Por otro lado, para establecer la asociación entre las variables de estudio se recurren a técnicas correlacionales. Así mismo, dentro de los tipos de investigación cuantitativa se eligió un estudio de corte transversal; es decir, se obtuvo información o datos en un tiempo específico.

Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos se construyó tras una revisión de literatura de estudios que hayan evaluado el bienestar psicológico y funcionalidad física específicamente en personas con enfermedades crónicas. Esto debido que, mientras más se acerquen los estudios al contexto de nuestra investigación, se obtendrán medidas más fiables. Los estudios que respaldan el instrumento descrito a continuación incluyen Stewart et al. (1989), Hay y Stewart (1990), Singer et al. (1999) quienes evaluaron el bienestar y funcionalidad en pacientes con enfermedades crónicas mediante el cuestionario de salud SF-36, el cual evalúa la salud mental y física. Este cuestionario ha sido validado en inglés en algunos estudios

(Lyons & Perry, 1994) y en español (Martínez-Hernández, Segura-Méndez, Antonio-Ocampo, Torres-Salazar & Murillo-Góme, 2010; Aragón, Meraz & Trujillo, 2017; Romero, 2010).

De acuerdo a Vilagut et al. (2005) el cuestionario SF-36 es útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en “la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales” (p. 136). El instrumento evalúa los siguientes componentes de salud: “función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental” (Aragón et al., 2017, p. 7). Sin embargo, para este estudio se omitió la sección de función social, puesto que este componente no es una variable objetivo de la presente investigación.

El cuestionario cuenta con un total de 36 ítems. En este caso, al omitir el ítem relacionado con función social el instrumento quedó constituido por 35 preguntas. Además, se incorporaron preguntas sociodemográficas. La Tabla 6 presenta las variables que miden el estado de salud. El cuestionario completo se presenta en el Apéndice A.

Tabla 6 *Variables de Estado de Salud*

Dimensiones de salud	No. Ítems	Definición
Función física	6	Magnitud en que el estado de salud interfiere con diversidad de actividades (por ej. Deportes, cargar bolsas, subir escaleras, caminar).
Rol funcional	2	Magnitud en que el estado de salud interfiere con actividades diarias como ir a trabajar, quehaceres domésticos o ir a estudiar.
Salud mental	5	Estado emocional general, incluyendo depresión, ansiedad y bienestar psicológico durante el último mes
Percepción de salud	5	Reporte general del actual estado de salud.

Adaptado de “The MOS short-form general health survey: reliability and validity in a patient population.” Por Stewart, A. L., Hays, R. D., & Ware, J. E., 1988, Medical care, 26, p. 726

Población y muestra

El estudio considerará el área de consulta externa para capturar a los pacientes que presenten enfermedades crónicas. De acuerdo a los registros del HOSNAG durante el año 2019 en consulta externa se diagnosticaron un total de 3 395 pacientes con alguna enfermedad crónica entre las cuales resaltan: dorsalgia, diabetes tipo II, hipertensión arterial, dorsalgia, tumores malignos y diferentes tipos de cáncer, y trastornos de ansiedad; los pacientes diagnosticados con enfermedad crónica representan, según las estadísticas del HOSNAG, el aproximadamente el 13% de las consultas en el área de consulta externa.

Para contrastar los resultados, y detectar los efectos específicos de la enfermedad crónica se construye una muestra de pacientes con enfermedad crónica y sin enfermedad crónica. Por ello, la población a considerar fue todos los pacientes atendidos en el área de consulta externa. En base a las estadísticas revisadas en el capítulo anterior, se puede determinar una población de 7798, cifra que refleja el promedio de pacientes atendidos anualmente en la unidad.

Para el muestreo se consideró un proceso aleatorio. Además, resulta pertinente una estratificación por enfermedad, sin embargo, por motivos de accesibilidad y recursos – tiempo y dinero – no se realizó un proceso de estratificación aleatorio. En consecuencia, se obtuvo una muestra aleatoria simple. A partir del cálculo de la fórmula para muestra aleatoria simple se eligió los siguientes parámetros: intervalo de confianza 95%, margen de error 8%, proporción 50% y población 7 798. Con dichos parámetros la muestra quedó constituida por 144 casos. Este número de casos se dividirá, lo más proporcionalmente posible, entre pacientes con enfermedad crónica y pacientes sin enfermedad crónica. El cálculo se muestra a continuación:

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

Donde,

N: fue la población de 7798 pacientes recibidos en consulta externa en promedio.

Z: corresponde al valor crítico del nivel de confianza elegido en este caso 95% por lo tanto dicho valor Z corresponde a 1.96.

p: es la probabilidad de acierto, en este caso 50%.

q: corresponde a 1-p, es decir, la probabilidad de fallo, por tanto, 50%.

e: margen de error tolerable, en este caso, se eligió 8%.

Con dicha información el cálculo de la muestra se dio como:

$$n = \frac{7798 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.08^2 * (7798 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 144$$

Procedimiento

La recolección de datos se llevó a cabo de manera digital durante el mes de mayo. Se construyó una base de datos con contactos de pacientes para enviar la encuesta digital a su móvil. Se siguió un proceso aleatorio, en consecuencia, uno de los retos para recolección de datos fue conseguir una proporción importante de pacientes con enfermedad crónica, dado que éstos constituyen aproximadamente un 13% de todas las consultas en el HOSNAG, de acuerdo con las estadísticas históricas.

De tal manera, la apertura del cuestionario se dio por un mes, periodo durante el cual se recolectó la mayor cantidad de encuestas posibles para lograr obtener una proporción balanceada entre pacientes crónicos y no crónicos. Al final se logró conseguir un total de 312 cuestionarios, los cuales se revisaron para detectar aquellos de pacientes crónicos, que enfermedades reportaron y se verificó si efectivamente correspondía a una enfermedad crónica. Un total de 53 cuestionarios de pacientes crónicos pudieron ser recolectados. De los 259 cuestionarios restantes que correspondieron a pacientes sin enfermedad crónica, se siguió un proceso aleatorio para conservar una proporción similar al de pacientes crónicos. Los datos fueron recaudados en Excel para armar una base de datos, al final, constituida por 53 (37%) pacientes crónicos y 90 (63%) pacientes sin enfermedad crónica.

Técnicas de análisis de datos

En el análisis de datos predominaron las técnicas descriptivas a través de la representación gráfica de porcentajes en pastel o barras. Los gráficos se presentan de tal manera que se pueden visualizar los resultados individuales para pacientes crónicos y pacientes sin enfermedad crónica.

Así mismo, se obtuvieron los promedios de los ítems y sumatorias de las escalas. Para detectar si las diferencias entre los grupos crónicos y no crónicos son reales, importantes o significativas, se recurrió a una prueba de hipótesis de la media. Esta prueba se lleva a cabo mediante el estadístico t-Student, y ayuda a determinar a un nivel de confianza dado si las diferencias entre las medias individuales de los grupos son significativas, es decir, no son producto del azar.

Análisis factorial

Se aplicó análisis de factores como una técnica que permite reducir el número de variables observadas a una estructura de factores o dimensiones. En el caso particular de los datos de este estudio se recurrió específicamente a la estimación mediante Componentes Principales ya que este método es una buena opción cuando no se cumple el supuesto de normalidad lo cual ocurre si la encuesta se recoge mediante escala Likert de 5 punto.

Este tipo de estimación permite característica la muestra en factores y a partir de ello obtener una solución factorial minimizando los residuos a cero. Es importante mencionar también que se utilizó una rotación ortogonal varimax la cual asume independencia entre los factores y es la más usada en estudios mediante cuestionarios. Y, por último, el número de factores a retener se estableció considerando que el último factor resulte con una varianza explicada superior a la media de los componentes.

Una vez determinada la construcción factorial de cada variable se procede a su interpretación la cual se especifica en dos partes: (1) modelo de variables de salud mental; (2)

modelo de variables de física y funcional. El modelo de síntesis factorial permite focalizar las interpretaciones y, por lo mismo, orientar las sugerencias estratégicas de manejo de las variables de salud mental y física. El análisis factorial, permite a su vez confirmar una estructura de variables clave, la cual es impulsada por las relaciones teóricas entre las variables observadas y no observadas. Con este método, el investigador utiliza un modelo hipotético para estimar una matriz de covarianza de la población que se compara con la matriz de covarianza observada con el fin de minimizar la diferencia entre las matrices estimadas y las observadas. Finalmente, el modelo estructural determinado se ha descrito como una combinación de análisis factorial exploratorio y regresión múltiple, en el contexto de los análisis inferenciales los cuales son esenciales si se quiere identificar variables relevantes para la gestión, en este estudio de las variables de salud mental y salud física de funcionalidad.

Análisis de resultados

El cuestionario SF-36 permite presentar resultados variados sobre las diferentes dimensiones del estado de salud, incluyendo la funcionalidad física y la salud mental. Así, la sección de resultados se subdividirá en diferentes secciones para abordar cada uno de los aspectos evaluados mediante el SF-36. La muestra quedó constituida por 143 casos.

En primer lugar, se inicia con una breve caracterización de la muestra de estudio en términos de sexo, edad, escolaridad y otros aspectos sociodemográficos. Luego, se inicia con el análisis de los componentes de estado de salud en el siguiente orden: (a) estado de salud general; (b) funcionalidad, rol y dolor físico; (c) salud mental; (d) relación entre funcionalidad física y salud mental. En todas las secciones se analizan las variables a nivel general y contrastando entre pacientes crónicos y pacientes sin enfermedad crónica. Esta sección culmina con una discusión de los resultados.

Caracterización de los pacientes

Una parte importante de los pacientes atendidos en el Hospital Naval de Guayaquil corresponde a militares y marinos en formación y también en función. En consecuencia, se observó una proporción mayor de hombres en la muestra (ver Figura 10).

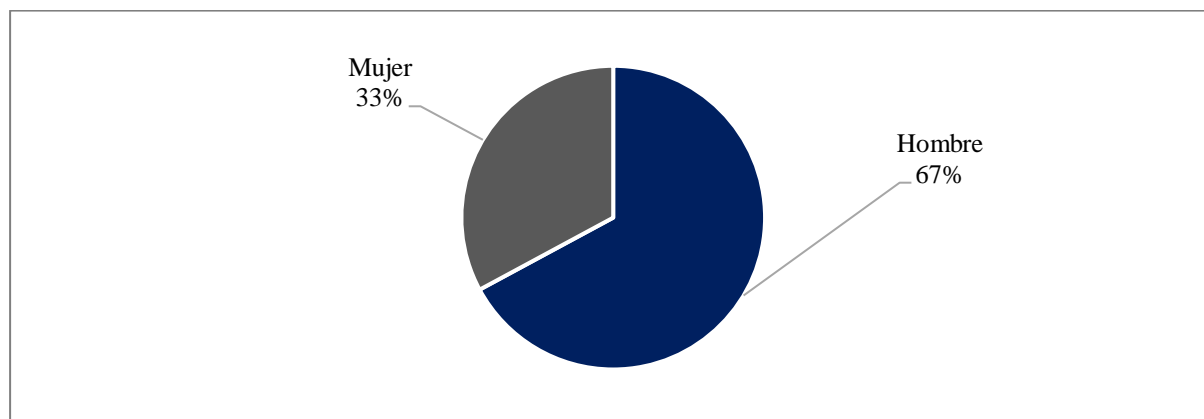


Figura 10 Sexo de la muestra

Así mismo, respecto al nivel de escolaridad de la muestra, se registró una mayoría de participantes con estudios de universidad culminados, seguidos de aquellos con posgrado completo. No se registró personas sin estudios. El nivel más bajo de escolaridad registrado en la muestra fue primaria (ver Figura 11).

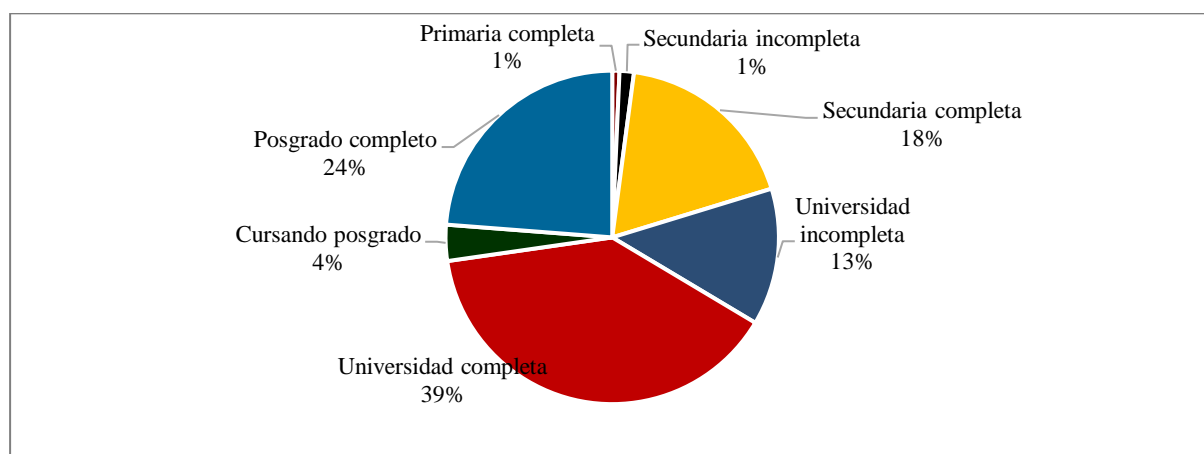


Figura 11 Niveles de escolaridad de la muestra

Respecto a la situación laboral, la mayoría correspondió a empleados públicos, esto se puede explicar también por la existencia de militares y marinos, los cuales corresponde al

sector público. Así mismo, se reportó una pequeña proporción de militares en formación (ver Figura 12).

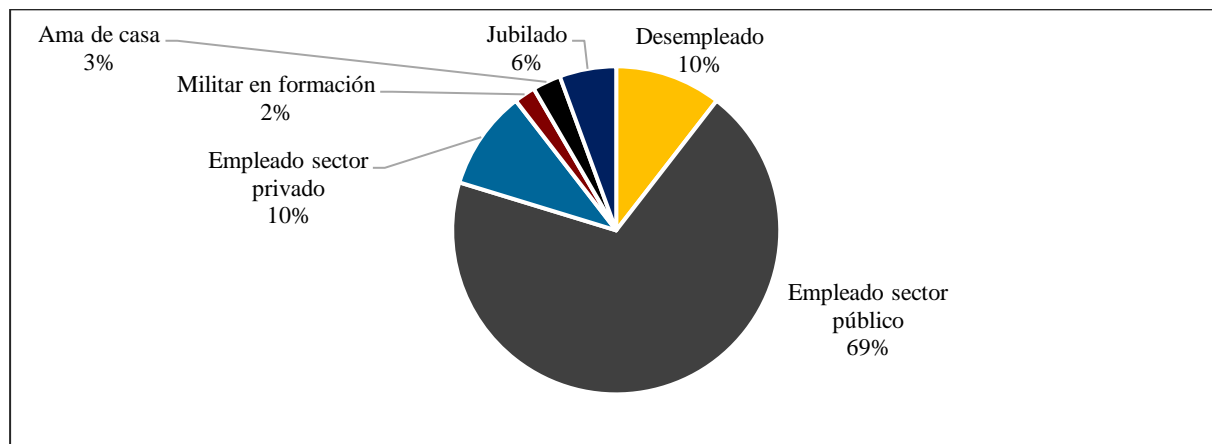


Figura 12 Situación laboral de la muestra.

Estado de salud general

Para identificar los pacientes con enfermedades crónicas se colocó un reactivo donde el encuestado registraba si tenía o no enfermedad crónica; y, si padecía una enfermedad crónica colocaba cuál. Se registró un 37% de pacientes con enfermedad crónica, entre los cuales se observaron los siguientes casos: diabetes, hipertensión, desordenes gastrointestinales crónicos, hígado graso, problemas crónicos de espalda (como más comúnmente lumbalgias), artrosis, hipotiroidismo, fibromialgia, miomas, y psoriasis. La enfermedad con más casos fue problemas de espaldas crónicas seguida de hipertensión (ver Figura 13).

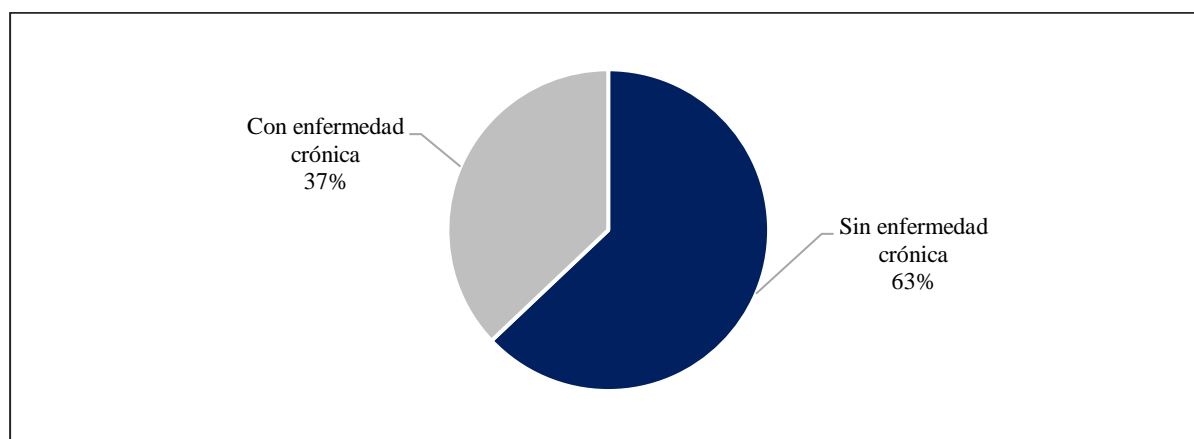


Figura 13 Proporción de pacientes con enfermedad crónica

En toda la muestra, el estado de salud general reportado fue en la mayoría muy bueno, seguido de bueno. El nivel más bajo de salud reportado fue regular. Ningún participante de la muestra reportó estado de salud malo o muy malo (ver Figura 14).

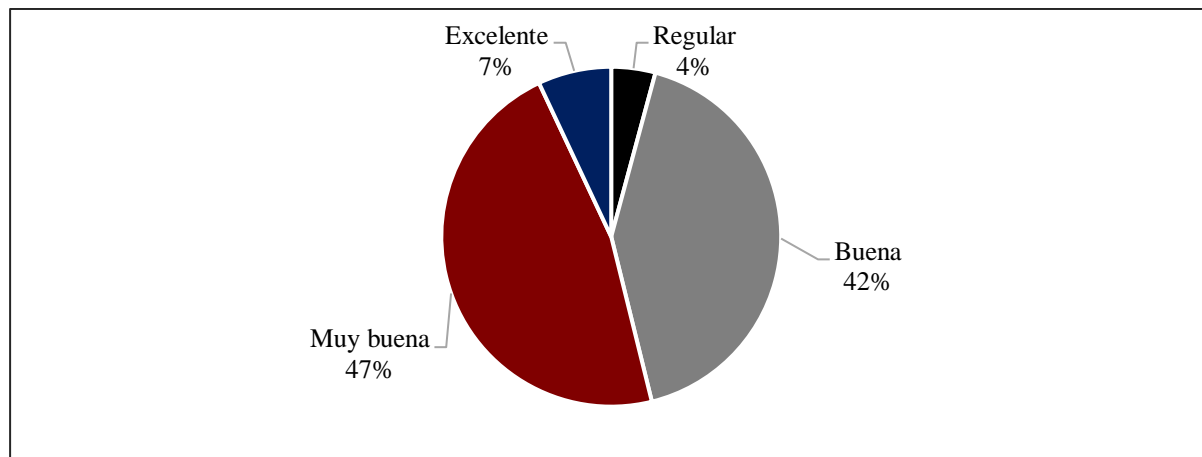


Figura 14 Estado de salud percibido de la muestra total.

