



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

**SEDE**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR NO. 79 PIEDRAS NEGRAS COAHUILA**

**TITULO**

**CALIDAD DE VIDA DE LAS FAMILIAS CON INTEGRANTE (S)  
ESQUIZOFRENICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 12 ALLENDE  
COAHUILA**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DR. ALFREDO RAMIREZ HERNANDEZ**

**PIEDRAS NEGRAS COAHUILA  
2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**CALIDAD DE VIDA DE LAS FAMILIAS CON INTEGRANTE (S)  
ESQUIZOFRENICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 12 ALLENDE  
COAHUILA**

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

**PRESENTA:**

**DR. ALFREDO RAMÍREZ HERNÁNDEZ**

**AUTORIZACIONES**

**DR. FERMÍN PÉREZ ORTÍZ**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DE IMSS UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR 79 PIEDRAS NEGRAS COAHUILA**

**DR. JESÚS ADOLFO CALDERÓN HERNANDEZ**

**ASESOR DE TEMA DE TESIS**

**DRA. GRACIELA ROSALES SORIA**

**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**PIEDRAS NEGRAS COAHUILA  
2014**

## INDICE

<b>I.- Título</b>	
<b>II.- Índice</b>	
1.- Marco teórico.....	4
2.- Planteamiento del problema.....	19
3.- Justificación.....	21
4.- Objetivos.....	24
5.- Metodología.....	26
6.- Variables del Estudio .....	29
7.- Instrumentos de Captación.....	31
8.- Método de Captación.....	33
9.- Análisis Estadístico.....	34
10.- Cronograma.....	35
11.- Recursos Humanos, Material y Financiamiento.....	38
12.- Consideraciones Éticas.....	39
13.- Resultados.....	41
14.- Discusión.....	46
15.- Conclusiones.....	48
16.- Referencias.....	50
17.- Anexos.....	52

## MARCO TEÓRICO

Entre el conjunto de las enfermedades mentales graves que provocan una modificación profunda y duradera de la persona, la esquizofrenia es la alteración mental caracterizada por un proceso de disgregación, que ha sido llamado alternativamente “demencia precoz”, “discordancia intrapsíquica” o “disociación autística de la personalidad”.<sup>1</sup>

Históricamente, a finales del siglo XIX, estos enfermos fueron denominados por Morel, en Francia, como de “dementes precoces”. En Alemania, Hecker designó esta enfermedad como una hebefrenia (estado demencial de la gente joven); y Kalhbaun, como catatonia, haciendo referencia a los trastornos psicomotores. Kraepelin reunió todos estos tipos en una sola entidad nosológica que definió como “demencia precoz”. Distinguía tres formas clínicas: simple o hebefrénica, catatónica y paranoide, esta última definida por ideas delirantes.<sup>2</sup>

Muchos autores de la época ya apreciaron que se trataba menos de demencia que de una disociación de la vida psíquica, que pierde su unidad. Es esta noción la que queda reflejada en el mismo concepto de “esquizofrenia” designado por Bleuler en 1911.<sup>3</sup>

Este proceso se caracteriza por un síndrome deficitario de disociación y por un síndrome secundario de producción de ideas, sentimientos y actividad delirante. Es a partir de esta conceptualización se desarrolla la actual definición. La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave. Sus manifestaciones básicas consisten en una mezcla de signos y síntomas característicos. Los síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), conducta (catatonia, desorganización), atención, concentración, motivación y juicio. No hay ningún síntoma que sea por sí solo patognomónico de la esquizofrenia. Estas características psicológicas y conductuales se asocian a diversos tipos de deterioro. Los síntomas característicos de la esquizofrenia se han clasificado a

menudo en dos grandes categorías (síntomas positivos y negativos [o déficits]), a las que recientemente se ha añadido una tercera, la de desorganización. No todos los síntomas descritos están presentes en cada uno de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. No son específicos, pues se dan también en otras enfermedades. El trastorno se caracteriza por una gran heterogeneidad entre los distintos individuos y una variabilidad en cada uno de ellos a lo largo del tiempo. También se asocia a un aumento de la incidencia de enfermedades médicas generales y de mortalidad, especialmente por suicidio, que se da hasta en un 10% de los pacientes.<sup>4</sup>

De acuerdo a estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud, se estima que más de 400 millones de personas en el mundo sufren trastornos neurológicos y psiquiátricos, en América latina y el Caribe se calcula que más de 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años sufren algún trastorno psiquiátrico que ameritan atención.

Las cifras internacionales de nuevos casos oscilan entre 2.4 a 5.2 por cada mil habitantes, es decir cada año aumenta la cifra de enfermos entre 0.4 a 0.52%.

En el primer nivel de atención de América Latina la frecuencia de trastornos mentales en la infancia fue entre 12 y 29%.

En el panorama epidemiológico, el banco mundial calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos contribuyen con 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representa el 20%.<sup>5</sup>

El estudio trasnacional sobre la prevalencia de los trastornos mentales que realizó el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica (ICPE) presenta una gran variación en la prevalencia de los trastornos mentales de país a país, un 40% para los países bajos y los Estados Unidos, bajando los niveles a un 20% para México y un 12% para Turquía. En este reporte se sugiere que los trastornos mentales tienen una edad temprana de aparición, con medianas de 15 años para los trastornos de ansiedad, 21 años para los relacionados con el uso de sustancias y 26 años para los trastornos del estado de ánimo, entre las psicosis podemos incluir a la esquizofrenia y al trastorno maniaco-depresivo, donde la edad de inicio es variable, pero la mayor parte se presenta en personas jóvenes, incluyendo la adolescencia y niñez.

La Asociación Americana de Psiquiatría (1994) menciona que la prevalencia de la esquizofrenia varía entre el 0,5 y 1,0% sin variar mucho entre las tasas de todo el mundo, dado que existen poblaciones más propensas y acentuadas en torno al trastorno mental.

Afirma la Asociación Americana de Psiquiatría que la edad media de inicio para el primer episodio psicótico de la esquizofrenia es a mitad de la tercera década de la vida de los varones y al final de la 5ta década en las mujeres.

El patrón familiar es otro de los factores importantes, ya que los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con esquizofrenia, presentan un riesgo de presentar la enfermedad aproximadamente diez veces superior al resto de la población general .<sup>6</sup>

Dentro de las enfermedades mentales, la esquizofrenia es de los padecimientos más severos, debido al fuerte deterioro emocional, cognitivo, psicológico y social que provoca. Se puede definir en:

En el sentido emocional: Como la dificultad para comprender, y expresar sentimientos, labilidad emocional, es decir cambios repentinos del estado de ánimo.