Al analizar el estado de salud por pacientes con enfermedad crónica, se observa que en el grupo de pacientes crónicas la mayoría de casos se acumula en el nivel “bueno”; mientras, en el grupo sin enfermedad crónica, la mayoría de casos se concentran en “muy bueno”. Así mismo, en el nivel de salud regular se registró un porcentaje mayor en pacientes crónicos. Y, en el nivel de salud excelente hay un porcentaje mayor de pacientes no crónicos, de 9% frente a un 4% de pacientes con padecimiento crónico.

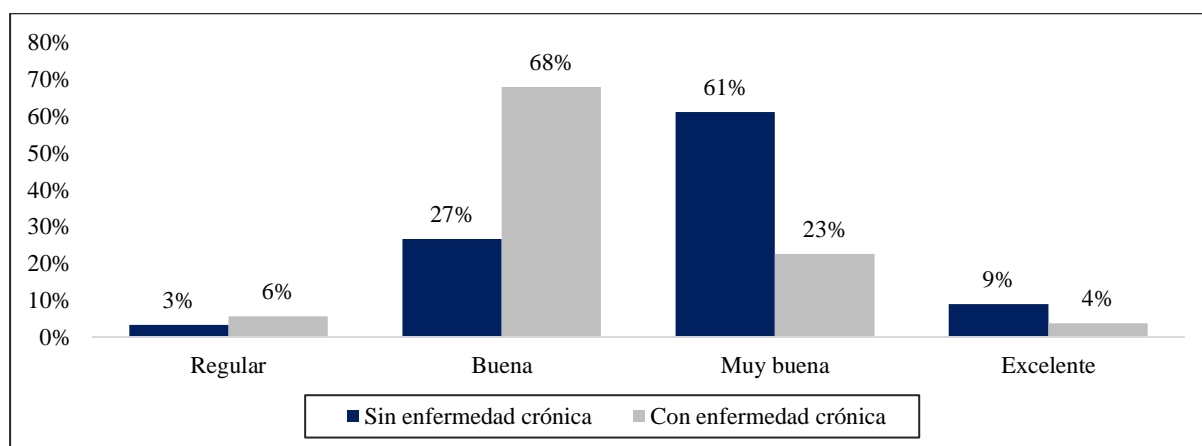


Figura 15 Estado de salud percibido por tipo de paciente crónico - no crónico

Estado de salud percibido frente a sus pares

En el reactivo “Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas”, los encuestados evalúan su estado de salud frente a sus pares. La mayoría de la muestra identificó esta aseveración como totalmente falsa. Mientras, un 22% de la muestra respondió no sé, un 5% asegura que la aseveración es bastante cierta y un 2% totalmente cierta; este grupo se identifica con un nivel de salud percibido más bajo (ver Figura 16).

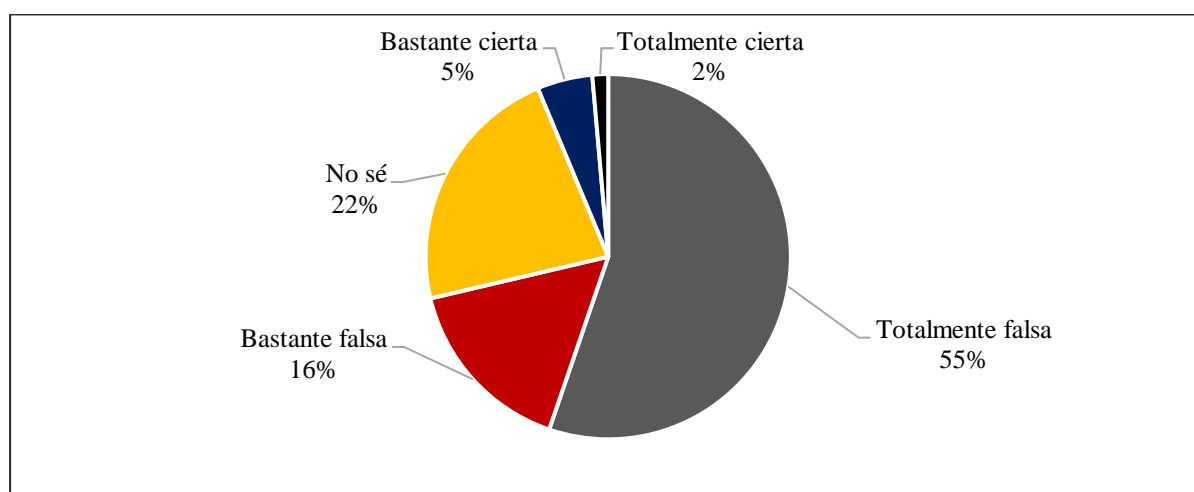


Figura 16 Enfermo más fácilmente que el resto de personas

Al evaluar este mismo reactivo “Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas” entre participantes con enfermedad crónica y sin enfermedad crónica, se observó una proporción mayor de personas sin enfermedad crónica que reportaron esta aseveración como totalmente falsa. Aproximadamente la tercera parte de pacientes crónicas respondió no sé y un 6% reportó que era bastante cierta. En consecuencia, en este reactivo también se observó una diferencia entre los dos grupos, siendo los pacientes diabéticos el grupo con estado de salud percibido más bajo (ver Figura 17).

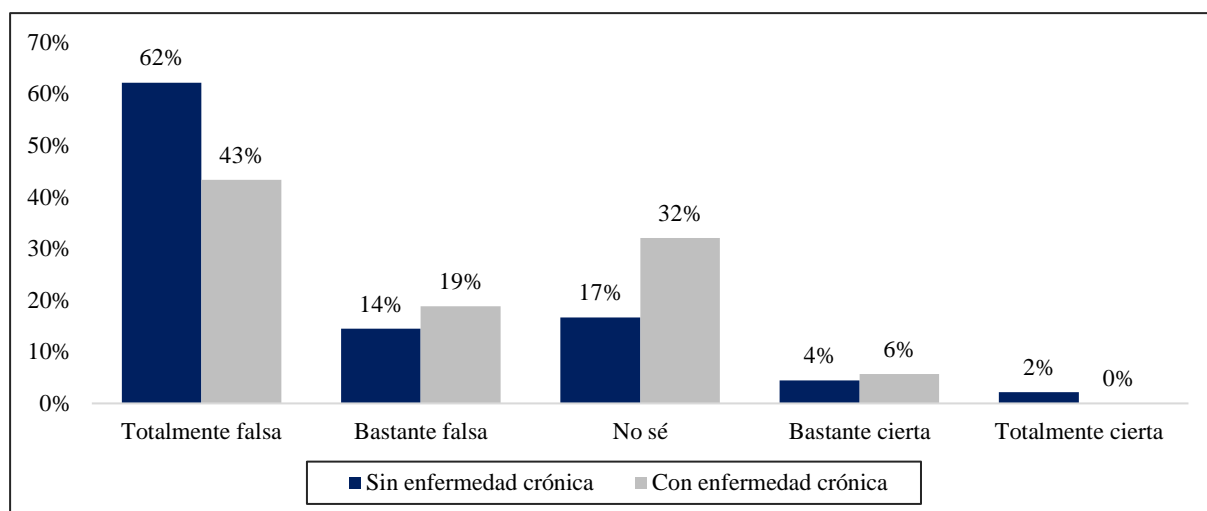


Figura 17 Enfermo más fácilmente que el resto de personas crónicas vs no crónicas

El siguiente reactivo manifiesta “estoy tan sano como cualquiera” en este caso se observó que la mayoría de encuestados se percibe igual de sano que sus pares. Sin embargo, un porcentaje importante de 27% respondió no sé, lo que sugiere que estos participantes no se perciben del todo tan sanos como sus pares. Aún en un nivel más bajo de percepción de salud existió un 12% de encuestados, que respondieron a esta aseveración como bastante falsa o totalmente falsa (ver Figura 18).

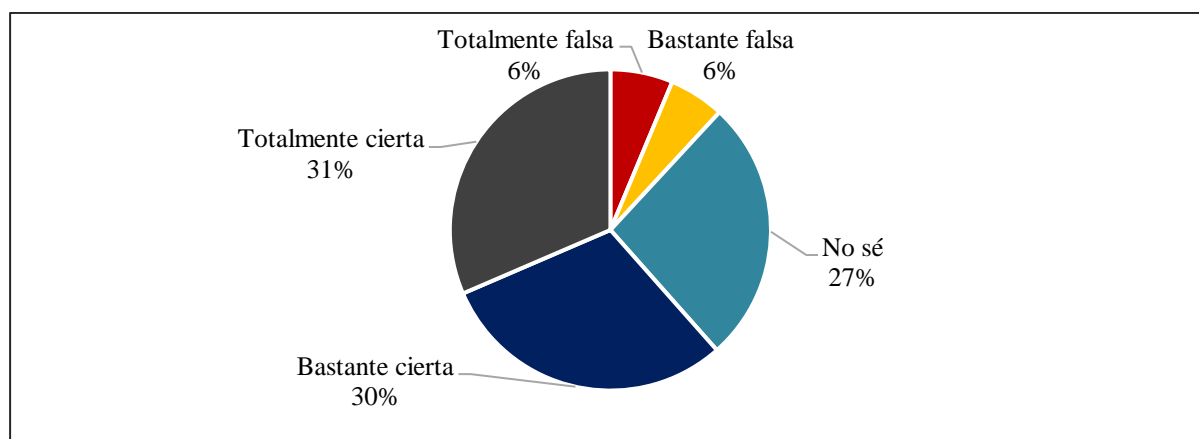


Figura 18 Estoy tan sano como cualquiera crónico vs no crónicos

Al observar el reactivo “estoy tan sano como el resto” separado por paciente crónicos y no crónicos, se pudo corroborar que el porcentaje de pacientes crónicos que perciben esta aseveración como falsa o bastante falsa es mayor que los no crónicos. Así mismo, los

pacientes no crónicos, reportaron en cambio un porcentaje mucho más alto en la respuesta totalmente cierta. Esto demuestra que los pacientes crónicos tienen una percepción de su salud frente a sus pares más deteriorada frente a los no crónicos (ver Figura 19).

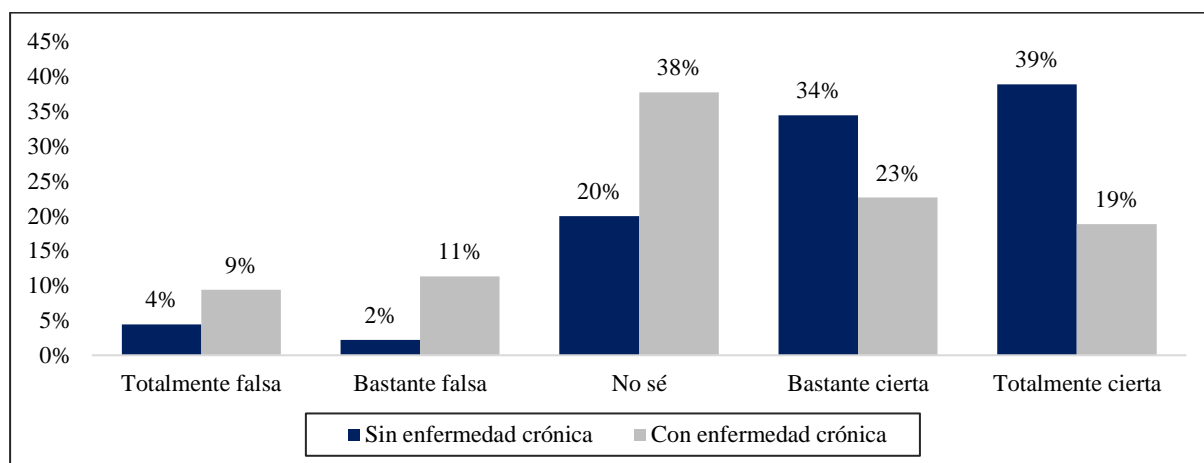


Figura 19 *Estoy tan sano como cualquiera crónicos vs no crónicos*

Evolución de la salud

En la sección evolución de salud se analiza, cómo cree el encuestado que su salud será en un futuro, cómo su salud es actualmente y cómo cree que su salud es actualmente comparada a años pasados. La mayoría de los encuestados aseveró que su salud no empeoraría, es decir, para la mayoría de los encuestados, alrededor de un 59% la aseveración “creo que mi salud va a empeorar” es falsa (ver Figura 20).

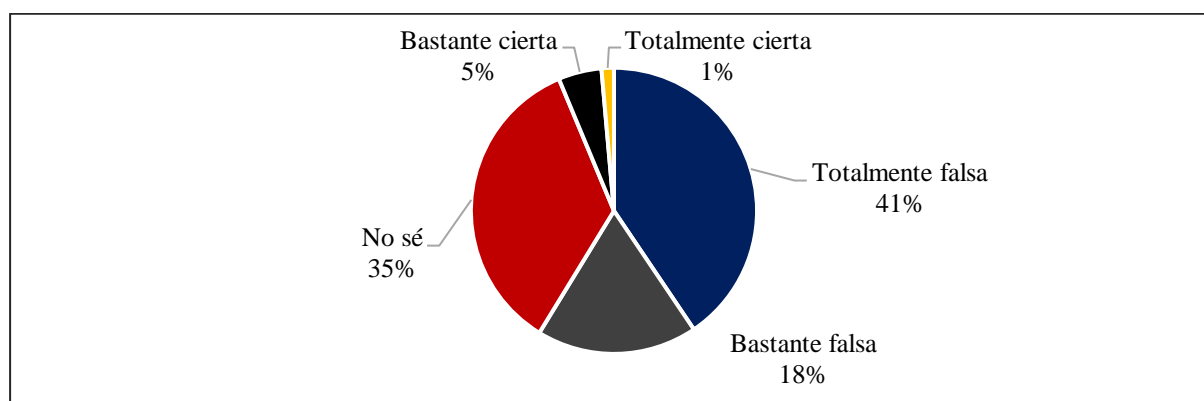


Figura 20 *Creo que mi salud va a empeorar*

Al comparar este reactivo entre pacientes crónicos y no crónicos, también se pudo observar que el porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas que reporta la aseveración “creo que mi salud va a empeorar” como totalmente falsa es mucho menor que en los pacientes sin enfermedad crónica. En el caso de personas con enfermedad, la respuesta con mayor frecuencia fue no sé, y se reportó un 6% de personas con enfermedad crónica que reportó la aseveración como bastante cierta (ver Figura 21).

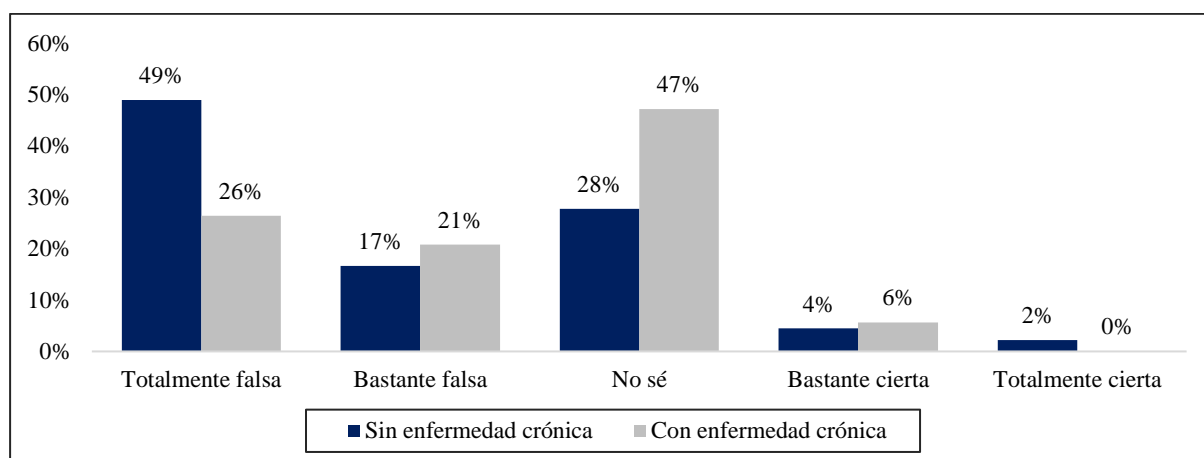


Figura 21 *Creo que mi salud va a empeorar crónicos vs no crónicos*

En el ítem “mi salud es excelente” se observó un 69% de la muestra que reportó esta aseveración como cierta. Indicando que la mayoría de encuestados percibe su actual salud como excelente. Sin embargo, también hubo un porcentaje importante de personas que reportaron no sé en esta aseveración, indicando una cierta inconformidad con su salud actual (ver Figura 22).

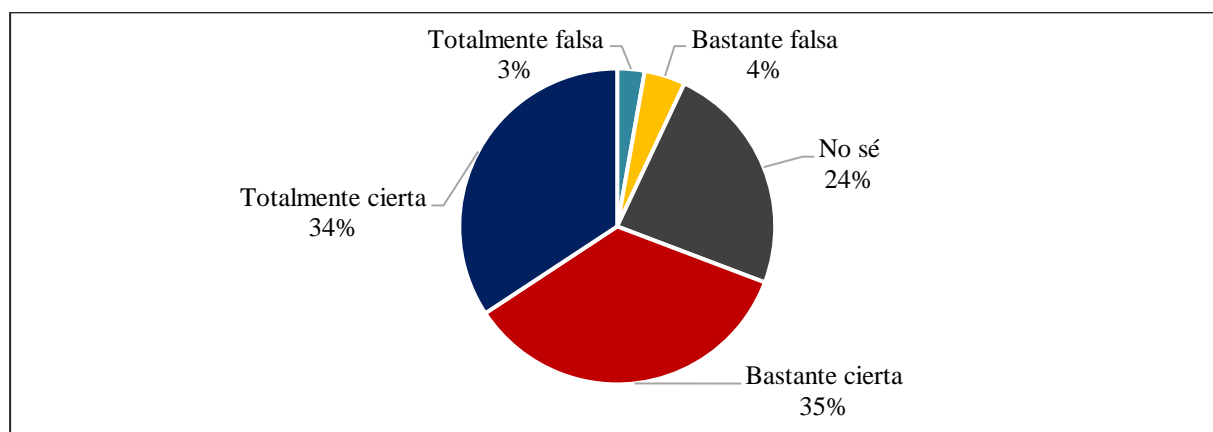


Figura 22 *Mi salud es excelente muestra total*

Al contrastar este ítem entre crónicos y no crónicos, se observó que solo alrededor de un 20% de la muestra de pacientes crónicos considera su salud como excelente, frente a un 40% de pacientes no crónicos. La mayoría de pacientes crónicos respondieron a esta aseveración como no sé, y, aún más notable es que un 14% de pacientes crónicos considera la aseveración “mi salud es excelente” como falsa (ver Figura 23).

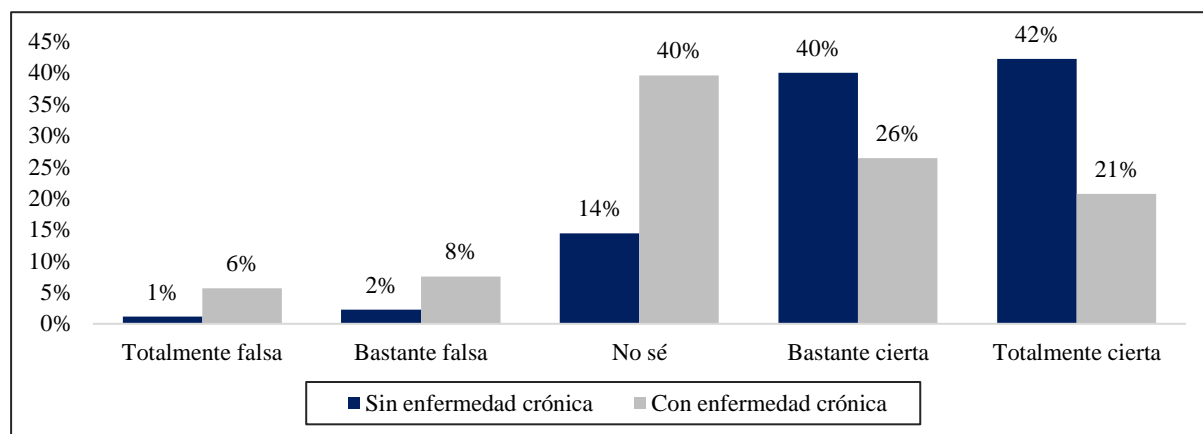


Figura 23 *Mi salud es excelente crónicos vs no crónicos*

El último ítem de evolución de salud corresponde al contraste de la salud actual con la salud el año pasado. En la muestra total, un poco más de la mitad de participantes (54%) considera que su salud es igual que a la del año pasado. Un 19% considera que es mejor y un 17% mucho mejor. Solo un 10% indicó que su salud es algo peor frente a la del año pasado (ver Figura 24).

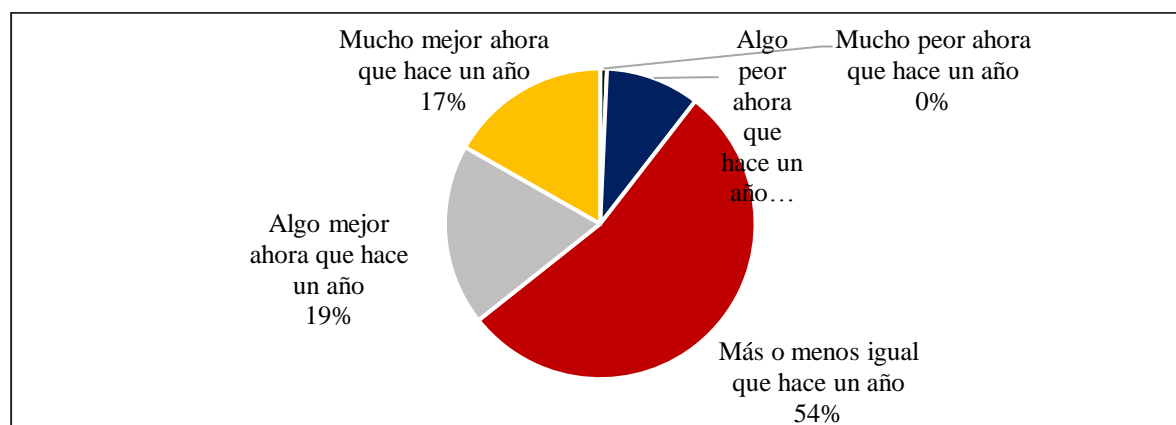


Figura 24 *Evolución de salud: ¿en comparación al año anterior su salud se encuentra? Muestra total*

Al evaluar este ítem entre crónicos y no crónicos, se observó que los pacientes con enfermedad crónica fueron menos propensos a responder que su salud está mucho mejor que el año pasado. Pero, un punto positivo que se obtuvo en la respuesta algo mejor ahora, en esta opción se observó una mayoría de pacientes con enfermedad crónica. Un 15% de pacientes crónicos reportaron tener una salud algo peor que el año pasado y un 2% mucho peor que el año salud (ver Figura 25).

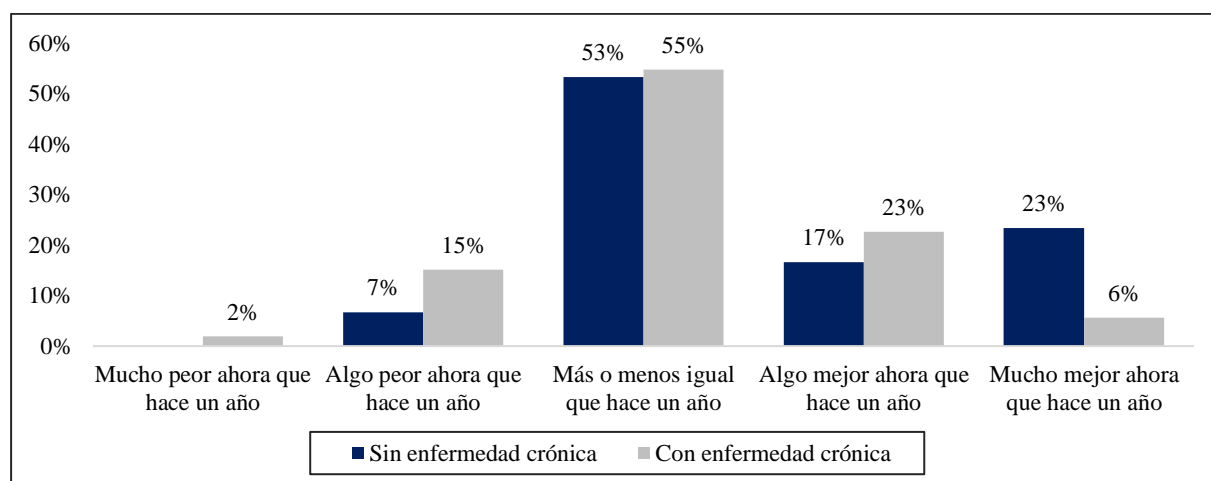


Figura 25 Evolución de salud: ¿en comparación al año anterior su salud se encuentra? Crónicos vs no crónicos

Comparación de estado de salud percibido

Los índices revisados anteriormente: estado de salud general, evolución de salud y estado de salud frente a los pares fueron sumados para obtener un índice global de estado de salud percibido. Donde el valor máximo posible es de 25 puntos y el mínimo es de 5 puntos. El índice para toda la muestra fue de 19.36 puntos. Al comparar entre los grupos se obtuvo 20.32 para pacientes sin enfermedad crónica y 17.72 para pacientes con enfermedad crónica. Esta diferencia fue estadísticamente significativa al 99% de nivel de confianza con un estadístico t de 4.48 (ver Figura 26).

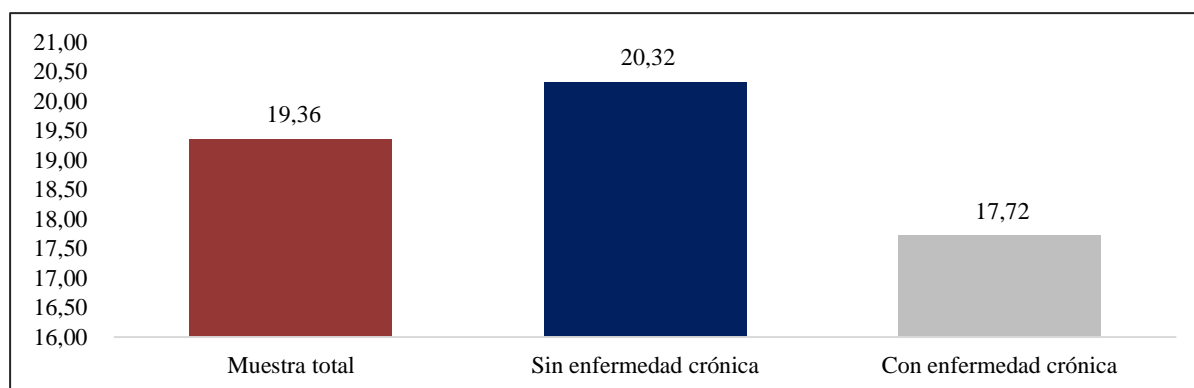


Figura 26 Nivel de salud general

Funcionalidad física

Esta sección se evaluó en tres componentes: (a) función física, (b) rol físico. La primera refiere actividades que involucran físico como caminar, subir escaleras, u otros esfuerzos físicos importantes. Mientras la segunda refiere la medida que el aspecto físico le pudo haber limitado en sus actividades comunes diarias como estudiar, trabajar o quehaceres domésticos.

Función física

La Tabla 7 muestra los promedios de las respuestas a los ítems evaluados del uno al tres, donde el tres indica ninguna limitación, y el uno mucha limitación. En consecuencia, un promedio más alto indica un mejor estado físico para realizar la actividad en cuestión. Se observaron diferencias entre pacientes crónicos y no crónicos, al evaluar los promedios con un nivel de significancia del 95% y 99% de nivel de confianza se detectó una diferencia significativa en la función física en todas las actividades, excepto bañarse y vestirse. En consecuencia, los pacientes con enfermedad crónica reportaron un nivel de función física significativamente más bajo que el resto de la muestra sin enfermedad crónica.

Tabla 7 Comparación de Promedios de Función Física entre Crónicos y No Crónicos

Ítem	Sin enfermedad crónica	Con enfermedad crónica	Diferencia	Significancia
Esfuerzos intensos	2,76	2,17	0,59	0,01
Esfuerzos moderados	2,93	2,62	0,31	0,01
Coger o llevar la bolsa de la compra	2,98	2,85	0,13	0,05
Subir varios pisos por la escalera	2,90	2,58	0,32	0,01
Subir un sólo piso por la escalera	2,97	2,81	0,16	0,05
Agacharse o arrodillarse	2,84	2,58	0,26	0,01
Caminar un kilómetro o más	2,91	2,66	0,25	0,05
Caminar varios centenares de metros	2,91	2,62	0,29	0,05
Caminar unos 100 metros	2,96	2,83	0,13	0,05
Bañarse o vestirse por sí mismo	2,97	2,91	0,06	no sig.
Función física total	29,12	26,64	2,48	0,01

Las Figuras 27 y 28 a continuación muestra los niveles de limitación más desagregados para pacientes con enfermedad crónica y sin enfermedad crónica, respectivamente. En particular, los esfuerzos intensos son aquellos reportados con mayor limitación en los pacientes crónicos, seguidos de esfuerzos moderados y subir escaleras. Mientras, en los pacientes no crónicos, las limitaciones fueron bastantes bajas.

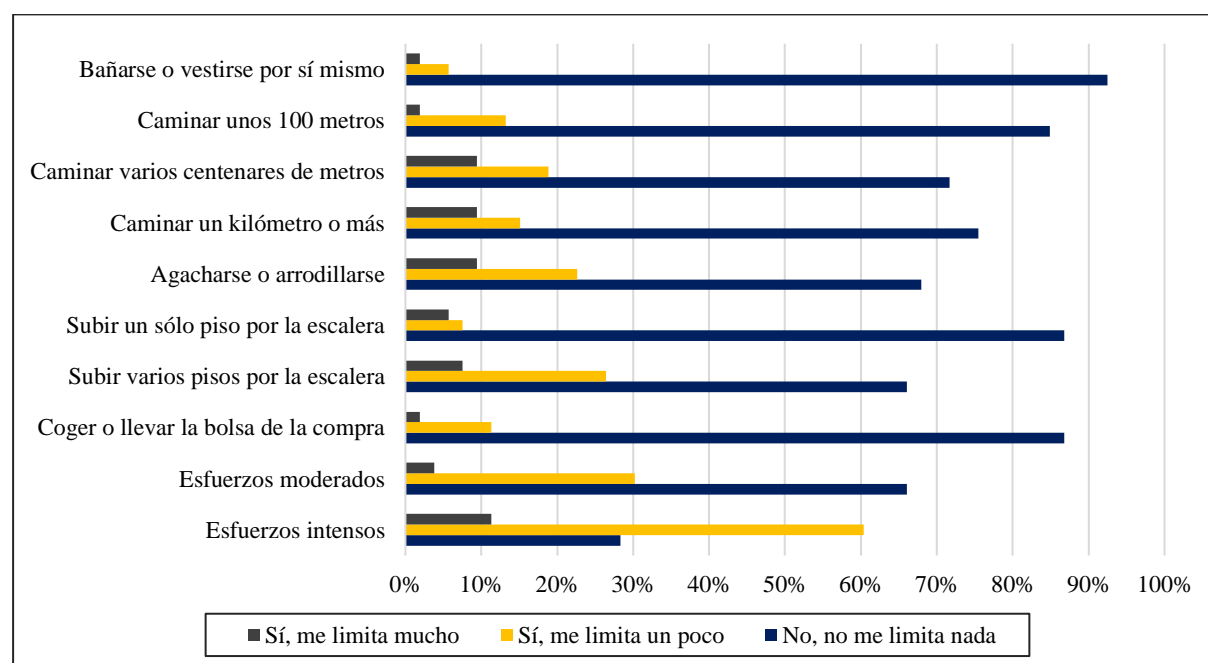


Figura 27 Niveles de limitación en actividades físicas pacientes con enfermedad crónica

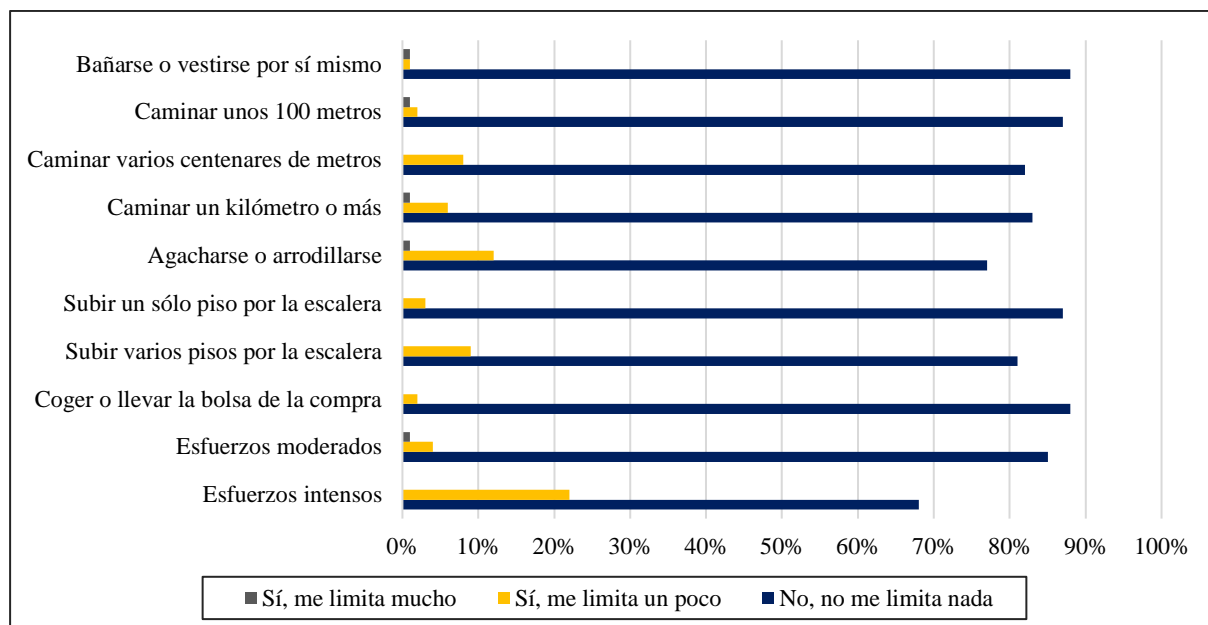


Figura 28 Niveles de limitación en actividades físicas pacientes sin enfermedad crónica

Rol físico

Una medida adicional de la funcionalidad física corresponde al rol físico dentro de las actividades cotidianas como trabajo, ir a estudiar o quehaceres domésticos. La Figura 29 contrasta dichos resultados entre pacientes crónicos y no crónicos. Se observó que mientras aproximadamente el 50% de personas sin enfermedad crónica nunca tuvieron que reducir el tiempo dedicado al trabajo por alguna cuestión física, solo el 41% de personas con enfermedad crónica reportaron nunca. En las personas con enfermedad crónica, incluso hubo alrededor de un 8% que dijo que casi siempre sucede que tiene que reducir el tiempo del trabajo frente solo a un 2% en pacientes sin enfermedad crónica.

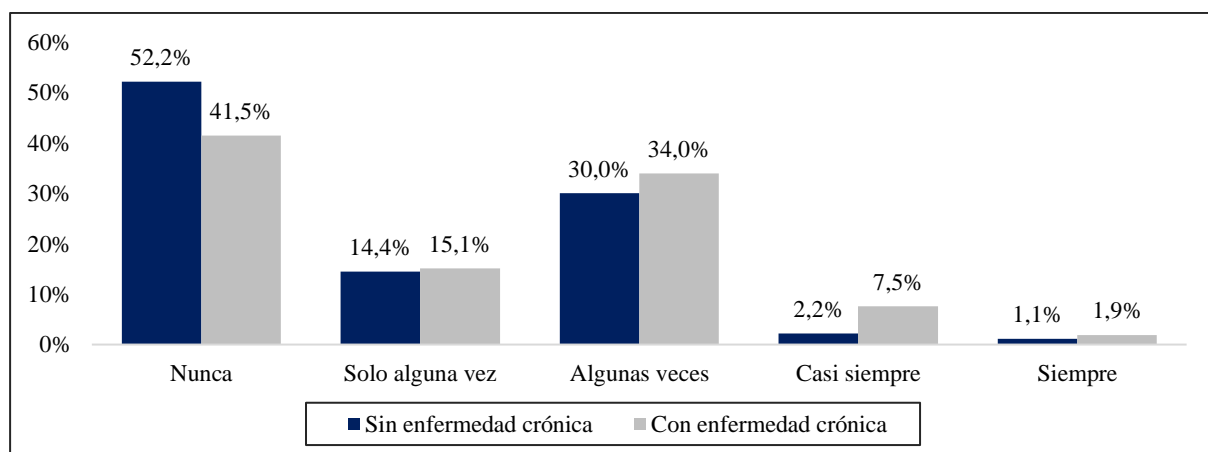


Figura 29 ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? Crónicos vs no crónicos

Por otro lado, en el reactivo de rol físico *¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?*, se notó menos diferencia entre crónicos y no crónicos, pues aproximadamente, en ambos grupos se reportó, nunca haber tenido que reducir alguna actividad por asuntos de limitación física. Así mismo, se observó una mayor proporción de pacientes crónicos en las frecuencias de casi siempre y siempre. Lo que indica que en el caso de los pacientes crónicos es un poco más frecuente la reducción del tiempo de alguna actividad por cuestiones de limitación física (ver Figura 30).