A. A nivel cognitivo:

- El sujeto aparentemente suele desconectarse de la realidad, los síntomas (positivos) tales como alucinaciones visuales y auditivas, así como una serie de ideas suelen perturbarlo y fomentar percepciones inadecuadas de la realidad, lo cual limita la enseñanza escolarizada, y en la mayoría de los casos el disfrute de la vida misma.

B. A nivel psicológico:

- Cabe mencionar la dificultad para el desempeño de actividades de la vida diaria, así como el deterioro físico y emocional, debido a que en ocasiones se perciben estos impedimentos como un fracaso personal (Jackson, 1960).
- Falta de conciencia de la enfermedad ordinaria en este trastorno; y su presencia puede indicar una mala evolución porque predice el incumplimiento del tratamiento

C. Dentro del ámbito social:

- Por un lado se les dificulta desempeñar actividades laborales y su remuneración, así mismo se observa la incapacidad para establecer

relaciones interpersonales adecuadas, y por último la marginación de la sociedad de esta enfermedad, que se traduce en un marcado rechazo social hacia estas personas.<sup>7</sup>

Los criterios diagnósticos de esquizofrenia por DSM-IV son

A) Síntomas característicos: dos (o más) de los siguientes cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado (por ejemplo descarrilamiento frecuente o incoherencia).
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. Síntomas negativos por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

❖ Solo se requiere de un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces comentan entre ellas.

B) Disfunción social o laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales, o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C) Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este periodo de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A (o, menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden

manifestarse solo por síntomas negativos o por 2 o más síntomas de la lista del criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

- D) Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.
- E) Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, abuso de alguna droga, un medicamento) o de una enfermedad médica.
- F) Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se ha tratado con éxito).<sup>8</sup>

#### Clasificación del curso longitudinal según el DSM-IV-TR

- Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados.
- Episódico sin síntomas residuales interepisódicos: Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del periodo de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados.
- Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados.
- Episodio único en remisión total.
- Otro patrón o no especificado.
- Menor de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.<sup>9</sup>

La vida de los esquizofrénicos en términos de probabilidades es más frágil dado que el 10 % de los sujetos con esquizofrenia se suicida<sup>10</sup>. Por lo tanto, la familia desempeña un papel muy importante en la evolución de la enfermedad, proporcionándoles apoyo, cuidados, afecto y la ayuda para seguir con las recomendaciones médicas<sup>11</sup>.

En este trastorno específicamente, el familiar y el cuidador principal es clave para una adecuada rehabilitación y evitar un deterioro.

Dado que en muchos casos una persona con esquizofrenia se encuentra inhabilitada para realizar muchas actividades básicas, es el familiar quien proporcionara el cuidado y el apoyo necesario.

Así mismo serán los familiares quienes interactúen con los pacientes y quienes pudieran favorecer su involucramiento de manera efectiva e independiente en sus actividades cotidianas, así como el seguimiento de instrucciones y actividades de cuidado encaminadas a la rehabilitación.

## EPIDEMIOLOGÍA EN EL ÁMBITO NACIONAL

En la República Mexicana, a través de diversos estudios realizados se ha tratado de dimensionar la magnitud de los trastornos mentales, y del comportamiento que permite conocer con relativa certeza las características del problema. Dentro de las encuestas nacionales de salud mental que se cuenta con la que aplicaron conjuntamente la Secretaría de Educación Pública, el sistema de vigilancia epidemiológica (SISVEA) y el sistema de reporte de información en drogas. Para fines prácticos se ha dividido la información epidemiológica en 2 grupos etarios, a) adultos y b) niños y adolescentes.

### A) POBLACIÓN ADULTA

En 1994, los resultados obtenidos de las Encuesta Nacional de Adicciones realizada en las zonas urbanas, detectaron la prevalencia entre el 15 y 18% de trastornos mentales de la población en general, en esta encuesta se aprecia que la depresión es el trastorno más frecuente tanto en hombres como en mujeres.

Los resultados del estudio concuerdan con los realizados en otros países e indican que una de cada 6 personas sufrirá un problema de salud mental que requerirá de atención médica especializada; esto significa que en nuestro país padecen de

enfermedades mentales aproximadamente 15 millones de personas, lo que equivale a una sexta parte de nuestra población.

Los anuarios estadísticos de la SSA consignan un incremento continuo y significativo en la demanda de consulta externa de salud mental.

En 1990 se otorgaron 239 327 consultas lo que aumento en 1995 366 963 y para 1999 se registró 583 760 consultas. En cuanto a los egresos hospitalarios referentes a trastornos mentales se registran en 1990, 2422 en 1995, 3 587 egresos y para 1999, 19 604, lo que corresponde a un incremento de más de 500%.

En el anuario estadístico de 1999, se observa una mayor demanda de atención en la consulta externa por parte del hombre, 338 581 en comparación con la de las mujeres, que fueron 245 179. La misma situación se observó en cuestión de internamientos, 13 270 para los hombres y 6 333 de mujeres.

La detección temprana del estado mental está directamente relacionada a la evolución del padecimiento, por lo que una mejor educación de las enfermedades mentales ha propiciado un cambio en cuanto a la respuesta de los pacientes y familiares hacia la búsqueda de ayuda profesional.

Un estudio comparativo muestra que en 1988 las personas que buscaron ayuda relacionada con problemas de salud mental recurrieron en primer lugar a familiares y amigos, como segundo lugar a la automedicación y siguiendo este orden asistieron al clérigo, a los servicios de salud mental y al curandero.

Para 1997 el tipo de ayuda solicitada en orden de importancia fue, en el primer nivel de atención, psicólogos, psiquiatras, clérigo y curanderos. Algunos estudios que han analizado las barreras para buscar atención, demuestran que las principales razones para no hacerlo están relacionadas con la poca credibilidad que se le da al tratamiento médico, con 58% de hombres y 68% de mujeres con esta percepción; 16 y 22%, respectivamente, opinan que el acceso a los servicios de salud es difícil, 8% y 14% opinan que falta información para el paciente.

Estas barreras están relacionadas con el bajo nivel de escolaridad e ingresos de las familias y con la estigmatización de los trastornos mentales.