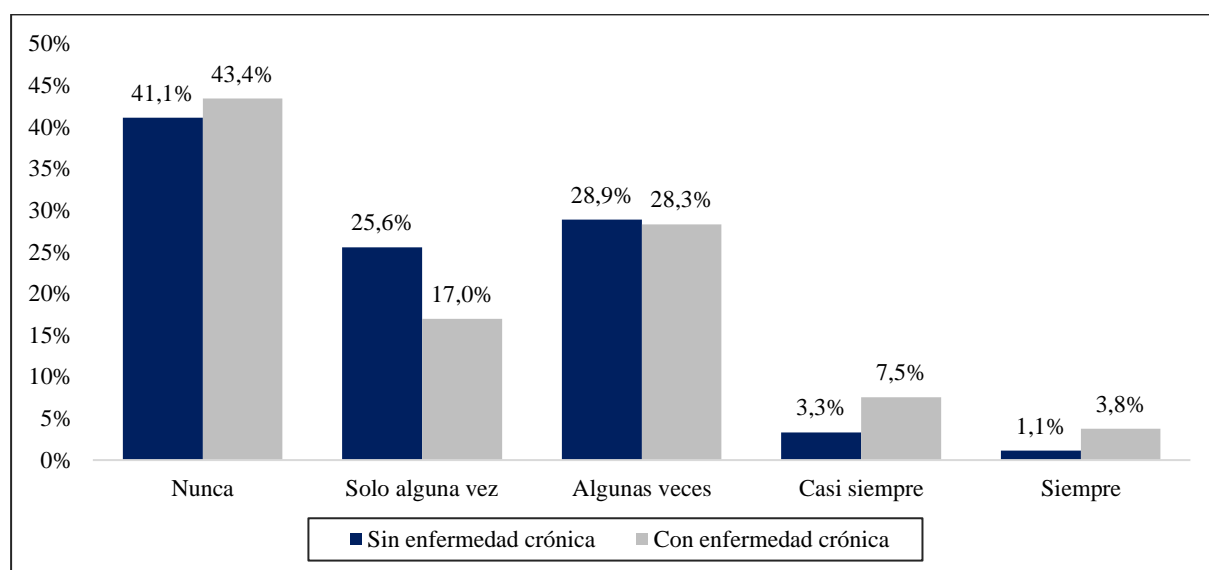


Figura 30 *¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? Crónicos vs no crónicos*

El siguiente reactivo es *¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?* En este caso se observaron patrones similares a los ítems anteriores. También una proporción cercana a 40% se reportaron en la frecuencia de nunca. Y, las respuestas casi siempre y siempre, hubo una predominancia de pacientes con enfermedad crónica, con 9.4% y 3.8% frente solo 3.3% y 1.1% de los pacientes sin enfermedad, respectivamente (ver Figura 31).

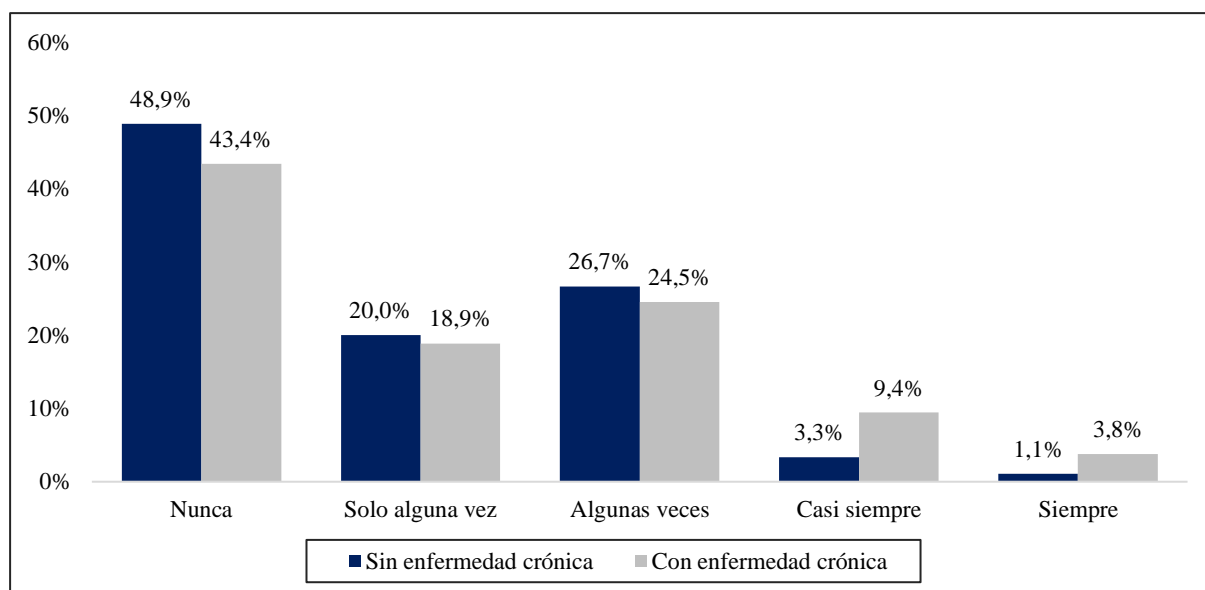


Figura 31 ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? Crónicos vs no crónicos

El último ítem de rol físico fue *¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?*, donde también se observaron patrones similares a las preguntas anteriores. Sin embargo, en este caso la proporción que reportó nunca, fue más alta en pacientes sin enfermedad, alcanzando el 50% frente solo al 39% de pacientes crónicos. También se observó una mayor proporción de pacientes crónicos en las respuestas casi siempre 9.4% y siempre 3.8% frente solo al 3.3% y 0% en pacientes sin la enfermedad (ver Figura 32).

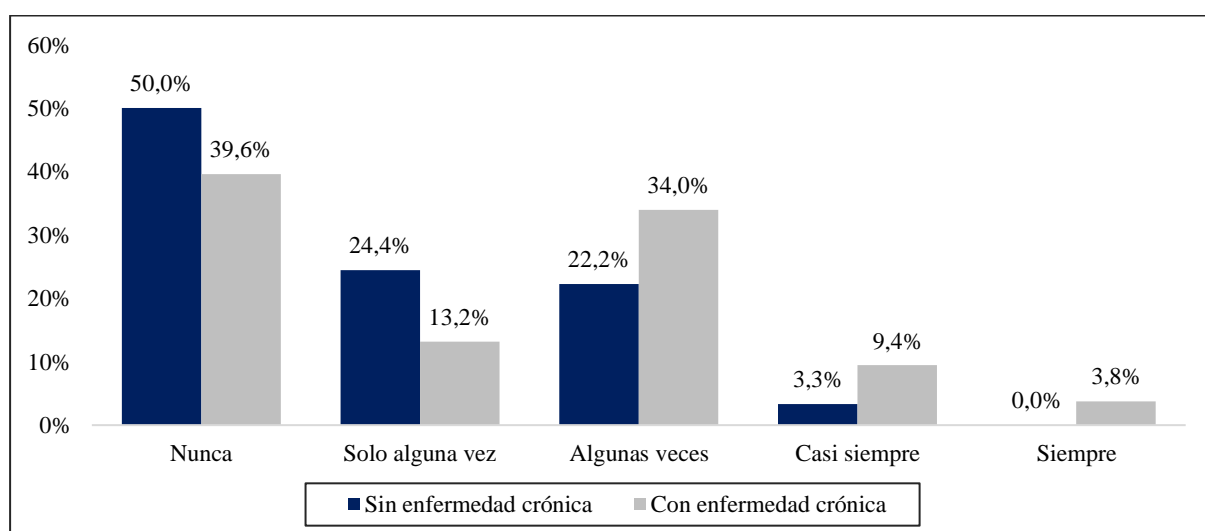


Figura 32 ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?, Crónicos vs no crónicos

Si bien se notaron diferencias entre pacientes con enfermedad crónica y pacientes sin enfermedad crónica mediante los gráficos anteriores, se requirió realizar una prueba para verificar si estas diferencias fueron importantes y en definitiva saber si los pacientes crónicos tienen un rol físico significativamente más deteriorada que el resto de la muestra sin enfermedad. Para ello, se obtuvieron los promedios en las respuestas de cada ítem, donde un mayor máximo de 5 indica ninguna dificultad o rol físico excelente, y un valor mínimo de 1 indica rol físico deteriorado. La Tabla 8 presenta los promedios para el rol funcional para crónicos y no crónicos, donde se puede observar que en todos los ítems los pacientes sin enfermedad crónica reportan promedios más altos.

Tabla 8 *Comparación de Promedios de Función Física entre Crónicos y No Crónicos*

Ítem	Sin enfermedad crónica	Con enfermedad crónica	Diferencia	Significancia
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	4,02	3,89	0,14	0,48
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	4,14	3,87	0,28	0,14
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	4,12	3,89	0,24	0,23
¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	4,21	3,75	0,46	0,02
Rol funcional total	16,50	15,40	1,10	0,13

En consecuencia, un promedio más alto en la sumatoria de todos los ítems de rol funcional, es decir, el rol funcional total. Sin embargo, al realizar la prueba de contrastes entre los promedios, se pudo detectar que la única diferencia importante se dio el ítem que refleja la dificultad en realizar tareas derivadas del rol físico, mientras una persona sin enfermedad crónica reporta en promedio 4.21 puntos en esta parte del rol funcional, una persona con enfermedad reporta en promedio 3.75 puntos y esta diferencia resultó significativa al 95% de

nivel de confianza. En consecuencia, este análisis revela que entre pacientes crónicos y no crónicos no existió una diferencia en reducir, dejar de hacer o hacer menos actividades cotidianas; pero sí, hay diferencia en la dificultad que en algunos casos puede presentarse al realizar tareas cotidianas ligadas al rol físico que conlleva.

Bienestar mental

Para la evaluación del bienestar mental se involucran algunos componentes, en el caso del cuestionario SF-36 se incorporan tres conceptos: salud mental, vitalidad y rol emocional. A continuación, se presentan los resultados para cada uno de estos componentes.

Vitalidad

En vitalidad se evalúa el grado de energía y vitalidad que reporta el paciente, de manera auto percibida y en qué frecuencia presenta dicho estado: nunca, solo alguna vez, algunas veces, casi siempre o siempre. En el primer ítem *¿se sintió lleno de vitalidad?*, se observó que en pacientes sin enfermedad crónica la respuesta siempre fue la que registró el porcentaje más alto, y de hecho, fue el doble que pacientes con enfermedad crónica: 54% frente solo al 24% con enfermedad crónica. La respuesta más común en pacientes crónicos fue casi siempre 37% seguida de algunas veces 28%. En general, se pudo observar diferencias importantes en las respuestas entre crónicos y no crónicos (ver Figura 33).

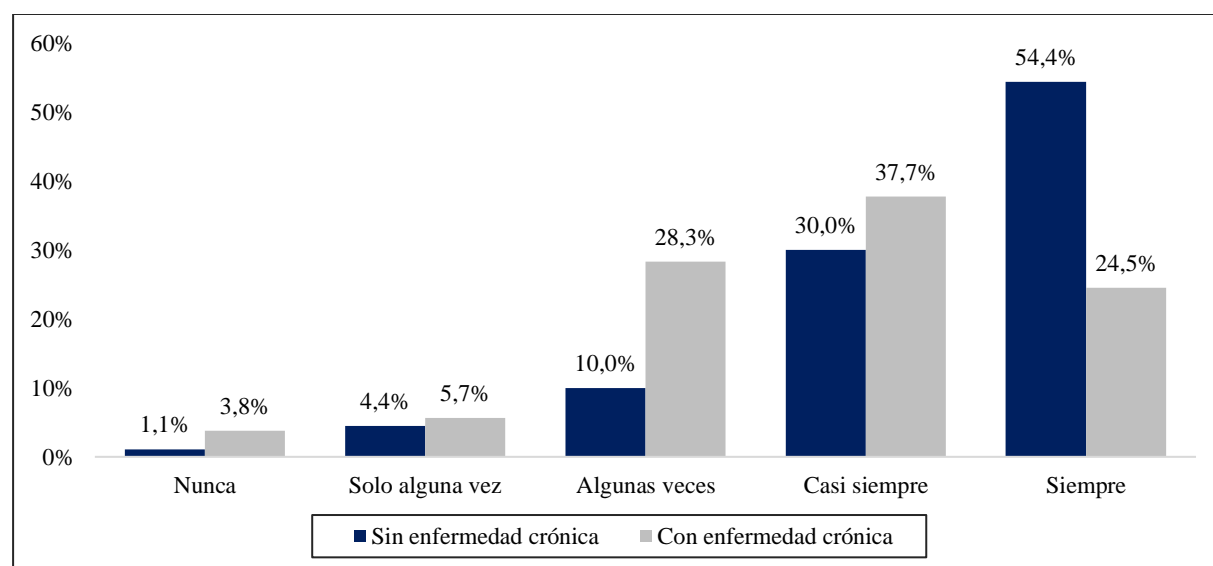


Figura 33 Se sintió lleno de vitalidad Crónicos vs no crónicos

El siguiente ítem manifiesta *¿tuvo mucha energía?*, en este ítem se reflejaron patrones similares a la pregunta anterior, donde se observó que en pacientes sin enfermedad crónica la respuesta siempre fue la que registró el porcentaje más alto, y este porcentaje fue el doble que pacientes con enfermedad crónica: 51% frente solo al 20% con enfermedad crónica. La respuesta más común en pacientes crónicas fue casi siempre seguida de algunas veces (ver Figura 34).

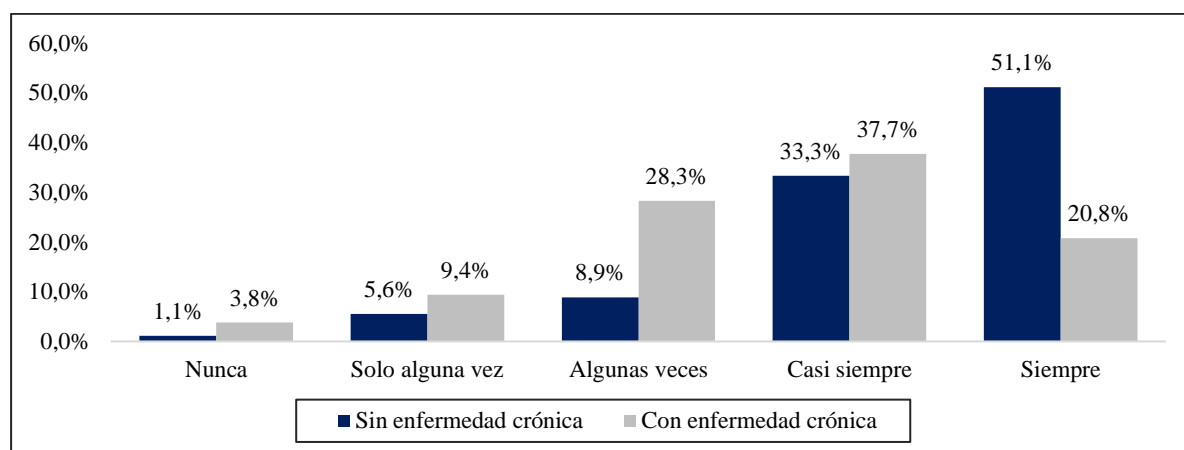


Figura 34 *Tuvo mucha energía Crónicos vs no crónicos*

El ítem tres de vitalidad fue *¿se sintió agotado?*, en este caso sucede lo contrario, la respuesta más común para los pacientes sin enfermedad crónica fue nunca, sin embargo, a diferencia de los ítems anteriores el porcentaje no fue el doble de los pacientes crónicos. La respuesta más común en pacientes crónicos fue algunas veces con 34%, lo que revela que dichos pacientes podrían sentirse agotados con más frecuencia que el resto de la muestra (ver Figura 35).

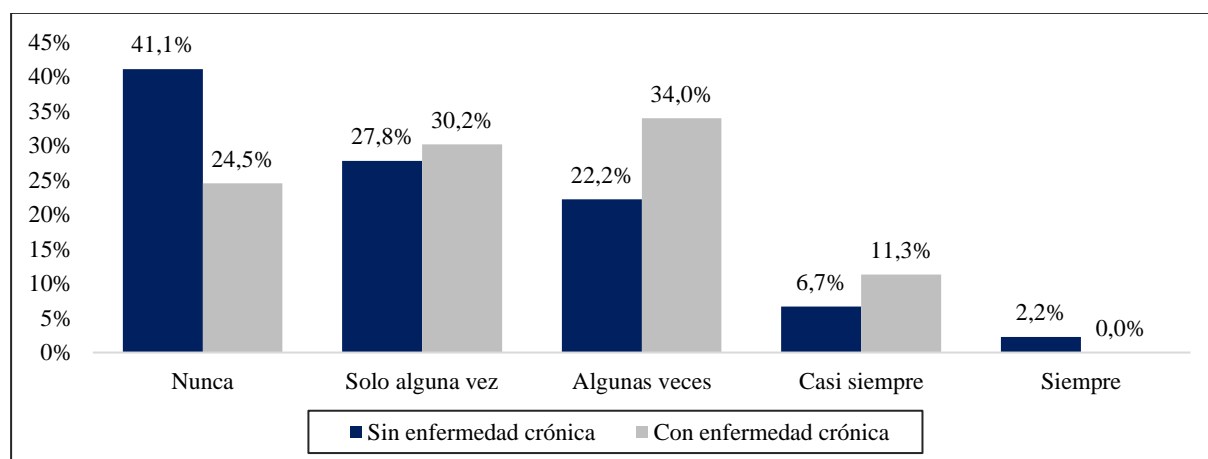


Figura 35 *Se sintió agotado Crónicos vs no crónicos*

El siguiente ítem también fue de carga negativa *¿se sintió cansado?*, en este caso se observó una diferencia menos marcada entre pacientes crónicos y no crónicos, puesto que el porcentaje de respuesta nunca se redujo en pacientes sin enfermedad crónica, pero siguió siendo mayor que los pacientes crónicos. La respuesta más común en los pacientes con enfermedad fue algunas veces (43%). En la respuesta casi siempre, se notó una proporción similar entre pacientes con y sin enfermedad crónica de alrededor de 9%.

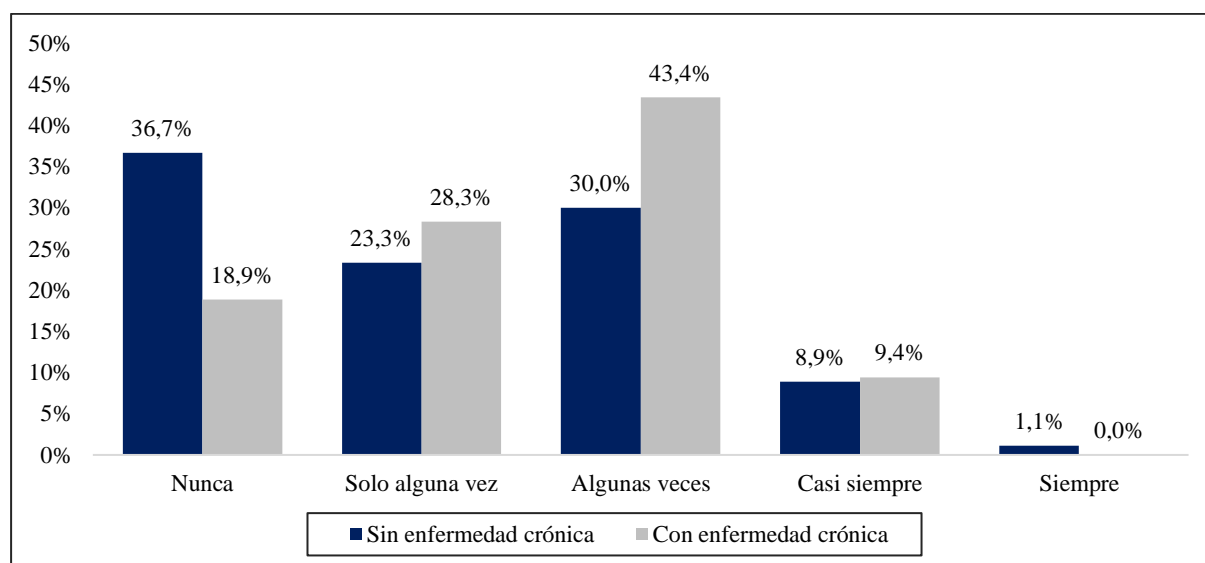


Figura 36 *Se sintió cansado Crónicos vs no crónicos*

Así mismo, para revelar si las diferencias revisadas en los ítems a través de los gráficos de barra y frecuencias, se realizó una prueba a través de los promedios obtenidos en cada ítem. Para ello, cada ítem fue codificado para que un valor mayor indique mayor vitalidad. En los casos de ítems que reflejan cansancio o agotamiento, se codificó inversamente para que el valor más alto (cinco puntos) represente menor grado de agotamiento o cansancio; es decir, mayor vitalidad. En consecuencia, en todos los casos un promedio mayor indica mayor vitalidad. La Tabla 9 presenta los promedios para pacientes con enfermedad y sin enfermedad crónica. En todos los casos se observó un promedio mayor en los pacientes sin enfermedad. Sin embargo, esta diferencia fue significativa en los ítems de vitalidad, energía y vitalidad total al 99% de confianza. Lo que sugiere que los pacientes crónicos reportaron un nivel de vitalidad significativamente menor que el resto de pacientes

sin enfermedad crónica. Sin embargo, el nivel de cansancio y agotamiento no difiere significativamente entre los dos grupos. Lo que sugiere que en la muestra como un todo podrían existir otros factores que también ocasionan cansancio o agotamiento en los dos grupos.

Tabla 9 Comparación de Promedios de Vitalidad entre Crónicos y No Crónicos

Ítem	Sin enfermedad crónica	Con enfermedad crónica	Diferencia	Significancia
se sintió lleno de vitalidad?	4,32	3,74	0,59	0,00
tuvo mucha energía?	4,28	3,62	0,66	0,00
se sintió agotado?	3,99	3,68	0,31	0,08
se sintió cansado?	3,86	3,57	0,29	0,09
Vitalidad total	16,44	14,60	1,84	0,00

Salud mental

En el componente salud mental, se evalúa los niveles de ansiedad, nerviosismo y depresión. En el primer ítem *¿estuvo muy nervioso?*, se observó que mientras la respuesta más común en pacientes sin enfermedad crónica fue nunca, en los pacientes crónico se reportó solo un 32% en nunca y un porcentaje muy similar de 30% en algunas veces (ver Figura 37).

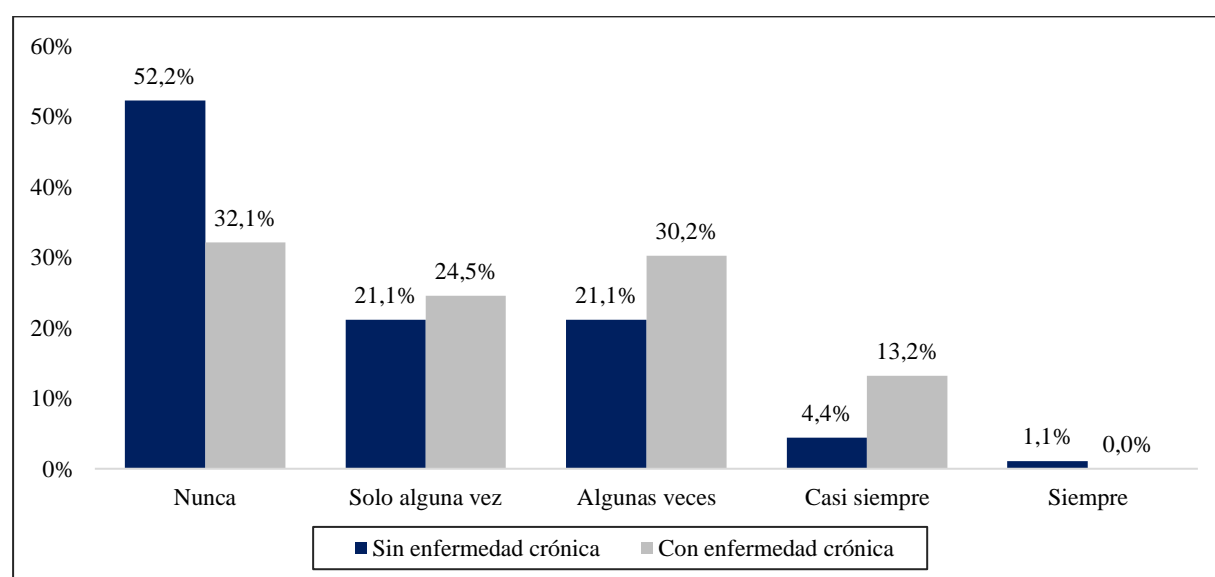


Figura 37 Se sintió nervioso Crónicos vs no crónicos

El siguiente ítem correspondió a *¿se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?*, en este caso se observó un porcentaje aún mayor de pacientes no crónicos en la respuesta nunca, llegando al 70% frente solo al 49% de pacientes crónicos. En este ítem hubo un 0% de respuestas en siempre (ver Figura 38).

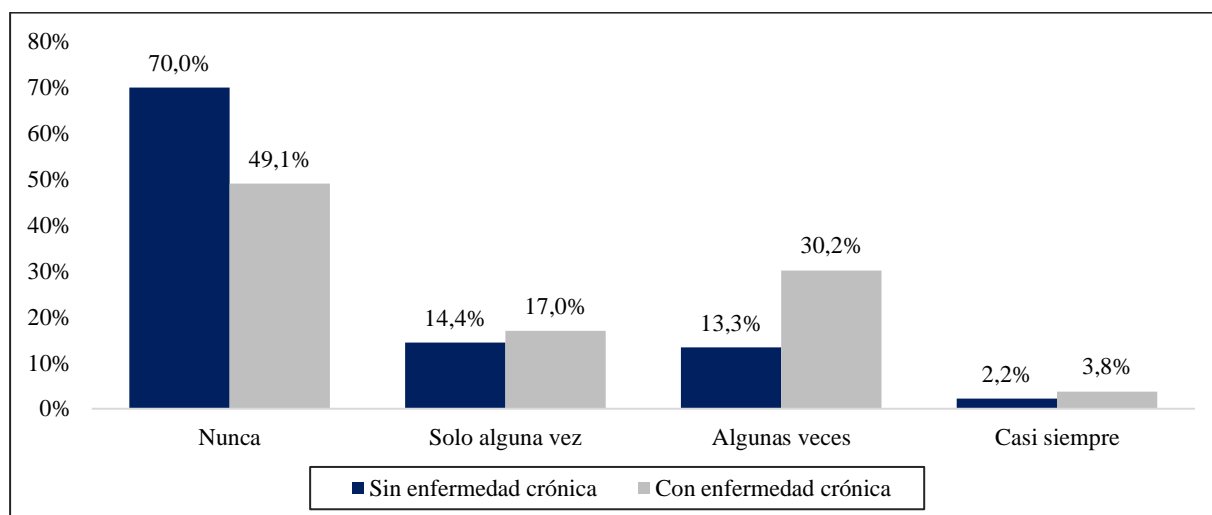


Figura 38 *Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle Crónicos vs no crónicos*

El siguiente ítem correspondió a *¿se sintió calmado y tranquilo?*, una proporción de 54% de pacientes sin enfermedad crónica reportaron siempre sentirse calmados y tranquilos, frente solo a un 35% de pacientes crónicos. En la respuesta casi siempre, se obtuvieron proporciones similares entre los grupos. Sin embargo, hubo una proporción de 9% de pacientes crónicas que reportó nunca sentirse tranquilos, frente solo a un 1% de no crónicos (ver Figura 39).

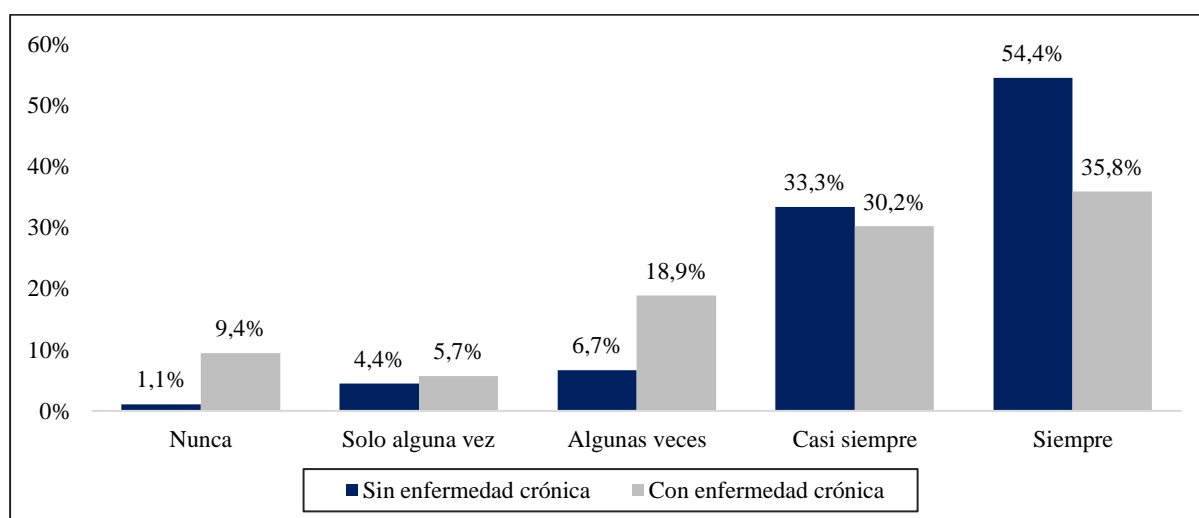


Figura 39 *Se sintió calmado y tranquilo Crónicos vs no crónicos*

El siguiente ítem fue *¿se sintió desanimado y deprimido?*, donde se evidenció que más del 50% de la muestra de pacientes sin enfermedad crónica reportó nunca sentirse deprimido, frente solo a un 32% de pacientes crónicos. En los pacientes crónicos hubo un porcentaje de 32% que respondió sentirse deprimido algunas veces (ver Figura 40).

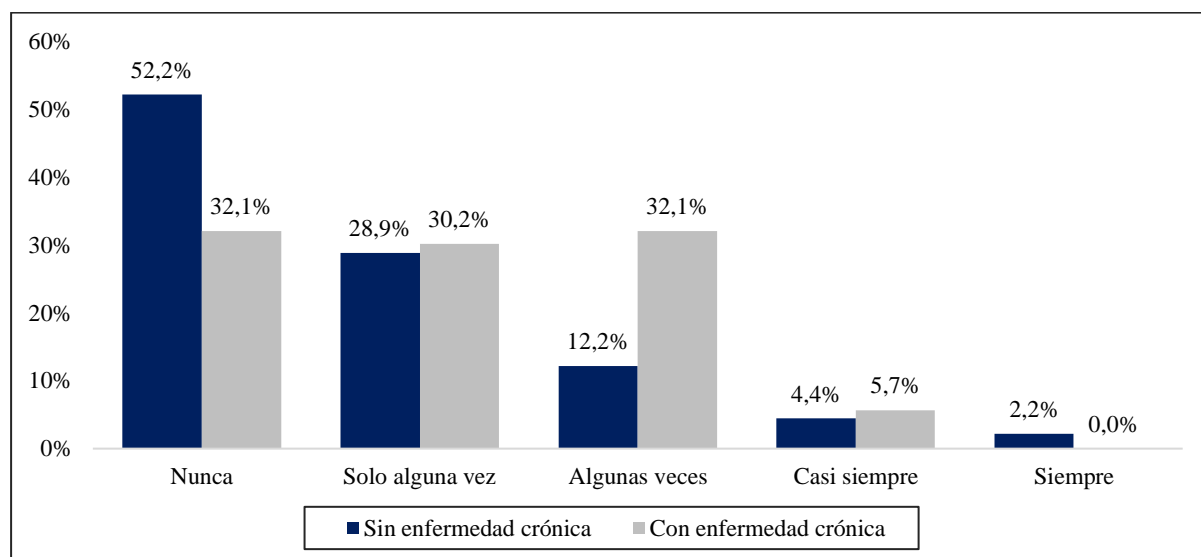


Figura 40 *Se sintió desanimado y deprimido Crónicos vs no crónicos*

El último ítem fue *¿se sintió feliz?*, en este ítem también se observó una diferencia entre pacientes con y sin enfermedad crónica. En la muestra sin enfermedad crónica hubo un 57% de pacientes que reportó siempre sentirse feliz, frente solo un 34% de pacientes crónicos. Además, hubo un porcentaje de 13% de pacientes crónicos que reportó solo alguna vez sentirse feliz y un 3.8% nunca sentirse feliz (ver Figura 41).

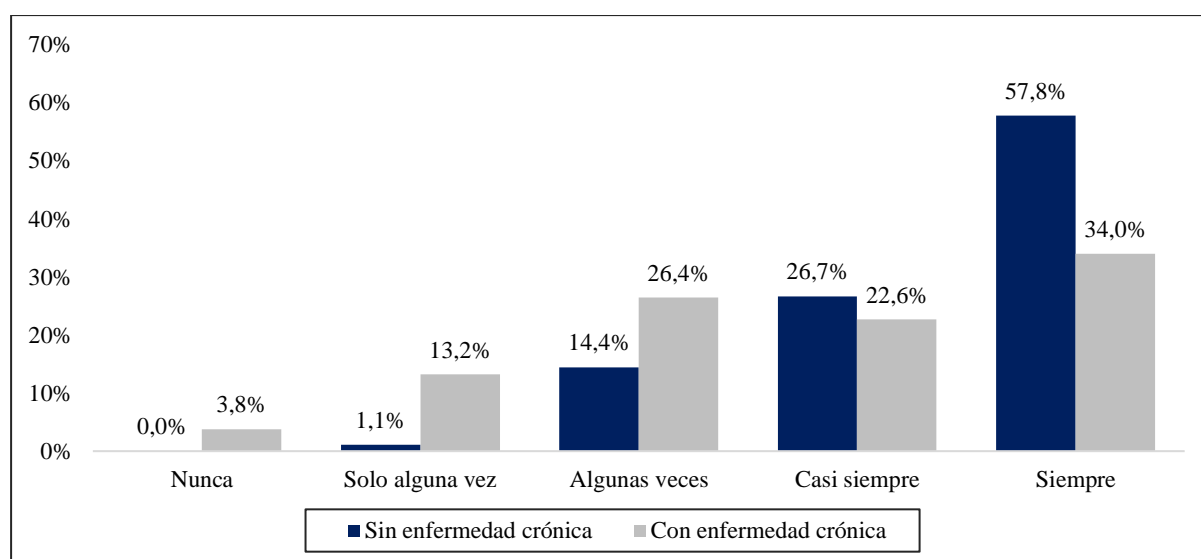


Figura 41 *Se sintió feliz Crónicos vs no crónicos*

Así mismo, se contrastó los promedios de los ítems para determinar si las diferencias observadas gráficamente entre crónicos y no crónicos son significativas. La Tabla 10 presenta los promedios en los ítems de la escala de salud mental, donde se puede corroborar que los pacientes sin enfermedad crónica reflejaron promedios significativamente más altos en todos los casos y en la escala total. En definitiva, se pudo corroborar que los pacientes crónicos presentan niveles de salud mental más bajos que el resto de la muestra sin enfermedad crónica.

Tabla 10 *Comparación de Promedios de Salud Mental entre Crónicos y No Crónicos*

Ítem	Sin enfermedad crónica	Con enfermedad crónica	Diferencia	Significancia
estuvo muy nervioso?	4,19	3,75	0,43	0,02
se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	4,52	4,11	0,41	0,01
se sintió calmado y tranquilo?	4,36	3,77	0,58	0,00
se sintió desanimado y deprimido?	4,24	3,89	0,36	0,03
se sintió feliz?	4,41	3,70	0,71	0,00
Salud mental total	21,72	19,23	2,50	0,00

Rol emocional

El último componente del bienestar mental fue el rol emocional, el cual refleja la medida en que el estado de ánimo puede llegar a interferir en las actividades cotidianas de los encuestados. El primer ítem es este componente fue *¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?*, en este caso se observó que la mayoría de la muestra, en ambos grupos, reportó que nunca o solo alguna vez han tenido que reducir el tiempo de trabajo por problemas emocionales. Los casos de respuestas siempre y casi siempre, fueron escasos en ambos grupos (ver Figura 42).

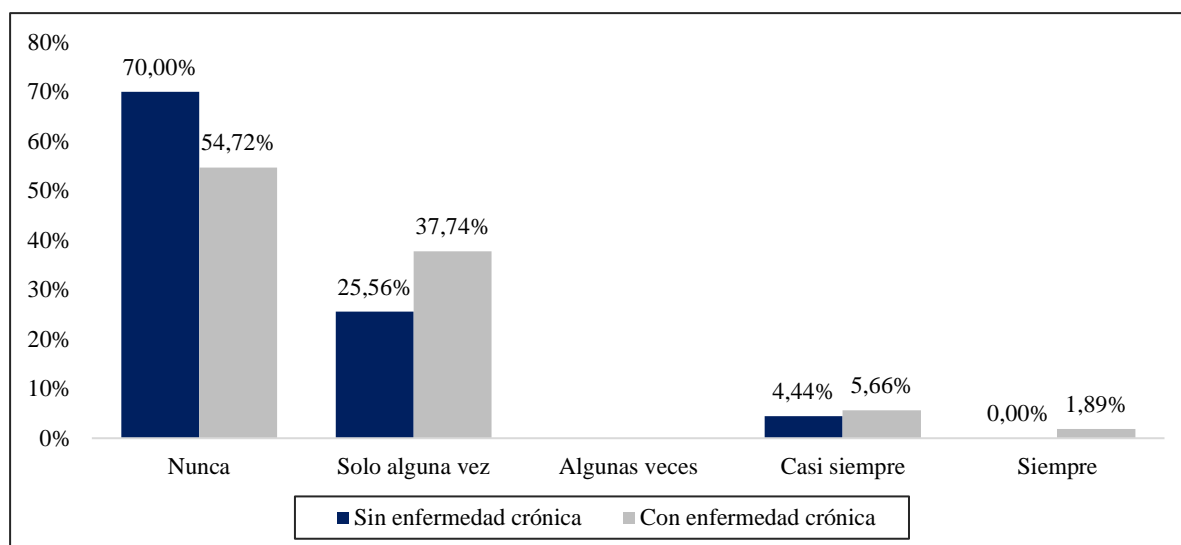


Figura 42 ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional? Crónicos vs no crónicos

El siguiente ítem correspondió a *¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?*, también se observaron patrones similares donde la mayoría de la muestra en ambos grupos reportó nunca y solo alguna vez. Mientras, los porcentajes en casi siempre y siempre fueron bajos (ver Figura 43).