## A) POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

Un estudio piloto de vigilancia epidemiológica de la salud mental en niños y adolescentes, realizado por la Secretaría de Salud de la ciudad de México (Caraveo y cols., 2008) indicaron que 40% de la población infantil y adolescente atendida en el primer nivel de atención cursa con diferentes grados de Problemas de salud mental y adversidades psicosociales, sin embargo pocos de estos niños y adolescentes son tratados por el médico familiar y por ende canalizados a los servicios de salud mental, además de estos servicios se resultan insuficientes.

Evaluación del Sistema de Salud Mental en la República Mexicana en el 2005 reportan alrededor de 19% de prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños, esto indica que 5 millones de niños y niñas sufren algún problema de salud mental; de este total, la mitad de la población infantil requiere de una atención especializada e integral.<sup>25</sup>

Los problemas de salud mental en la infancia, no son muy identificados por lo que no se solicita atención al respecto, no obstante se calcula que un 7% de la población entre 3 y 12 años de edad se encuentra afectada, para el 2005 en las escuelas de educación especial de la Secretaría de Educación Pública se atienden anualmente a un número aproximado de 149,000 niños con problemas de aprendizaje; 35,000 por deficiencia mental, 12,000 por problemas de lenguaje, 3000 por impedimentos motrices y 2000 por problemas de conducta.

La falta de habilidades de algunos jóvenes para la vida social tiene antecedentes en problemas escolares y familiares tempranos que no fueron atendidos oportunamente, así como en la variabilidad evolutiva de algún trastorno en el desarrollo, predisponiendo al niño a manifestar deficiencias posteriores.

Se observa que a mayor gravedad de trastornos en edades tempranas no tratados a tiempo, mayor repercusión y riesgo en el individuo de padecer alguna alteración psiquiátrica al llegar a la vida adulta, generándole una conflictiva no solo personal, sino en sus relaciones interpersonales, de pareja, familiar, social y laboral.

En nuestro país, la distribución de la población adolescente no es homogénea: el estado de México tiene más de un millón de adolescentes entre los 15 y 19 años de edad; el D.F., Jalisco, Puebla, Querétaro y Veracruz tienen entre 500 mil y un millón de adolescentes cada uno y el resto del país tiene menos de 500 mil por estado.

La Encuesta Nacional de Salud de 1998, única que existe en su especialidad, detecta que el grupo de edad entre 15 y 24 años de edad es de alto riesgo, ya que la incidencia anual de accidentes y acciones violentas, muchas de ellas vinculadas

a problemas de salud mental, alcanzo 2.3 % en la población masculina y 0.6% en la femenina.<sup>12</sup>

La carga familiar y del cuidador principal repercute en distintas áreas de la vida del cuidador: las tareas de la casa, las relaciones de pareja, familiares y sociales, el desarrollo personal del tiempo libre, la economía familiar, la salud mental y el malestar subjetivo del cuidador relacionado con la enfermedad. Estas áreas se agrupan en dos grandes dimensiones: la carga objetiva y la carga subjetiva.

La carga objetiva se define como cualquier alteración potencialmente verificable y observable de la vida del cuidador causada por la enfermedad del paciente y se origina en las labores de supervisión y estimulación del paciente. Está constituida principalmente por sus propios problemas emocionales o somáticos, los problemas económicos y el clima de convivencia en casa, cuestiones que podrían verse aliviadas por acciones terapéuticas en el Centro de Salud Mental, por una mayor adecuación de programas de familias en la rehabilitación y por prestaciones sociales.

La carga subjetiva hace referencia a la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva originada en las tareas propias del cuidador y en el hecho mismo de que un familiar sufra una enfermedad de estas características. La mayor carga subjetiva familiar está constituida por las conductas del paciente, especialmente por la sintomatología negativa (apatía, anhedonia, abulia...) y también se relaciona con las preocupaciones generales por la salud, seguridad, tratamiento y futuro del paciente.

Para el 2008 según Grandón P, se sabe que la percepción de carga por parte del cuidador es uno de los mejores predictores de institucionalización, mejor incluso que la propia situación de salud del receptor de cuidados, por lo que la detección y el abordaje de la misma pasan a ocupar un lugar prioritario en el plan de cuidados del paciente-familia. Se ha visto que el efecto del cuidado de la familia a nivel clínico y social, tanto en enfermedades mentales como en físicas, está influenciado considerablemente por ciertas variables, como son: la relación entre el paciente y el cuidador, la actitud de los familiares y la expresión de emociones hacia el paciente así como el soporte profesional y social recibido por las familias<sup>13</sup>.

## FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA

Definición de Familia:

“Conjunto de personas ligadas por lazos de parentesco determinados en virtud de alguna relación consanguínea real o putativa. Se podría llamar familia al sinnúmero de personas que integran al grupo unido por parentesco; de otros aunque no ligados por lazos familiares se consideran miembros de la familia” Berenstein (1970).<sup>14</sup>

Berenstein (1987) menciona que por lo general, cuando emerge una crisis en el funcionamiento mental de una persona, su grupo familia se define como *sanos* opuestos al integrante definido como *enfermo*. Con esto sostiene que la familia de un enfermo mental, como sistema sano o normal, sigue los lineamientos de las normas sociales, las cuales son adaptadas al criterio vigente, desde donde las conductas normales son aquellas que la sociedad considera como tales con arreglo a una norma.

Se ha sugerido (Berenstein) que como la categoría enfermo se dirige hacia un integrante de la familia, con frecuencia se quejan de que el enfermo es la causa del desequilibrio familiar.<sup>15</sup>

Anderson, Reiss y Hogarty (1986) mencionan que la esquizofrenia provoca inevitablemente un impacto en todos los miembros de la familia. Además afirman que la familia experimenta un estrés grave y crónico asociado a la convivencia con un enfermo esquizofrénico sin recibir asistencia ni apoyo; mencionando que no es raro ver surgir conflictos conyugales entre los padres, exoactuaciones entre los hermanos y depresión o síntomas físicos en casi todos los miembros de dicha familia. Se afirma que las familias tienden a las respuestas emocionales siguientes (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986):

- *Angustia, miedo*: Con la esquizofrenia hay importantes cambios emocionales, cognitivos y de conducta; por ende, muchas veces, los miembros de la familia se vuelven temerosos y angustiados aún antes de tener la certeza de que el paciente está gravemente enfermo. Presenciar cómo un ser querido empieza a comportarse de manera extraña e inexplicable constituye una experiencia increíblemente perturbadora. Los familiares sentirán inevitablemente miedo y angustia con respecto a la causa o significado de esos comportamientos y el futuro del enfermo.