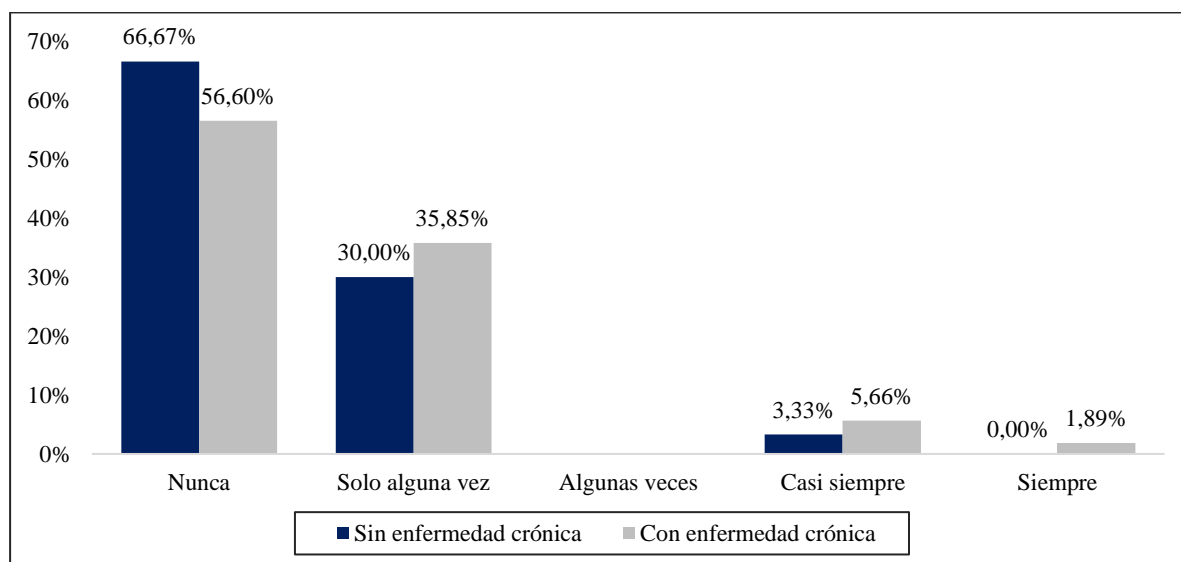


Figura 43 ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional? Crónicos vs no crónicos

El último ítem de rol emocional fue *¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?*, donde también se observaron patrones similares a las dos preguntas anteriores, con la muestra de ambos grupos acumulada en las respuestas nunca y solo alguna (ver Figura 44)

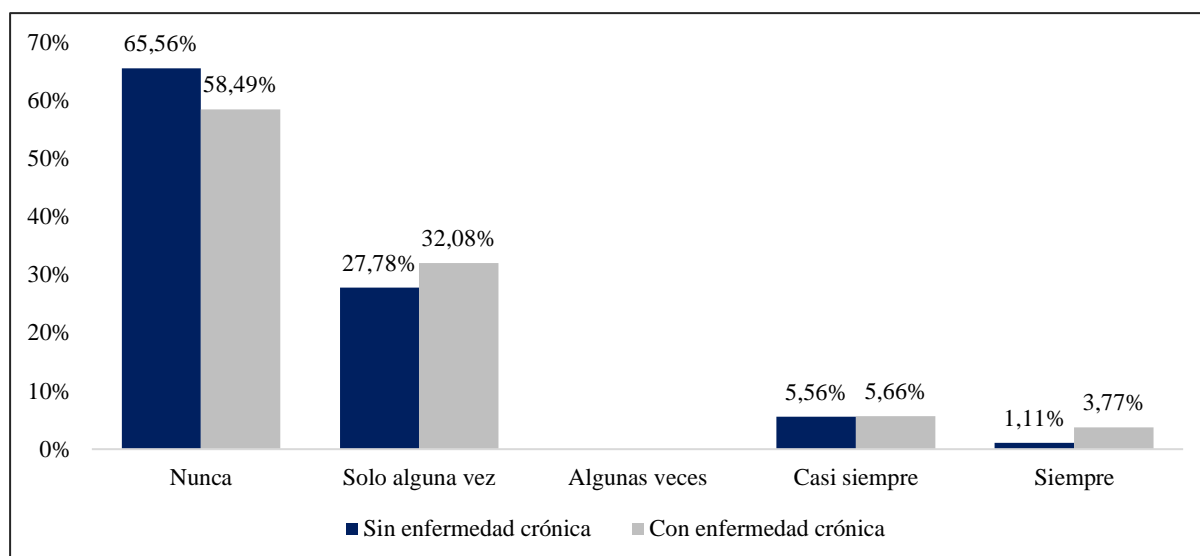


Figura 44 ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional? Crónicos vs no crónicos

Los gráficos permitieron observar que no difieren las respuestas en gran medida entre las muestras de pacientes con y sin enfermedad. Para corroborar dicho resultado se obtuvo el promedio de los ítems. La Tabla 11 presenta los promedios para ambos grupos. Si bien los pacientes sin enfermedad reportaron niveles más altos y por ende menos interferencia de problemas emocionales en las actividades cotidianas, esta diferencia no fue significativa.

Tabla 11 Comparación de Promedios de Rol Emocional entre Crónicos y No Crónicos

Ítem	Sin enfermedad crónica	Con enfermedad crónica	Diferencia	Significancia
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	4,61	4,38	0,23	0,11
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	4,60	4,40	0,20	0,16
¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?	4,51	4,36	0,15	0,36
Rol emocional	13,72	13,13	0,59	0,18

Evaluación global paciente con enfermedad crónica frente a sin enfermedad crónica

En esta sección se realiza un resumen de los puntajes de cada dimensión analizada de la parte funcional y bienestar mental entre pacientes crónicos y pacientes sin la enfermedad. La Figura 45 permite evidenciar que en efecto la diferencia más marcada se da en las variables salud general, función física y salud mental; con diferencias que superan los dos puntos. Mientras, en las variables vitalidad y rol físico las diferencias fueron menos marcadas con solo 1.84 puntos y 1.10 puntos, respectivamente (ver Tabla 12). Finalmente, la diferencia en el rol emocional fue muy sutil y menor a un punto.

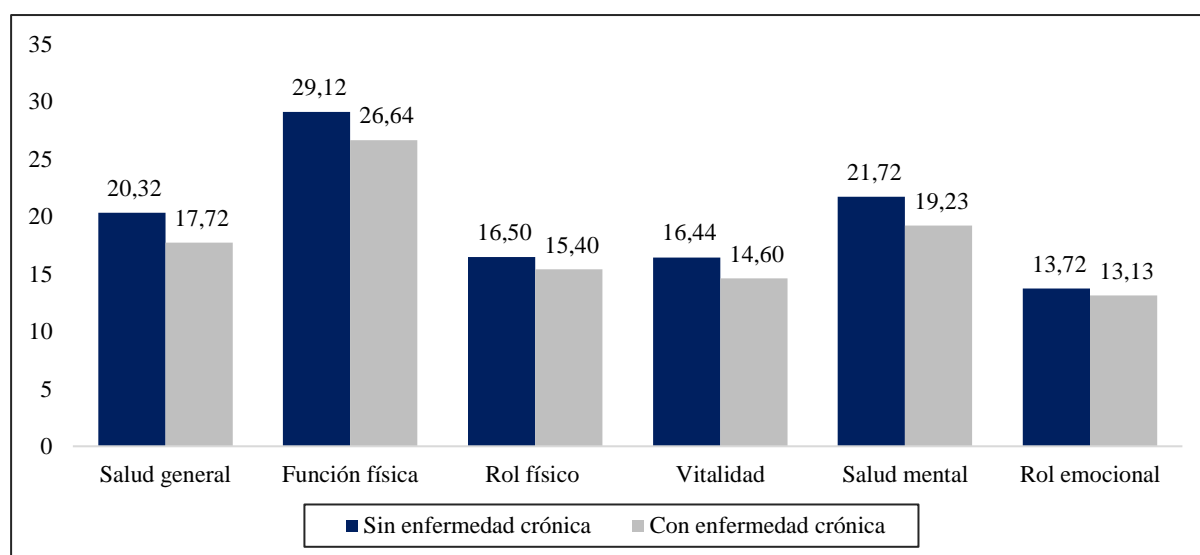


Figura 45 Puntajes promedios de las variables de estudio crónicos vs no crónicos

Tabla 12 Comparación de Promedios en Variables de Estudio entre Crónicos y No Crónicos

Variable	Sin enfermedad crónica	Con enfermedad crónica	Diferencia
Salud general	20,32	17,72	2,61
Función física	29,12	26,64	2,48
Rol físico	16,50	15,40	1,10
Vitalidad	16,44	14,60	1,84
Salud mental	21,72	19,23	2,50
Rol emocional	13,72	13,13	0,59

Efectos entre salud general, salud mental y función física

Para analizar los efectos entre las variables de estudio, se recurrió a técnicas estadísticas que permiten relacionar los valores, en este caso las sumatorias, de salud general, salud mental y función física; identificando, en primera instancia, el efecto de la presencia de enfermedad crónica en los resultados de salud.

Así, el primer análisis, presentado en la Tabla 13, corresponde a una regresión donde la salud general fue la variable dependiente y la enfermedad crónica, función física y salud mental sus determinantes. El primer modelo solo mide el efecto de la presencia de la enfermedad crónica, así se pudo observar que la enfermedad crónica puede reducir el nivel de salud general en -2.61 puntos. Luego al incluir la función física, el efecto de la enfermedad crónica se reduce a -1.65 y la función física aportaría con 0.39 puntos a la salud general. Finalmente, los resultados revelan un efecto aún mayor de la salud mental, pues al incluir esta variable el efecto de la enfermedad crónica cae a -0.77 y la salud mental aporta en 0.57 puntos a la salud general.

Tabla 13 *Efectos de Enfermedad Crónica, Función Física y Salud Mental sobre la Salud*

General

Variable dependiente	Salud general		
Variables independientes	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Constante	20,32	9,90	3,10
Con enfermedad crónica = 1 / Sin enfermedad crónica = 0	-2,61	-1,65	-0,77
Función física		0,39	0,17
Salud mental			0,57
R cuadrado	0,35	0,48	0,72

Por otro lado, se realizó el mismo procedimiento, pero esta vez estableciendo la variable salud mental como variable dependiente en función de la enfermedad crónica, la función física y la vitalidad. Así mismo, se pudo determinar que el efecto solo de la

enfermedad crónica sobre la salud mental es la reducción de -2.5 puntos. Al incorporar la función física, el efecto de la enfermedad crónica cae a -1.54 y la función física aporta en 0.39 puntos a la salud mental. Finalmente, el efecto de la vitalidad se notó aún más importante, pues redujo el efecto de la enfermedad crónica a -0.77, y la vitalidad aporta con 0.77 puntos a la salud mental (ver Tabla 14).

Tabla 14 *Efectos de Enfermedad Crónica, Función Física y Vitalidad sobre Salud Mental*

Variable dependiente	Salud mental		
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Variable			
Constante	21,72	10,49	5,90
Con enfermedad crónica = 1 / Sin enfermedad crónica = 0	-2,50	-1,54	-0,77
Función física		0,39	0,05
Vitalidad			0,87
R cuadrado	0,32	0,44	0,81

Un último resultado interesante, se obtuvo a través de la correlación obtenida individualmente para pacientes con enfermedad crónica y sin enfermedad crónica. La Tabla 15 presenta dichos resultados, revelando que la relación entre estas dos variables es significativa únicamente en el caso de los pacientes con enfermedad crónica. Mientras, en los pacientes sin enfermedad crónica dicha relación no se manifestó alta en magnitud y tampoco significativa.

Tabla 15 *Correlaciones entre Salud Mental y Función Física por Grupos Con Enfermedad Crónica vs. Sin Enfermedad Crónica*

		Función física
Sin enfermedad crónica	Salud mental	0,14
	Significancia	0,19
Con enfermedad crónica	Salud mental	0,47
	Significancia	0,00

Análisis de confiabilidad de todas las variables

A continuación, se presentan los resultados del análisis de confiabilidad del instrumento para la totalidad de las variables (Tabla 16). La confiabilidad determinada es alta alcanzando un valor de 0,810, la cual significa que las preguntas del instrumento son consistentes y son capaces de recoger la información que la investigación busca determinar.

Tabla 16 *Análisis de fiabilidad del instrumento completo*

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,810	,856	37

La Tabla 17 presenta los estadísticos descriptivos para la totalidad de los ítems colocados en el instrumento de recolección de datos.

Tabla 17 *Estadísticos de todos los ítems del instrumento*

Estadísticos de resumen de los elementos							
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	2,161	,371	4,944	4,573	13,340	1,336	37
Varianzas de los elementos	,800	,080	2,095	2,016	26,330	,246	37
Covarianzas inter-elementos	,082	-,570	1,020	1,590	-1,787	,080	37

El resumen de los ítems aplicados muestra valores promedios en el rango estimado que va entre 2,161 y 4,944 en un rango de 5 puntos Likert. Las varianzas resultan adecuadas ubicándose en 1,336 para los 37 elementos del cuestionario. Finalmente, la significación determinada se confirma al 1% lo que permite afirmar que las mediciones determinadas son representativas de la realidad ($P = 0,000$) (Tabla 18).

Tabla 18 Prueba ANOVA para los ítems del instrumento

ANOVA					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-personas	535,049	142	3,768		
Inter-elementos	6879,817	36	191,106	266,295	,000
Intra-personas Residual	3668,615	5112	,718		
Total	10548,432	5148	2,049		
Total	11083,482	5290	2,095		

Media global = 2,1612

Análisis factorial de las variables

Para finalizar se realizó un análisis factorial para las variables de estudio con sus respectivos ítems. Todas las escalas presentaron altos índices de correlación en sus ítems.

En la escala de salud general uno de los ítems que presentó bajo nivel de correlación fue el ítem uno. A pesar de ello, se obtuvo un alto índice de confiabilidad reflejado en las cargas factoriales (Tabla 19).

Tabla 19 Análisis factorial salud general

Ítem	Componente
En general, usted diría que su salud es:	,460
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	,845
Estoy tan sano como cualquiera	,749
Creo que mi salud va a empeorar	,794
Mi salud es excelente	,808
KMO	,670
Varianza	,730
Alfa de Cronbach	,770

Así mismo, para la escala de función física se obtuvieron correlaciones altas en casi todos los ítems. Se obtuvieron correlaciones relativamente bajas en el ítem uno y en el último, sin embargo, sus valores aún son tolerables para ser conservadas como parte de la medición de función física. Se obtuvo un índice KMO de 0.86 calificado como muy bueno, lo que indica que los ítems son adecuados para ser agrupados en una sola dimensión. Los ítems utilizados logran el 58% de la varianza del constructo función física. Finalmente, el coeficiente Alfa de Cronbach de 0.91 indica una alta confiabilidad en el instrumento (Tabla 20).

Tabla 20 *Análisis factorial función física*

Ítem	Componente
Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	,568
Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora]	,818
Coger o llevar la bolsa de la compra	,745
Subir varios pisos por la escalera]	,832
Subir un sólo piso por la escalera	,826
Agacharse o arrodillarse	,824
Caminar un kilómetro o más	,872
Caminar varios centenares de metros	,873
Caminar unos 100 metros	,764
Bañarse o vestirse por sí mismo	,422
KMO	,867
Varianza	,588
Alfa de Cronbach	,912

Los ítems en la escala de salud mental reportaron correlaciones altas. Los ítems que reflejan correlaciones negativas son aquellos que corresponden a una proposición inversa al constructo. Dado que los ítems de nervios, desánimo y depresión son los ítems que reportan la valoración positiva, los ítems de alegría y calma muestra el signo contrario. En esta escala además, se obtuvieron altos porcentajes de varianza explicada y también alta confiabilidad (Tabla 21).

Tabla 21 *Análisis factorial salud mental*

Ítem	Componente
estuvo muy nervioso?	,851
se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	,834
se sintió calmado y tranquilo?	-,657
se sintió desanimado y deprimido?	,829
se sintió feliz?	-,599
KMO	,732
Varianza	,816
Alfa de Cronbach	,810

Principales hallazgos y conclusión del capítulo

A partir de los análisis de datos, para el autor los hallazgos más relevantes fueron:

- Tanto los niveles de función física y salud mental difieren significativamente entre los grupos crónicos y no crónicos. Dichos hallazgos también se han reportado en otros estudios como Turner (2017). Los pacientes con enfermedad crónica reportaron niveles de función física y salud mental significativamente más bajos. Sin embargo, esta diferencia no se ve tan marcada en términos de rol físico y emocional al realizar las actividades cotidianas como trabajar, estudiar o quehacer doméstico. Es decir, el paciente con enfermedad crónica realiza dichas actividades relativamente sin afección emocional o física.
- La vitalidad también difiere significativamente entre los grupos. Los pacientes con enfermedad crónica reportaron niveles de vitalidad significativamente más bajos.
- El efecto de la enfermedad crónica sobre la salud en general se va reduciendo conforme se toman en cuenta las variables de función física y salud mental. En especial, la salud mental tiene un efecto más grande y reduce en mayor medida el efecto de la enfermedad crónica sobre la salud en general (Carta et al., 2017; Hernández et al., 2018).

- El efecto de la enfermedad crónica sobre la salud mental se va reduciendo conforme se toman en cuenta las variables de función física y vitalidad. En especial, la vitalidad tiene un efecto más grande y reduce en mayor medida el efecto de la enfermedad crónica sobre la salud mental.
- Existen muchos factores que determinan la salud del individuo, al incorporar estos factores se puede determinar con mayor precisión el efecto de la enfermedad crónica. En este estudio, tras probar diferentes especificaciones, se pudo observar un efecto de la enfermedad crónica menor a un punto, de aproximadamente -0.77.
- La relación entre función física y salud mental resultó solo significativa e importante en magnitud para los pacientes con enfermedad crónica.

Tras estos análisis y el trabajo de metodología, el autor concluye que:

- El SF-36 es un instrumento útil de medición de salud, especialmente para pacientes crónicos, ya que este se ha utilizado en estudios previos para esta misma población (Vilagut et al., 2005).
- El estudio ayuda a evidenciar y reconocer que la salud mental es clave, especialmente, en personas que presentan enfermedades crónicas (Carta et al., 2017; Hernández et al., 2018). Las razones son múltiples y las formas de relación con el resto de resultados de salud también. Podría ser que la función física afecta el estado mental de la persona, y a su vez, que el bienestar mental afecte la función física. Al final, cual se la relación, se evidenció que la salud mental tiene un peso significativo en la vida de personas con enfermedad crónica.

A partir de este reconocimiento, la propuesta se dirige a responder ¿qué se puede hacer para que el bienestar mental de personas con enfermedad crónica sea preservado y tenga efectos positivos sobre su salud general?

Capítulo IV

Programa de Intervención para la Salud Mental de Pacientes con Enfermedades Crónicas en el Hospital Naval Guayaquil HOSNAG

Los resultados obtenidos en la investigación permiten evidenciar que el incentivo e intervención para elevar la salud mental resulta una estrategia viable para mejorar la salud general de los pacientes con enfermedades crónicas. Incluso, debido a las correlaciones encontradas, pueden minimizar los efectos negativos sobre la funcionalidad física. Por ello, la propuesta de la investigación dirige sus esfuerzos para la promoción de la salud mental.

Para el planteamiento de la propuesta y mejor consideración de los recursos del HOSNAG, se recomienda realizar en primera instancia un análisis de la prevalencia e incidencia de bajos niveles de salud mental en los actuales pacientes con enfermedad crónica del HOSNAG; posteriormente, se plantea las estrategias. Por lo tanto, la propuesta denominada *Programa de Intervención para la Salud Mental de Pacientes con Enfermedades Crónicas en el Hospital Naval Guayaquil HOSNAG*, se presenta en dos grandes secciones: (a) Guía para la evaluación y (b) Planteamiento de intervenciones.

Justificación de la estructura del programa

Hace años, el diagnóstico de una enfermedad crónica significaría la muerte, pero no existir los avances médicos necesarios para extender la esperanza de vida. En la actualidad, muchas de los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas pueden seguir viviendo, en algunos casos con seguir una vida normal y en otros casos más severos una vida con diversas intervenciones que degradan el bienestar en general.