- *Culpa*: Muchas familias se inclinan a temer que los problemas del esquizofrénico hayan sido causados o exacerbados por algo que ellos hicieron o se abstuvieron de hacer.

Los medios de comunicación populares tienden a reforzar estas preocupaciones, con sus mensajes que destacan la conexión entre la buena crianza y el éxito del hijo. Parece inevitable entonces que se experimenten ciertos sentimientos de culpa.

- *Frustración*: Cuando un miembro de una familia contrae una enfermedad mental, lo habitual es que los demás traten de ayudarlo por todos los medios posibles y, al mismo tiempo, procuren mantener la vida familiar en condiciones estables y previsibles.

Los resultados mínimos o nulos obtenidos con tantos mecanismos de resolución comunes hacen que la mayoría de los familiares se sientan naturalmente cada vez más frustrados.

- *Ira*: Es una respuesta normal a la frustración crónica. Aun cuando comprendan que el paciente está enfermo, a los miembros de su familia les resulta imposible dejar de encolerizarse ante conductas irreflexivas, inconvenientes o irritantes. La ira prevalece particularmente en aquellos casos en que los familiares creen que el paciente podría dominar sus comportamientos con sólo esforzarse un poco más, o si no fuese perezoso o manipulador.

- *Tristeza, duelo*: La mayoría de los familiares experimentan, en algún momento, una sensación de tristeza por la pérdida de sus sueños y esperanzas con respecto al esquizofrénico. Estos sentimientos son especialmente agudos cuando los familiares comprenden por primera vez que el paciente nunca volverá a ser el mismo de antes. Renunciar a los sueños y esperanzas es un acto particularmente triste para los padres, más aún si el paciente es su único hijo. También lo es para el cónyuge de un paciente cuando debe llorar la pérdida de una esposa o marido que le corresponde genuinamente, y aprende a hacer frente el ensimismamiento del ser querido o al menos a cabo de sus capacidades.<sup>16</sup>

## CALIDAD DE VIDA Y ESQUIZOFRENIA

Durante el tratamiento y rehabilitación del paciente esquizofrénico se persiguen básicamente dos objetivos:

- I. Que el paciente se mantenga en la comunidad, evitando recaídas y rehospitalización.
- II. Que tenga un rendimiento instrumental apropiado en la comunidad.<sup>17</sup>

El grado y la calidad de la adaptación del paciente dependen del balance de factores, unos que le significan estrés, dificultad insalvable, aumento de su vulnerabilidad, y otros que suponen fortalecer sus capacidades de enfrentar las dificultades de la vida. Estos son factores dependientes del paciente mismo, de su familia y de la comunidad.

1. Factores del paciente: Gravedad clínica de la enfermedad, especialmente su curso evolutivo. Fenton y McGlashan<sup>18</sup>, revisaron los detallados registros médicos de una cohorte de 187 pacientes esquizofrénicos del estudio de seguimiento de Chestnut Lodge, tratados por largo tiempo en la era pre-drogas y seguidos por un promedio de 19 años desde su primer ingreso, lo que les permitió construir un perfil de la historia natural y el curso a largo plazo de la enfermedad según el predominio de síntomas negativos o positivos y el subtipo nosológico. Pudieron concluir lo siguiente:
  - La Esquizofrenia con muchos síntomas negativos se asocia con pobre funcionamiento premórbido, comienzo insidioso, sin remisión o con remisión parcial en los primeros años de enfermedad y lleva en la mayoría de los casos a discapacidad permanente.
  - La Esquizofrenia con pocos síntomas negativos se asocia con buen funcionamiento premórbido, comienzo agudo, curso inicial intermitente y un mejor pronóstico.
  - La Esquizofrenia paranoide comienza más tarde, se desarrolla rápidamente en individuos con buen funcionamiento premórbido, tiende a ser intermitente.
  - La Hebefrenia tiene un comienzo más temprano, a menudo se desarrolla insidiosamente y se asocia con una mayor historia familiar de psicopatología, pobre funcionamiento premórbido y, frecuentemente, con enfermedad continua y pobre pronóstico a largo plazo.
  - La Esquizofrenia indiferenciada comienza también temprano y se desarrolla insidiosamente, se distingue poco del estado premórbido

del paciente, se asocia con una historia precoz de problemas conductuales y a menudo resulta en una discapacidad continua pero estable.

2. Factores psicosociales: Los factores sociales que se cree tienen influencia en la salud mental de los individuos son llamados “factores psicosociales”. En el estudio de la esquizofrenia estos factores deben insertarse en el marco de un modelo como el de Zubin y Spring, de vulnerabilidad/estrés en el curso de la enfermedad.<sup>19</sup>

a) Factores Familiares: El funcionamiento del sistema social familiar es esencial para el ajuste del paciente y, por otro lado, son los miembros de la familia los árbitros principales de su entrada en la comunidad, y los que deciden habitualmente su rehospitalización y su rehabilitación.<sup>20</sup>

b) Nivel de expectativa: Otro factor importante es el ajuste o desajuste entre las expectativas del paciente y las de la familia en cuanto a su rendimiento después del alta. Serban plantea que “un buen ajuste requiere que las actitudes y expectativas del paciente acerca de su vida fuera del hospital sean consistentes con la realidad de su nivel de capacidad y con las demandas y expectativas de quienes constituyen su medio social”.

c) Factores demográficos: La voluntad de una familia para aceptar y mantener un paciente en el hogar está relacionada con la edad, el sexo y lo familiar. Los viejos habitualmente no tienen familia a la que regresar, y si la tienen son menos bienvenidos por sus mayores necesidades y menores posibilidades de contribuir.

Las mujeres son más aceptadas que los hombres, porque no se espera que trabajen o pasen mucho tiempo fuera de la casa, y su desajuste es habitualmente más fácil de controlar. Los padres tienden a ser menos exigentes y más indulgentes (en parte por sentimientos de culpa), y a restablecer la díada “madre-hijo”, invitando a la regresión.

d) Eventos vitales y factores de estrés: En la familia y en la comunidad los pacientes esquizofrénicos están sometidos a estrés. Entre los tipos de factores que intervienen se distinguen:<sup>21</sup>

1.- Eventos vitales: eventos o experiencias localizados puntualmente en el tiempo y que se vivencian como emocionalmente amenazantes y exigen de cualquier persona promedio un esfuerzo de adaptación.

2.- Factores o situaciones de estrés crónico: situaciones de estrés sostenido, que no ocurren en una fecha puntual, como una crisis, sino que persisten por largo tiempo.

3.- Factores de la comunidad: Son importantes: las actitudes del público, las estructuras de apoyo social y el sistema de atención psiquiátrica y de Salud.

Actitudes del público: hasta 1960, en los Estados Unidos, todos los estudios mostraban que la enfermedad mental era temida y los pacientes mentales estigmatizados y segregados. Se les atribuían 3 características negativas: impredecibilidad, peligrosidad y falta de responsabilidad personal. Y había derrotismo en cuanto a la posibilidad de tratamiento. Los resultados de investigaciones desde 1960 en adelante en EEUU son más variados. Algunos estudios han mostrado que el público está: 1) mejor informado acerca de la enfermedad mental, 2) más convencido de que es una forma de enfermedad como cualquier otra y 3) más tolerante con los enfermos mentales que viven en la comunidad.

El apoyo social: las medidas de apoyo social diseñadas para la población general probablemente son de poca relevancia para la esquizofrenia, y un apoyo social como dimensión importante en el curso y tratamiento de la esquizofrenia debe considerar los siguientes puntos:

- El apoyo social, como la nutrición, no es un concepto que pueda aplicarse directamente desde la salud a la enfermedad. Cada enfermedad mental tiene su propia sensibilidad especial a los factores de apoyo ambiental.
- En la esquizofrenia es de mayor importancia la organización de tareas e iniciativa, y una apropiada distancia y frecuencia de contactos, que factores tales como la disponibilidad de un confidente íntimo que, por ejemplo, ha mostrado ser importante en la depresión.

- Los esquizofrénicos tienen un círculo inusualmente pequeño de gente que los apoya, fundamentalmente pacientes, y que a menudo incluye representantes de organizaciones de salud mental.
- Las actitudes de estos pequeños círculos de personas hacia la enfermedad mental, y las expectativas que tengan en relación con el desempeño del paciente en cuanto a trabajo y sociabilidad son una parte importante del apoyo social. También son de gran importancia las definiciones que en estos aspectos hace la cultura local.

El sistema de atención psiquiátrica y de salud: son también importantes para el pronóstico y la calidad de vida del paciente esquizofrénico la concepción de enfermedad y salud mental que tenga el sistema de salud imperante en el país, su actitud hacia esa patología y ese grupo de enfermos, y la estructura que se dé para encarar el problema.

En lo que se refiere a la calidad de vida de los cuidadores, se ha relacionado con la carga percibida y se ha observado relación significativa entre una baja calidad de vida total y altos niveles de carga percibida. Esto indica que el papel cuidador que desarrollan los parientes influye en la situación y calidad de vida de los padres cuidadores.

Magaña (2007) llevó a cabo un estudio basado en el Modelo del Proceso de Estrés del cuidador de Pearlin, para examinar la relación entre los estresores del cuidado y el malestar psicológico del cuidador principal del enfermo mental, así como el papel mediador potencial de las apreciaciones del cuidador (carga, estigma) en la relación entre los estresores y el malestar psicológico. Los resultados, consistentes con el Modelo del Proceso de Estrés de Pearlin, revelaron que la carga subjetiva del cuidador actúa como mediador en la relación entre los síntomas positivos del paciente (estresor) y los síntomas de malestar psíquico relacionados con depresión que presentaban los cuidadores familiares. A la vista de estas conclusiones, afirman que las intervenciones dirigidas a reducir la sintomatología positiva del paciente inducirán una reducción de la carga familiar y mejorará el bienestar emocional del cuidador; a su vez, las intervenciones dirigidas hacia cómo el cuidador vive y siente los síntomas del paciente, también aliviarán la ansiedad psicológica de aquel.<sup>26</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En México se ha reportado una prevalencia del .7% al 2% de esquizofrenia. Para el 2004 – 2005 se ubicó esta enfermedad en el décimo lugar en cuanto a discapacidad y la depresión. La encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica señala que una de cada cuatro personas se ve afectada de un trastorno mental en algún momento de su vida, lo cual implica por cada diez personas, hay 2.5 encargados de cuidar a alguien con enfermedad mental crónica. De tres enfermos dos no reciben atención y la familia es el único agente de apoyo comunitario lo que se traduce en una carga adicional sobre ella y un índice mayor de enfermedad derivada de esta condición en familiares cuando se les compara con la población general.

La esquizofrenia es la enfermedad más incapacitante dentro de las enfermedades mentales. Caraveo (1995) reporto que alrededor de 32% los pacientes hospitalizados en un cierto tiempo en los hospitales de México, tenían el diagnostico de esquizofrenia.

En México existen aproximadamente más de 2.300 psiquiatras certificados, de estos más de 50 % tienen un limitado o nulo contacto con pacientes esquizofrénicos, lo que refleja una severa problemática de falta de recursos humanos para atender este padecimiento.

A pesar de que en México la esquizofrenia después de la depresión, es la segunda causa de mayor demanda en los servicios de salud mental, en México, la investigación de la esquizofrenia ha sido comparativamente menos numerosa, en relación con la de los otros países, especialmente los desarrollados.

Una causa de esta pobreza relativa es que la enfermedad mental ha sido vista como de naturaleza distinta a otras enfermedades y su estudio ha suscitado temores y despertados prejuicios.

Por otro lado no se ha contado con los recursos humanos, materiales y financieros adecuados, por lo que el desarrollo científico de la esquizofrenia en nuestro país ha sido más lento que la de otras enfermedades mentales y otras ramas de la medicina.

Son pocos los estudios biológicos (neurofisiológicos, neuropatológicos, genéticos y moleculares) que se han realizado en México, por las condiciones económicas del país.

En cuanto a la medicina familiar no existen muchos datos en el impacto de intervención de la atención del paciente y el cuidador primario como identificación de las medidas preventivas, estrategias y otros aspectos relacionados con el autocuidado del paciente.

En mi práctica clínica como médico de medicina familiar de consultorio de la unidad de medicina familiar No 12 del IMSS ubicado en Allende Coahuila, he tratado con familias de enfermos con esquizofrenia y no se conoce ningún dato de su calidad de vida. Esto es de utilidad conocer para mejorar el abordaje al problema y mejor adaptación social al paciente y sus familias con los diferentes apoyos psicológicos, terapias grupales y apego el paciente a su tratamiento médico.