Así, aquellos que habrían muerto por su condición ahora pueden sobrevivir, pero hay que considerar el costo emocional del tratamiento a largo plazo y la presión psicológica-mental de la constante y permanente vigilancia médica. Dichos pacientes deben hacer frente a una afección crónica y, sin embargo, las dimensiones emocionales de estas afecciones con

frecuencia se pasan por alto cuando se considera la atención médica. En esta investigación se mostró que, en definitiva, existe una diferencia significativa entre la salud mental de una persona con enfermedad crónica frente a una persona sin la enfermedad. Este resultado, dio paso a formular el programa con esfuerzos esencialmente dirigidos al bienestar psicológico.

Por otro lado, la presente propuesta desarrolla en primer lugar una fase de monitoreo, donde se presenta una guía para implementar dicho monitoreo. Se considera esta fase como un componente esencial para el programa. En Salud Pública, cualquier intervención requiere de un monitoreo una evaluación antes, durante y después de dicha intervención. La primera evaluación, que corresponde a antes del programa, fue llevada a cabo en el capítulo III de esta investigación, donde se justificó la intervención en términos de salud mental. Sin embargo, en este capítulo se incorporan indicadores que se requerirán estimar para que el HOSNAG tenga una base más concreta antes de la implementación del programa y puede evaluar el impacto después de un tiempo de dicho programa. La Figura 46 muestra las fases del programa.

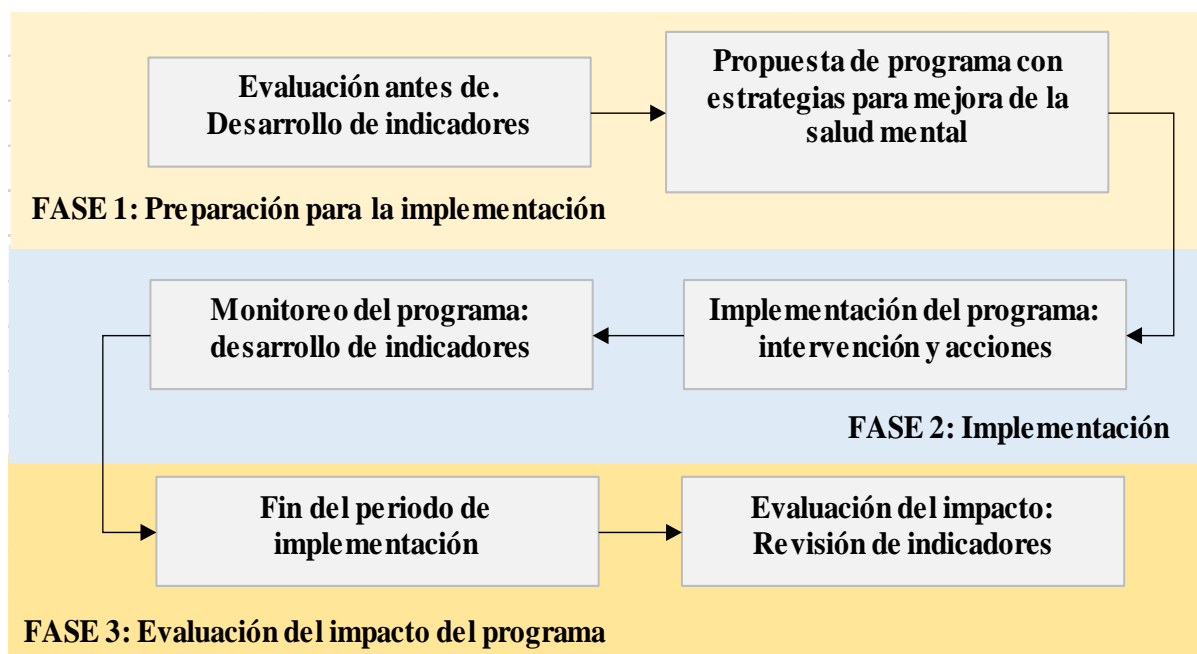


Figura 46 Fases del programa para la salud mental

Evaluación *antes de*: desarrollo de indicadores, prevalencia e incidencia

La evaluación antes de corresponde a la recolección de información para evaluar el estado actual de los beneficiarios del programa. A continuación, se describen algunas guías para llevar a cabo dicha evaluación.

Guía para la evaluación del programa

A continuación, se proponen mecanismos para la evaluación antes, durante y después de la implementación del programa. En algunos casos se explican indicadores existentes propuestas por instituciones internacionales y en otros casos se proponen indicadores creados específicamente para el contexto del programa.

Evaluación *antes de*: Guía para prevalencia, incidencia y otros indicadores

Esta sección propone algunos indicadores para que el HOSNAG tenga una guía para determinar el número actual de pacientes que han reportado enfermedades crónicas respecto a la población de pacientes, es decir la prevalencia; y, para determinar el nivel de riesgo o potencial aumento de pacientes con enfermedades crónicas, es decir la incidencia.

Guía para estimación de la prevalencia

La prevalencia mira a los casos actuales existentes y se calculará como:

$$Prevalencia = \frac{\text{número de casos existentes}}{\text{población}} * 100$$

También, en lugar de expresar la prevalencia como un porcentaje, también se puede describir como el número de personas afectadas en una población de tamaño estándar, por ejemplo, 1 000 personas. Entonces, en su lugar, se calcularía:

$$Prevalencia = \frac{\text{número de casos existentes}}{\text{población}} * 1000$$

Aplicación con los datos HOSNAG

Para un ejemplo de aplicación se utilizaron los datos obtenidos tras aplicar las encuestas. En las encuestas, tras una semana se logró recolectar un total de 312 participantes,

es decir, pacientes del HOSNAG; de estos, solo 52 encuestados reportaron enfermedad crónica. En este caso, la prevalencia sería:

$$Prevalencia = \frac{52}{312} * 100 = 16.67\%$$

O se puede expresar como, 166 de cada 1000 encuestados reportan enfermedad crónica. Hay que recalcar, estos 166 de cada 1000 son casos existentes en un tiempo dado, en este caso durante la primera semana de junio de 2020. Una limitación importante a resaltar es que se podría verificar la estabilidad de este indicador, es decir, que en se podría aumentar el tiempo de recolección de datos, agrandar la muestra y volver más consistente esta medida.

Este indicador es especialmente útil para un futuro estudio donde el muestreo aleatorio, y en condiciones similares por medios electrónicos, si se requiere un número más grande de pacientes crónicos en la muestra, se puede estimar el número de encuestas a realizar para lograr obtener dicho número objetivo de pacientes crónicos. Por ejemplo, si para un nuevo estudio se requiere un total de 332 encuestados con pacientes crónicas, el número de encuestas a realizar aleatoriamente serían al redor de 2000, de los cuales 1 668 serían casos sin la enfermedad y 332 el número de casos objetivos de enfermedad crónica para la muestra.

Como se puede observar, sin tener una base de datos específicamente de pacientes crónicos donde haya un registro de correos electrónicos o contactos; obtener una muestra grande de este grupo representa un desafío importante. Posteriormente, se propondrá la creación de dicha base de datos.

Prevalencia de niveles bajos de salud mental en pacientes con enfermedad crónica

En este estudio, no solo interesa la prevalencia de las enfermedades crónicas, ya que incluso, dicho parámetro de puede también derivar de estadísticas de instituciones como el MSP u OMS, donde se puede encontrar tasas aproximadas de prevalencia para el contexto del HOSNAG. Es necesario, sin embargo, recalcar que aun tomando en cuenta estadísticas a nivel nacional, provincial o cantonal de la prevalencia de las enfermedades crónicas, resulta aún

mejor derivar dicho indicador a partir de datos internos del HOSNAG. Con esto, se puede contrastar y obtener medidas más precisas.

Aún más interesante, y una estadística que no resulta tan fácil de encontrar, es la prevalencia de niveles de salud mental bajo en pacientes con enfermedades crónicas. El aporte de este trabajo consistió en presentar dicho indicador a partir de la muestra obtenida y los análisis realizados. Por tanto, se obtiene un índice de prevalencia de degradación en la salud mental, a través del análisis de la distribución de los datos recolectados. La Figura 47 presenta la prevalencia por nivel de salud mental. La escala de salud mental, puntúa desde 5 hasta 25, donde 25 indica el nivel más alto de salud mental y cinco el peor estado de salud mental. En este caso, se obtuvo la prevalencia para una salud mental deteriorada en el área de regular, pues no se observaron casos en el área de mala salud mental.

La prevalencia de salud mental fuera del regular fue de 16.89% o se puede interpretar como 168 de cada 1000 pacientes crónicos podrían presentar una salud mental no buena, es decir, por debajo de los 15 puntos. Sin embargo, es necesario recalcar el punto débil de los presentes cálculos, y es que, dadas las limitaciones de la muestra recolectada en este estudio, la prevalencia podría estar subestimada. El HOSNAG requiere recaudar más datos para la construcción más sólida de los indicadores propuestos.

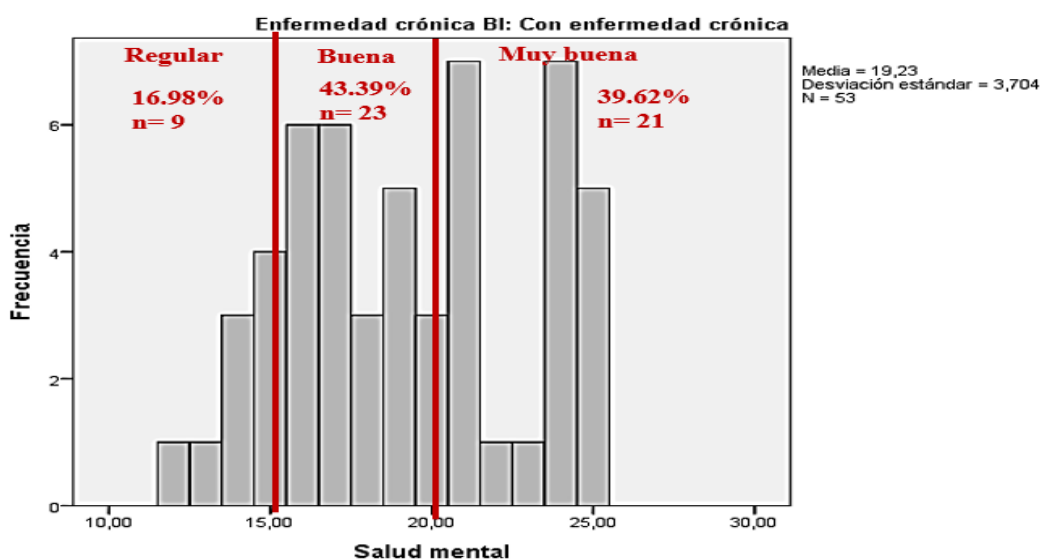


Figura 47 Prevalencia por niveles de salud mental

Por lo tanto, estos cálculos presentados son parte de la guía y se colocan como un ejemplo para la futura aplicación con datos más robustos y con muestra más grande en futuros proyectos.

Guía para estimación de la incidencia

A continuación, se presentarán indicadores relevantes para la incidencia, tanto de la enfermedad crónica como para el detrimento de la salud mental en este grupo. Sin embargo, es necesario recalcar que actualmente el HOSNAG y las encuestas realizadas no contienen datos que permitan estimar la incidencia de manera robusta.

La incidencia refleja el número de casos nuevos de un evento de salud durante un período determinado en una población específica. Contrario a la prevalencia donde se registra los casos existentes. El indicador común de incidencia es la tasa de incidencia, la cual mide la frecuencia con la que ocurren nuevos eventos de salud, relacionados con un marco de tiempo particular (por ejemplo, el número de casos nuevos por año). La tasa de incidencia se calcula dividiendo el número de casos nuevos durante un período específico, ya sea por:

$$Incidencia = \frac{\text{número de casos nuevos}}{\text{población}} * 100$$

Aplicación con los datos HOSNAG

Se tomará como población el número total de atenciones dados en consulta externa del HOSNAG que en 2019 fueron 93 573 y el número de diagnósticos definitivos de enfermedades crónicas en consulta externa que en 2019 fueron 3 395. Por lo tanto, sería:

$$Prevalencia = \frac{3\ 395}{93\ 573} * 100 = 3.63\%$$

O podríamos expresarlo como 3.62 casos nuevos de enfermedad crónica por 100 pacientes en consulta externa, en este caso, solo para 2019.

Nota y especificaciones para cálculo de incidencia

La aplicación realizada con los datos del HOSNAG sirve como un ejemplo de cálculo, mas no es el proceso completo para la obtención correcta de este índice. En general, la obtención de la incidencia lleva más procesos que la prevalencia. Esto debido a que en la prevalencia solo interesa el número de casos existentes, y no importa cuándo los individuos la desarrollaron. Por el contrario, la incidencia requiere mantener un monitoreo completo de los pacientes dentro de un periodo de tiempo.

En el ejemplo anterior se obtuvo un total de 3 395 casos nuevos en el 2019, pero no se sabe cuándo desarrollaron la enfermedad, pero, además, el mayor inconveniente es que en toda la población, se desconoce si dentro del mismo año, más tarde, otros pacientes desarrollaron alguna enfermedad crónica.

Por ello, para la construcción de este índice en el HOSNAG a continuación se proporciona más detalles de cómo se lo obtiene en la práctica. Estos estudios generalmente se llevarán con una muestra de la población, ya que sería prácticamente imposible monitorear el desarrollo de la enfermedad en toda la población. A continuación, se explican los procesos de recolección de información para el cálculo de la incidencia.

Proceso del estudio para el cálculo de la incidencia

En Tabla 22 se describe un estudio de cinco años de una población de cinco pacientes. Se deberá seguir a estos cinco pacientes sanos, ya que se quiere analizar la incidencia de alguna enfermedad crónica. En estos casos, sería conveniente elegir las enfermedades crónicas a seguir, podrían ser las más comunes como hipertensión o diabetes. En este caso se tomará como ejemplo, incidencia de la hipertensión.

Se realiza una matriz cruzada donde se refleja los pacientes de estudio y los años que son estudiados.

Tabla 22 *Ejemplo de monitoreo de pacientes para cálculo de incidencia de enfermedad*

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Paciente 1	Saludable	Saludable	Saludable	No acudió a revisión. Sin información.	No acudió a revisión. Sin información.
Paciente 2	Saludable	Hipertensión	Hipertensión	Hipertensión	Hipertensión
Paciente 3	Saludable	Saludable	Saludable	Saludable	Saludable
Paciente 4	Saludable	Saludable	Saludable	Hipertensión	Hipertensión
Paciente 5	Saludable	Falleció			

- El paciente 1 fue monitoreado durante tres años y después de su tercer chequeo anual ya no apareció. Se desconoce por qué. No tuvo hipertensión en los tres primeros años y se desconoce qué sucedió después. Por ello, se registrará como "3 años-persona en riesgo".
- El paciente 2 fue seguido durante cinco años y se enfermó en el segundo año. Por lo que lo incluiríamos con "1 año-persona en riesgo".
- El paciente 3 ha sido seguido durante 5 años y nunca contrajo la enfermedad; por lo que se reflejan "5 años-persona en riesgo".
- El paciente 4 tiene la enfermedad en el cuarto año. Se incluyen tres años en riesgo en el cálculo.
- El paciente 5 fue seguido durante un año y murió (por una causa desconocida). No se conoce ningún detalle con respecto a la enfermedad hipertensión (no se le diagnóstico). Por ello, se incluye solo el 1 año en el que estuvo en riesgo (es decir, saludables).

Se encontró dos casos nuevos en una población de cinco personas, por lo que podríamos decir que la incidencia fue: $2/5 \times 100 = 40\%$. O podría expresarse como una incidencia de 40 casos nuevos por cada 100.

Intervenciones para la mejora de la salud mental en pacientes con enfermedad crónica

Existen un gran número de intervenciones que se pueden realizar para mejorar la salud mental. Sin embargo, los recursos son limitados. Por ello, es importante intervenir con el programa más efectivo y con el mayor impacto. La presente propuesta, pretende dejar una guía para probar en los pacientes dos intervenciones: (a) planes de actividad física; (b) visitas programadas a psicólogo. Para probar posteriormente el impacto de dichas intervenciones, se asignarán aleatoriamente a los pacientes con enfermedad crónica actuales.

Como se registró anteriormente, existen alrededor de 3 395 casos de pacientes con enfermedad crónica en el HOSNAG, de estos se tomará 318 participantes para el programa. Dependiendo el número de pacientes que se elijan para las intervenciones, el aproximado quedaría como se presenta en la Tabla 23.

Tabla 23 *Asignación de intervenciones para pacientes crónicos HOSNAG*

Intervención	n
Sin intervención	120
Plan de actividad física	120
Visita programada psicólogo	78

Planes de actividad física

Para los planes de actividades física se pretende enviar aleatoriamente un correo de inscripción a 1120 pacientes, de acuerdo a lo señalado la Tabla 24. Se explicará en el correo que la asistencia a las clases de actividad física no tiene costo. Se programará tres clases semanales para cada grupo con una duración de una hora y durará en total de cuatro meses. Los grupos serán de 20 personas, por ende, el entrenador realizará una jornada con tres grupos diarios de lunes a sábado tal como se expone en la tabla 24.

Tabla 24 *Horarios de plan de actividad física*

Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario 1	Grupo 1	Grupo 4	Grupo 1	Grupo 4	Grupo 1	Grupo 4
Horario 2	Grupo 2	Grupo 5	Grupo 2	Grupo 5	Grupo 2	Grupo 5
Horario 3	Grupo 3	Grupo 6	Grupo 3	Grupo 6	Grupo 3	Grupo 6

Visitas programadas a psicólogo

De igual forma, se planea asignar aleatoriamente el plan de visitas programadas a psicólogo. Se enviará un correo a el número requerido de pacientes para que procedan a inscribirse en el programa. Se programará una visita semanal para cada paciente dos veces al mes. Un psicólogo del HOSNAG estará destinado a atender a este grupo. Se estima un total de 8 pacientes por día con sesiones de 40 minutos dando un total de 36 pacientes a la semana. El paciente tendrá acceso al programa por cuatro meses. Por lo tanto, el horario de atención de psicólogo se dará de acuerdo a la Tabla 25, donde se refleja la atención mensual.