El objetivo de esta investigación es conocer las interpretaciones de las personas enfermas, de los cuidadores primarios y de los cuidadores primarios con respecto a sus experiencias con esquizofrenia, es importante para que conozcamos sus creencias, sus necesidades clínicas y sociales para hacer frente a las necesidades que les genere la enfermedad.

**¿Cómo es la calidad de vida de las familias con integrante (s) esquizofrénico de la Unidad de Medicina Familiar No.12 de Allende Coahuila?**

## JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a estudios realizados por la OMS, se estima que más de 400 millones de personas sufren trastornos neurológicos y psiquiátricos, en América latina y el Caribe se calcula que más de 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años sufren algún trastorno psiquiátrico que ameritan atención.

En el primer nivel de atención de América Latina, la frecuencia de trastornos mentales en la infancia fue entre 12 y 29%. En el panorama epidemiológico, el banco mundial calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos contribuyen con 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representa el 20% <sup>5</sup>. El estudio trasnacional sobre la prevalencia de los trastornos mentales que realizó el consorcio internacional en epidemiología psiquiátrica (ICPE) presenta una gran variación en la prevalencia de los trastornos mentales de país a país, un 40% para los países bajos y los Estados Unidos, bajando los niveles a un 20% para México.<sup>6</sup>

El objetivo de este estudio es la de poder conocer como es la calidad de vida en las familias cuando se tiene un integrante esquizofrénico. Lamentablemente el pobre conocimiento sobre la enfermedad hace que el proceso sea un deterioro progresivo para la familia, volviéndose incapaces para ofrecer apoyo o incluso sus actos con el enfermo se vuelven contraproducentes. Los miembros de la familia se centran tanto en el cuidado del paciente, que disminuye sus relaciones sociales y, en consecuencia, sus apoyos exteriores, con lo que empeora su capacidad como cuidadores.

Son diversas las maneras que adquiere la familia para sobrellevar la enfermedad de uno de sus miembros y la de cómo afectan a los demás integrantes de esta misma.

Ante la evidente crisis de la enfermedad que sufre uno de los integrantes de la familia, para sobrevivir a tal crisis la familia se va adaptando a diferentes funciones en cada uno de sus integrantes, sufre cambios de roles.

Conviene destacar el terrible impacto de la enfermedad en quienes la padecen y en sus familiares ya que estos últimos llegan a ver al familiar enfermo como una carga. La esquizofrenia no solo afecta al mismo paciente sino a demás integrantes de la familia, es por ello que surge la inquietud de realizar este estudio, con la finalidad de conocer el estado de salud de cada uno de los integrantes o al menos la percepción que se tiene de ella, su estado anímico y emocional.

La esquizofrenia provoca en el paciente una dificultad importante para el buen desempeño de las funciones en cada etapa del ciclo vital, imposibilitándolo para que llegue a tener una vida independiente.

Las posibilidades de encontrar una fuente de empleo se ven reducidas y el cuidado de uno mismo es inadecuado y la capacidad para las relaciones sociales cada vez más se va afectando. Como consecuencia, la familia debe ocuparse de la persona enferma más allá de lo que suponen sus funciones habituales.

Los resultados que aportará a la ciencia este estudio servirán para la identificación de los factores de riesgo que tienden, con el propósito de que esta información constituya la base que facilite las estrategias eficaces y oportunas que optimicen el control de éstos y mejoren su calidad de vida y disminuyan, además los costos institucionales por tratamientos

Por lo tanto considero que este estudio beneficia al IMSS por que aportara datos a la población derechohabiente en general y con más énfasis a las familias con integrante con este trastorno mental así aumentando su conocimiento y mejor comprensión de la enfermedad. En consecuencia se presentarán menos complicaciones al enfermo mental y mejor integración del paciente a su núcleo familiar y a la sociedad.

Así representando menos recursos humanos y materiales para la atención del paciente con enfermedades mentales crónicas, además desde el inicio abordar alas familias para la mejor atención del paciente enfermo .

Así disminución de interconsultas a 2 o 3 nivel lo que mejoraría el rol familiar

- I. Que el paciente se mantenga en la comunidad, evitando recaídas y re hospitalización.
- II. Que tenga un rendimiento instrumental apropiado en la comunidad.<sup>16</sup>

Esta investigación permitirá comprender a la familia y al paciente los diferentes factores en ámbito social, laboral y familiar, que favorecen o dificultan al enfermo con esquizofrenia y a su familia su cuidado, evolución e integración a la dinámica familiar.

## **OBJETIVOS**

El objetivo de esta investigación es conocer la interpretación del cuidador primario en su entorno, calidad de vida, social, físico y laboral. Para conocer sus necesidades y brindar la mejor intervención.

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer como es la calidad de vida del cuidador primario del paciente esquizofrénico de la Unidad de Medicina Familiar No. 12 del IMSS de Allende Coahuila.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Conocer si existen alteraciones en la actividad física y laboral del cuidador primario del paciente esquizofrénico de la Unidad de Medicina Familiar No. 12 de Allende Coahuila.
  
- b) Conocer la percepción del estado de salud del cuidador primario del paciente esquizofrénico de la Unidad de Medicina Familiar No. 12 de Allende Coahuila.

**HIPOTESIS**

NO AMERITA

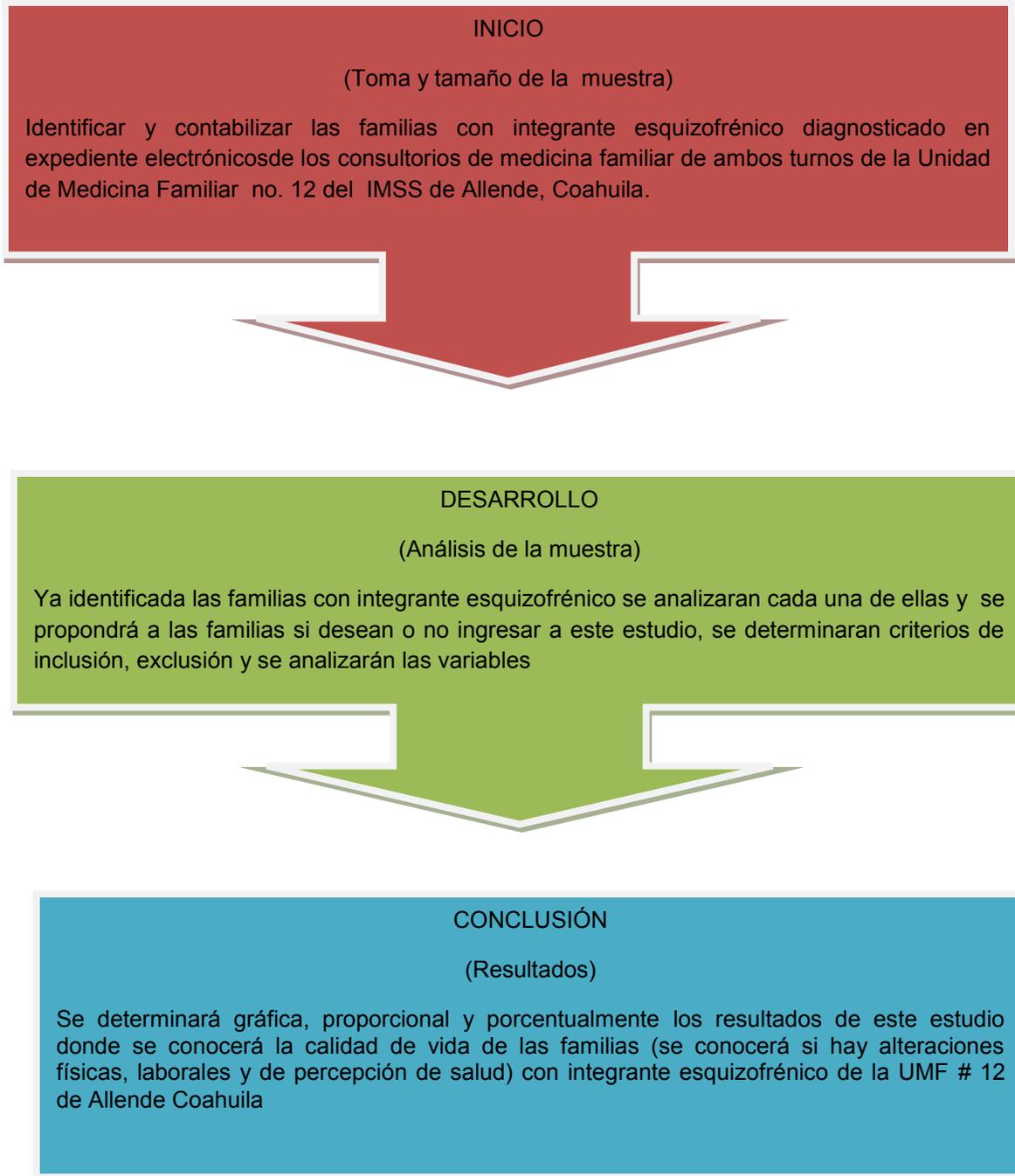
## **METODOLOGÍA**

### TIPO DE ESTUDIO

Prospectivo, descriptivo, transversal, observacional.

### **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

#### ETAPAS DEL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN



## **POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO**

Se selecciona a todas las familias con integrante diagnosticado como esquizofrénico en el expediente electrónico de ambos turnos de la consulta de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar no. 12 del IMSS de Allende Coahuila.

### LUGAR

El estudio se realizara en la Unidad de Medicina Familiar No. 12 del IMSS de Allende Coahuila misma que pertenece a la Delegación 05 del Instituto Mexicano del Seguro Social con dirección en la calle Juárez Norte 807 y Abasolo, colonia Centro Allende Coahuila.

### TIEMPO

Periodo de marzo del 2012 a febrero 2015

### TIPO DE LA MUESTRA

Prospectivo, descriptivo observacional, de corte transversal.

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

Población en estudio: Pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 12 de Allende Coahuila, del Instituto Mexicano de Seguro Social, el universo de trabajo lo constituyen actualmente 30 personas diagnosticadas con Esquizofrenia, en el periodo comprendido de marzo 2013 hasta noviembre 2014.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Familiar de paciente esquizofrénico con diagnóstico de esquizofrenia según criterios del DSM-IV, derechohabiente del IMSS de la UMF 12 de Allende Coahuila

- Familiar cuidador que acepte participar en el estudio de investigación contestando el cuestionario de salud SF-36.
- Tipo de convivencia: vivir en núcleo familiar siendo el que conteste el cuestionario SF-36 el cuidador principal.
- Familiar , padre , madre u/o tutor mayor de 18 años

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Familiar con paciente esquizofrénico que no acepte participar en el estudio de investigación.
- Familiar con paciente esquizofrénico menor a 18 años.

#### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Cuestionarios SF-36 incompletos o no identificados
- Familias con integrante esquizofrénico que se cambiaron de domicilio o de clínica de adscripción durante la investigación
- Familias con integrante esquizofrénico no diagnosticado con certeza ni validez de sustento por especialista psiquiatra para el estudio.
- Tipo de convivencia: que no viva en el núcleo familiar.

## VARIABLES

### VARIABLES DEL ESTUDIO

TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
<b>VARIABLE DEPENDIENTE.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>CALIDAD DE VIDA</b></li> </ul>	<p>Concepto: Es el grado en que los individuos o sociedades tienen altos valores en los índices de bienestar social.</p> <p>Definición OMS: Percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura, y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.</p>	<p>Definición operacional : que sirve para determinar el bienestar social y general de los individuos y la sociedad ,</p> <p>Se valoraran</p> <p><b>4 aspectos físicos:</b></p> <p>Función física</p> <p>Actividad física laboral</p> <p>Índice de dolor</p> <p>Percepción de salud</p> <p><b>4 aspectos área psíquica (mental)</b></p> <p>Vitalidad</p> <p>Función social</p> <p>Actividad psíquica</p> <p>Índice salud mental</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Cuestionario de Salud SF-36</p>	<p>Definición OMS</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>ACTIVIDAD FÍSICA.</b></li> </ul>	<p>Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.</p>	<p>Cualquier actividad que involucre movimientos significativos del cuerpo</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Definición OMS</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>ACTIVIDAD LABORAL.</b></li> </ul>	<p>Cualquier actividad física o intelectual que recibe algún</p>	<p>Actividad física o mental que recibe remuneración en el</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Diccionario de la lengua</p>