Tabla 25 *Horario de atención visita psicólogo*

Semanas	Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Semana 1	9:00-10:00	Paciente 1	Paciente 9	Paciente 14	Paciente 22	Paciente 29
	10:00-11:00	Paciente 2	Paciente 10	Paciente 15	Paciente 23	Paciente 30
	11:00-12:00	Paciente 3	Paciente 11	Paciente 16	Paciente 24	Paciente 31
	12:00-13:00	Paciente 4	Paciente 12	Paciente 17	Paciente 25	Paciente 32
	Almuerzo					
	14:00-15:00	Paciente 5	Paciente 13	Paciente 18	Paciente 26	Paciente 33
	15:00-16:00	Paciente 6	Paciente 14	Paciente 19	Paciente 27	Paciente 34
	16:00-17:00	Paciente 7	Paciente 15	Paciente 20	Paciente 28	Paciente 35
	17:00-18:00	Paciente 8	Paciente 16	Paciente 21	Paciente 29	Paciente 36
Semana 2	9:00-10:00	Paciente 37	Paciente 45	Paciente 53	Paciente 61	Paciente 69
	10:00-11:00	Paciente 38	Paciente 46	Paciente 54	Paciente 62	Paciente 70
	11:00-12:00	Paciente 39	Paciente 47	Paciente 55	Paciente 63	Paciente 71
	12:00-13:00	Paciente 40	Paciente 48	Paciente 56	Paciente 64	Paciente 72
	Almuerzo					
	14:00-15:00	Paciente 41	Paciente 49	Paciente 57	Paciente 65	Paciente 73
	15:00-16:00	Paciente 42	Paciente 50	Paciente 58	Paciente 66	Paciente 74
	16:00-17:00	Paciente 43	Paciente 51	Paciente 59	Paciente 67	Paciente 75
	17:00-18:00	Paciente 44	Paciente 52	Paciente 60	Paciente 68	Paciente 76
Semana 3	9:00-10:00	Paciente 1	Paciente 9	Paciente 14	Paciente 22	Paciente 29
	10:00-11:00	Paciente 2	Paciente 10	Paciente 15	Paciente 23	Paciente 30
	11:00-12:00	Paciente 3	Paciente 11	Paciente 16	Paciente 24	Paciente 31
	12:00-13:00	Paciente 4	Paciente 12	Paciente 17	Paciente 25	Paciente 32
	Almuerzo					
	14:00-15:00	Paciente 5	Paciente 13	Paciente 18	Paciente 26	Paciente 33
	15:00-16:00	Paciente 6	Paciente 14	Paciente 19	Paciente 27	Paciente 34
	16:00-17:00	Paciente 7	Paciente 15	Paciente 20	Paciente 28	Paciente 35
	17:00-18:00	Paciente 8	Paciente 16	Paciente 21	Paciente 29	Paciente 36

Logística para el inicio de las intervenciones

Se contará con un director, el cual será un profesional del HOSNAG. Así también, se contará con una asistente. Se requerirá en primer lugar, crear una base de datos con los contactos de los pacientes de enfermedades crónicas actuales en el HOSNAG. Para luego, con dicha base de datos proceder a asignar aleatoriamente el tratamiento.

También, el asistente y director estará encargados de buscar auspicios para cubrir parte de los costos del programa quienes podrán exponer su marca en las agendas, kids y otros obsequios que se darán como incentivo a los pacientes intervenidos.

Monitoreo de las intervenciones

Se requerirá que el asistente y director hagan un constante seguimiento del cumplimiento de los pacientes inscritos en cada plan. El encargado de los entrenamientos deberá tomar lista en cada grupo que atienda. Así mismo, el psicólogo deberá registrar las consultas de cada paciente. Ambos deben verificar que al programa respectivo solo acuda el paciente asignado.

Presupuesto

Para el presupuesto se toma en consideración honorarios profesionales por 12 meses al director y asistente, por 1200 y 400, respectivamente. Por otro lado, se toma en consideración honorarios de psicólogo por 1000 por cuatro meses y el entrenador 400 por cuatro meses.

Debajo se describen los costos de otros materiales que se entregarán a otros pacientes con el fin de motivarlos a participar del programa.

Para el financiamiento se considerará el aporte del HOSNAG y se buscarán auspicios de otras instituciones interesadas en el programa.

Presupuesto

Información del programa	
Número total de pacientes psicólogo	78
Número total de pacientes plan de actividad física	120
Duración en meses	12

Fuente	Categoría del costo						Unidad	Costo total
HOSNAG	1 Director del programa						USD	14.400,00
	2 Asistente de programa						USD	4.800,00
	3 Psicólogo						USD	4.000,00
Auspiciantes	4 Entrenador						USD	1.600,00
	10 Materiales							
		Item	Costo unitario	Moneda	# Sets por grupo	Total # Sets necesitados en el año	Total Costo	Costo total
		Kid deportivo	5,00	USD	120	120	600	USD 600,00
		Aguas	0,35	USD	120	120	42	USD 42,00
		Agendas	5,00	USD	120	120	600	USD 600,00
		Plumas	0,35	USD	120	120	42	USD 42,00
	...							
	Costo total de materiales						2011 USD	1.284,00
HOSNAG	11 Monitoreo						2011 USD	1.000,00
COSTO TOTAL								28.084,00

Costo HOSNAG	25.200,00
Costo auspicante	2.884,00

Medición del impacto del programa

Gracias a los indicadores construidos y los instrumentos planteados, el HOSNAG podrá realizar las siguientes mediciones de impacto de las intervenciones. Para ello, es necesario aplicar la escala de salud mental a cada paciente al inicio y al final de la intervención. Así también, se debe obtener los índices de prevalencia e incidencia de salud mental baja antes del programa.

Una vez obtenida esta información al inicio del programa, luego se podrá nuevamente encuestar a los pacientes después de la intervención y comparar los resultados antes y después. Así mismo, se puede comparar los resultados entre aquellos intervenidos con programa de actividad física y aquellos asignados a la visita al psicólogo.

A largo plazo, el HOSNAG podrá observar si la prevalencia de pacientes con baja de salud mental ha disminuido de manera importante.

Conclusiones

El presente trabajo ha logrado presentar una base teórica y referencial que respalda el rol del bienestar mental, y, sobretodo en pacientes que han desarrollado alguna enfermedad crónica. En la teoría revisada, se presentaron diversos modelos y teorías donde se esbozan los determinantes de la salud general, los cuales incluyen aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos, comportamentales, ambientales, culturales, entre otros. Así también la literatura revisada, permite corroborar que el tema de la salud y la salud mental sigue teniendo una relevancia alta en las investigaciones científicas. También, la consulta teórica permitió definir los conceptos de salud mental, funcionalidad física y sus implicancias en personas con enfermedades crónicas.

Se desarrolló una metodología cuantitativa, donde el instrumento cuestionario SF-26 fue el elegido para recolectar la información necesaria sobre la muestra de estudio. Se encontraron 53 pacientes crónicos y otro grupo de pacientes (90) sin enfermedad crónica. Tras la recolección de los datos, se procedió a realizar distintas técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales.

Los resultados revelaron diferencias importantes entre pacientes con enfermedad crónica y pacientes sin enfermedad crónica. En general, los pacientes crónicos reportaron niveles significativamente más bajos en la salud mental y la funcionalidad física. Mientras, el rolo funcional y rol emocional no se encontraron diferencias significativas. Además, se logró detectar que la salud mental reduce el efecto de la enfermedad crónica sobre la salud general y la funcionalidad física. Así mismo, a través de técnicas correlacionales se pudo probar la hipótesis de estudio ya que se encontró una alta y significativa correlación entre función física y salud mental en la muestra de pacientes crónicos. Además, se aplicaron análisis factoriales que permitieron observar la estructura de cada variable con sus respectivos ítems y a su vez se obtuvo una alta confiabilidad para las mismas.

Los resultados resaltan la importancia de la salud mental y por lo tanto pone en cuestión qué estrategias o intervenciones se pueden plantear para mejorar los resultados de salud específicamente en la parte de salud mental. La propuesta pone en evidencia que existen varias formas de promover la salud mental, sin embargo, cuando se trata de implementar un programa o intervención los recursos son escasos. Por ello, la propuesta consistió en un programa el cual requerirá ser evaluado con indicadores antes y después de las intervenciones propuestas. Además, se proponen guías para la elaboración de los indicadores.

Las intervenciones propuestas fueron plan de actividad física y visitas programadas al psicólogo. Las dos intervenciones serán asignadas aleatoriamente a los pacientes con enfermedades crónicas. Sin embargo, también se resalta que se requieren actividades logísticas importantes tales como una construcción de base de datos con los contactos de paciente crónicos, el cálculo adecuado de la prevalencia y a la incidencia del deterioro de la salud mental en los pacientes crónicos de la unidad, entre otros.

En conclusión, este trabajo tuvo la intención de reconocer y evidenciar cómo la salud mental juega un rol esencial en personas con enfermedades crónicas, quienes logran avanzar en su vida con una condición que afecta diferentes esferas de su vida. Se resalta así que además de sobrevivir a una condición crónica, es necesario procurar una calidad de vida apropiada, y las instituciones de salud tiene un rol para lograr alcanzar dicho estándar en las poblaciones que atiende.

Recomendaciones

A nivel nacional, se sugiere que las instituciones competentes que se realicen más estudios sobre la población que padece alguna enfermedad crónica. Existe un amplio campo de investigación que podría realizarse por cada enfermedad. Así mismo, poner a disposición cualquier información o datos al respecto. En particular, se resulta interesante realizar más estudios de calidad de vida y sus determinantes o factores de riesgo que pueden afectarla en la población que padece enfermedades crónicas.

A nivel de la institución HOSNAG, se quiere seguir promoviendo los estudios en diferentes formas y en otros temas. Existe una gran cantidad de información que puede ser capturada para compartir con investigadores, universidades y centros de investigación. También, en el HOSNAG, se quiere fomentar mediante el personal, disposición de información por cualquier medio, la práctica de actividad física, meditación, consulta al psicólogo, y otros mecanismos que permitan a nuestros pacientes no descuidar su salud mental, pues en muchos casos pasa desapercibida. Así como dar pasos para plantear un sistema donde exista una gestión exclusiva para las enfermedades crónicas.

En el actual contexto de la pandemia Covid-19 la salud mental de varios grupos se ha visto afectado. Sin embargo, las personas con enfermedades crónicas tienen un mayor riesgo a nivel de complicación de la enfermedad y por ende también los efectos sobre su bienestar mental podrían ser mayores. Por ello, se recomienda realizar estudios centrados en esta población con enfermedad crónicas con el fin de observar los efectos extras de la pandemia y proponer medidas de atención mental para dichas personas.

Referencias

- Asamblea Nacional (2022). El proyecto de Ley de Salud Mental está listo para el primer debate en el pleno de la Asamblea. Obtenido de <https://www.asambleanacional.gob.ec/es/noticia/85594-el-proyecto-de-ley-de-salud-mental-esta-listo-para-el>
- Asamblea Nacional (2023). Proyecto de Ley de Salud Mental recibe respaldo de especialistas en el pleno de la Asamblea. Obtenido de <https://www.asambleanacional.gob.ec/es/noticia/87470-proyecto-de-ley-de-salud-mental-recibe-respaldo-de>
- Bergner, M. (1985). Measurement of health status. *Medical Care*, 23(5), 696-704. Doi: 10.1097/00005650-198505000-00028
- Bernell, S., & Howard, S. W. (2016). Use your words carefully: what is a chronic disease?. *Frontiers in public health*, 4, 159.
- Bourne, P. A. (2009). A theoretical framework of the good health status of Jamaicans: Using econometric analysis to model good health status over the life course. *North American journal of medical sciences*, 1(2), 86-95.
- Carta, M. G., Patten, S., Nardi, A. E., & Bhugra, D. (2017). Mental health and chronic diseases: a challenge to be faced from a new perspective.
- Castro, V., Gómez, H., Negrete, J., & Tapia, R. (1996). Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. *Salud pública de México*, 38(6), 438-447.
- Constitución de la República de Ecuador (2008). Decreto Legislativo 0 Registro Oficial 449 de 20-oct-2008. Última modificación: 13-jul-2011
- Diez-Canseco, F., Ipince, A., Toyama, M., Benate-Galvez, Y., Galán-Rodas, E., Medina-Verástegui, J. C., ... & Miranda, J. J. (2014). Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades

- para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(1), 131-136.
- Freire W., Ramírez-Luzuriaga M., Belmont P., Mendieta M., Silva-Jaramillo M., Romero N., Sáenz K., Piñeiros P., Gómez L., & Monge R. (2014). *Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012*. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador.
- Engel, G. L. (1960). A unified concept of health and disease. *Perspectives in biology and medicine*, 3(4), 459-485.
- Grossman M. (1972). *The demand for health- a theoretical and empirical investigation*. New York: National Bureau of Economic Research.
- Hays, R. D., & Stewart, A. L. (1990). The structure of self-reported health in chronic disease patients. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(1), 22-30. Doi: 10.1037/1040-3590.2.1.22
- Hernandez, R., Bassett, S. M., Boughton, S. W., Schuette, S. A., Shiu, E. W., & Moskowitz, J. T. (2018). Psychological well-being and physical health: Associations, mechanisms, and future directions. *Emotion Review*, 10(1), 18-29.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2018a). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Recuperado de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2018b). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Recuperado de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Indicadores_ENSANUT%202018.xlsx
- Keleher, H., & MacDougall, C. (2017). *Concepts of Health*. Oxford University Press.

- Ley Orgánica de la Salud (2006). Ley 67 Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic. 2006.
Ultima modificación: 18-dic. -2015.
- Madans, J. H., & Webster, K. M. (2015). Health Surveys. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 725–730. doi:10.1016/b978-0-08-097086-8.14031-0
- Norris, S. L., Glasgow, R. E., Engelgau, M. M., Os’Connor, P. J., & McCulloch, D. (2003). Chronic disease management. *Disease Management & Health Outcomes*, 11(8), 477-488.
- Okely, J. A., & Gale, C. R. (2016). Well-being and chronic disease incidence: the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic medicine*, 78(3), 335-344.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014.
- OMS, PAHO & MSP (2018). Enfermedades crónicas no transmisibles. Recuperado de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=759-enfermedades-cronicas-no-transmisibles&category_slug=documentos-koica&Itemid=599
- Organización Mundial de la Salud (1946). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100). Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. Obtenido de: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Constitución de la Organización de la Salud*. Geneva, Switzerland: Author (Basic Documents). Obtenido de https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2008). Temas de salud. Epidemiología Recuperado de <https://www.who.int/topics/epidemiology/es/>

Organización Mundial de la Salud (2001). *The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization, Geneva Switzerland.

Obtenido de https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2018). Mental health: strengthening our response.

Obtenido de <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud (2020). Mental Health. WHO self-help intervention reduces psychological distress in humanitarian crisis situation. Obtenido de

https://www.who.int/mental_health/en/

Painter, P., Stewart, A. L., & Carey, S. (1999). Physical functioning: definitions, measurement, and expectations. *Advances in renal replacement therapy*, 6(2), 110-123.

Peeters, G., Dobson, A. J., Deeg, D. J., & Brown, W. J. (2013). A life-course perspective on physical functioning in women. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 661-670.

Reynolds, R., Dennis, S., Hasan, I., Slewa, J., Chen, W., Tian, D., ... & Zwar, N. (2018). A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC family practice*, 19(1), 11-22.

Smith, J. P., & Kington, R. (1997). Demographic and economic correlates of health in old age. *Demography*, 34(1), 159-170.

Somrongthong, R., Hongthong, D., Wongchalee, S., & Wongtongkam, N. (2016). The influence of chronic illness and lifestyle behaviors on quality of life among older Thais. *BioMed research international*, 2016.

Thirunavurakasu, M., Thirunavukarasu, P., & Bhugra, D. (2013). Concepts of mental health: definitions and challenges.

- Turner, J., & Kelly, B. (2000). Emotional dimensions of chronic disease. *Western Journal of Medicine*, 172(2), 124-128. Doi: 10.1136/ewjm.172.2.124
- Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health affairs*, 20(6), 64-78.
- Wells, K. B. (1987). Commentary: Assessment of psychological morbidity in primary care. *Journal of Chronic Diseases*, 40(1), 81S-84S. Doi: [10.1016/S0021-9681\(87\)80036-X](https://doi.org/10.1016/S0021-9681(87)80036-X)
- Wu, S. (2014). Rapid screening of psychological well-being of patients with chronic illness: reliability and validity test on WHO-5 and PHQ-9 scales. *Depression research and treatment*, 2014.

Apéndices

Apéndice A. Cuestionario versión escrita

CUESTIONARIO SALUD MENTAL Y FUNCIONALIDAD FÍSICA

El siguiente cuestionario tiene fines de investigación – académicos. El objetivo del instrumento es evaluar la funcionalidad física y salud mental de un grupo de adultos. Usted ha sido elegido para responder la presente encuesta, se pide llenarlo de la manera más acertada posible. El cuestionario tiene una duración aproximadamente de 15 minutos y es totalmente anónimo. Se agradece su participación.

Acepta participar en el estudio [Marque con X]: Sí _____ No _____

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA:

SEXO [Marque con X una sola respuesta]:

Hombre: Mujer:

EDAD: _____ años

Situación laboral [Marque con X una sola respuesta]:

Desempleado: _____ Jubilado: _____ Ama de casa: _____
 Empleado de sector público: _____ Empleado de sector privado: _____
 Dueño de empresa/negocio: _____ Otro: _____ ¿Cuál?: _____

INFORMACIÓN SOBRE ESTADO DE SALUD:

- 1. ¿Posee alguna de las siguientes enfermedades? [Marque con X las que apliquen, puede marcar más de una, sino tiene ninguna dejar en blanco]**

Diabetes	<input type="checkbox"/>	Problemas crónicos pulmonares	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Desordenes gastrointestinales crónicos	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiaca crónica	<input type="checkbox"/>	Problemas crónicos de espalda (lumbares u otros)	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/> Cuál: _____
		Ninguna	<input type="checkbox"/>

- 2. En general, usted diría que su salud es:**

<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

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

Mucho mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ¹	Algo mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ²	Más o menos igual que hace un año <input type="checkbox"/> ³	Algo peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ⁴	Mucho peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ⁵
----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

4. 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	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores. -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora. -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
c Coger o llevar la bolsa de la compra. -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera. -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera. -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
f Agacharse o arrodillarse. -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
g Caminar <u>un kilómetro o más</u> -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
h Caminar varios centenares de metros. -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
i Caminar unos 100 metros. -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
j Bañarse o vestirse por sí mismo. -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer? -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas? -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)? -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b. ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

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

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶

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

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

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

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

10. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Gracias por su tiempo.


DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Huaca Sánchez Marco Antonio con C.C: # 1705900718 autor del trabajo de titulación: *Funcionalidad física y bienestar mental de pacientes con enfermedades crónicas: Caso Hospital Naval Guayaquil* previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 27 de marzo de 2023



f. _____
Nombre: Huaca Sánchez Marco Antonio
C.C: 1705900718

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Funcionalidad física y bienestar mental de pacientes con enfermedades crónicas: Caso Hospital Naval Guayaquil		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Huaca Sánchez Marco Antonio		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Obando Freire Francisco Marcelo / Bustamante Ubilla Miguel Alejandro		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magister en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	27 de marzo de 2023	No. DE PÁGINAS:	93
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud general, bienestar, calidad de vida		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	enfermedad crónica, salud general, funcionalidad física, salud mental, vitalidad.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>Diversos estudios se han centrado en el estudio de variables relacionadas a la calidad de vida y el bienestar mental que reflejan desde una perspectiva más amplia y completa el bienestar del paciente con enfermedad crónica, yendo más allá de solo el control biomédico. La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la funcionalidad física y el bienestar mental de los pacientes con enfermedades crónicas en el Hospital Naval Guayaquil para la propuesta de un programa de apoyo social y asistencial al grupo de estudio. Para ello, se realizó un estudio cuantitativo, transversal de tipo descriptivo y correlacional. Se encuestó a un total de 53 (37%) pacientes crónicos y 90 (63%) pacientes sin enfermedad crónica, el cuestionario evaluó la salud en general, funcionalidad física y salud mental a través de la escala SF-36. Los hallazgos revelaron que tanto los niveles de función física y salud mental difieren significativamente entre los grupos crónicos y no crónicos. Los pacientes con enfermedad crónica reportaron niveles de función física y salud mental significativamente más bajos. La relación entre función física y salud mental resultó solo significativa e importante en magnitud para los pacientes con enfermedad crónica. Las intervenciones propuestas fueron plan de actividad física y visitas programadas al psicólogo sobre las cuales se proponen un monitoreo y evaluación adecuada para probar su efectividad.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 99 933 6743	E-mail: mhuaca@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Núñez Lapo, María de los Ángeles		
	Teléfono: +593-9-43804600/ 0997196258		
	E-mail: maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			