<p><b>FUNCION SOCIAL.</b></p> <p>• <b>SALUD GENERAL (PERCEPCIÓN)</b></p>	<p>tipo de respaldo o remuneración en el marco de una actividad o institución de índole social</p> <p>Es un estado de completo bienestar o equilibrio, entre los factores físicos, psicológicos (mentales), sociales y medioambientales; y uno de los elementos fundamentales que hacen a la calidad de vida.</p>	<p>ámbito social o institucional</p> <p>Equilibrio entre el bienestar físico, mental y el medio que nos rodea.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>española 2005</p> <p>OMS/ Organización Panamericana de la Salud</p>
<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE ESQUIZOFRENIA</b></p>	<p>Definición DSM-IV: Alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye síntomas de fase activa de cuando menos un mes, caracterizados, por alucinaciones, ideas delirantes, desorganización del lenguaje, o conductual, síntomas catatónicos y síntomas negativos.</p>	<p>síndrome deficitario de disociación de la mente y por un síndrome secundario de producción de ideas, sentimientos y actividad delirante</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Manual Diagnostico DSM-IV;</p>

## INSTRUMENTO DE CAPTACIÓN

- Revisión de expedientes clínicos electrónicos de la UMF 12 Allende Coahuila, para la identificación de familias con integrante esquizofrénico.
- Aplicación del cuestionario de salud SF-36 a familias con integrante (s) esquizofrénicos derechohabientes de la UMF 12 Allende Coahuila, los integrantes serán padre, madre, y /o tutor, una encuesta por familia que se aplicará durante el horario de consulta, en sala de espera, en visitas domiciliarias.

El SF-36 es una encuesta de salud, derivado del Medical Outcome Studies (MOS), su forma corta con sólo 36 preguntas. Rinde un perfil 8 escala de puntuaciones funcionales de salud y bienestar, así como medidas de Resumen psicométricamente basado en la salud física y mental y un índice de utilidad de salud basada en la preferencia. Es una medida genérica, en contraposición a uno que se dirige a un grupo de edad, enfermedad o tratamiento específico. En consecuencia, el SF-36 ha demostrado ser útil en las encuestas de la población general y específica, comparando la carga relativa de las enfermedades, y en diferenciar los beneficios para la salud producción por una amplia gama de tratamientos diferentes.<sup>21</sup>

Existen 2 versiones: la “estándar” (periodo recordatorio de 4 semanas) y la “aguda” (periodo recordatorio de 1 semana). En el presente estudio se utilizará la versión estándar.

Contiene 36 ítems que cubren dos áreas: el estado funcional y el bienestar emocional. El área del Estado funcional está representada por las siguientes dimensiones:

- Función física (10 ítems)
- Función social (2 ítems)
- Limitaciones del rol por problemas físicos (4 ítems)
- Limitaciones del rol por problemas emocionales (3 ítems)

El área del Bienestar incluye:

- Salud mental (5 ítemes)
- Vitalidad (4 ítemes)
- Dolor (2 ítemes)

Finalmente, la evaluación general de la salud incluye:

- Percepción de la salud general (5 ítemes)
- Cambio de la salud en el tiempo (1 ítem que no cuenta en la puntuación final)

Los ítemes y las dimensiones del SF-36 están puntuados de forma que a mayor puntuación mejor es el resultado de salud. Para cada dimensión, los ítemes son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. Sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión, una es la suma del estado de salud física y otra el estado de salud mental.

Preferentemente, el cuestionario debe ser auto administrado, pero se ha mostrado aceptable la administración mediante entrevista personal sin que variara la consistencia interna. Existen versiones en castellano y en catalán, por lo que se utilizarán indistintamente en función de la lengua materna de la persona a la que se administre.

En cuanto a validez y fiabilidad, los diferentes estudios llevados a cabo han demostrado validez de concepto y de constructo de la adaptación y un alto nivel de consistencia interna para todas las dimensiones, menor para la Función social<sup>22</sup>

## **MÉTODO DE CAPTACIÓN**

### FASE INICIAL:

Se recolecto la información identificando los expedientes electrónicos con diagnostico esquizofrenia del universo de la U.M.F. # 12 de Allende Coahuila. Esta fase inicial dio inicio en el mes de febrero 2013 posterior a la autorización del protocolo por el SIRELSIS.

### DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN:

Ya identificado los expedientes electrónicos con diagnóstico de esquizofrenia, se analizaran cada uno de ellos y se investigará si es con base y sustento su diagnóstico. Que se encuentre documentado y etiquetado por especialista, se realizaran criterios de inclusión y exclusión de los expedientes y a sus familias a investigar, se analizaran variables, se aplicará a cada familia el cuestionario sf-36 un integrante por familia padre, madre u/o tutor; previa autorización del familiar que desee participar en el estudio firmando y explicando detalladamente. Consentimiento informado. (Anexo 2).

### RESULTADOS:

Se presentara con base estadístico y grafico ya terminado en diciembre 2013 el análisis, la interpretación y redacción y de los resultados se llevara a cabo según cronograma dando concluida la investigación en el mes de julio 2014

## **ANALISIS ESTADISTICO**

### ANALISIS DE LOS DATOS

El análisis de los datos recogidos se ha realizado mediante paquete estadístico SPSS versión 15.0, primero se llevara a cabo un análisis descriptivo respecto a los familiares cuidadores (edad y sexo).

Después será analizado de manera descriptiva con los resultados de la encuesta de salud del cuidador SF-36

## CRONOGRAMA 2012-2013.

### PRIMER AÑO.

AVANCE	MES											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Pregunta de investigación	x											
Marco teórico		x										
Planteamiento del problema			x									
Objetivos, Justificación, hipótesis y diseño				x								
Material y métodos					x							
Planteamiento del análisis estadístico						x						
Bibliografía y anexos							x					
Registro en SIRELCIS y envío al CLIS								x				
Realización de modificaciones y autorización del protocolo									x		x	
Selección de la muestra												x

SEGUNDO AÑO 2013-2014.

AVANCE	MES												
	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Inicio de recopilación de datos (16.6 %)	X	X											
Recopilación de datos (50 %)			X	X									
Recopilación de datos (66.6%)					X	X							
Recopilación de datos (100%)							X	X	X				
Elaboración de base de datos										X			
Análisis estadístico											X		
Redacción de tesis (11.1%)												X	
Redacción de tesis (22.2%)												X	
Redacción de tesis (33.3%)													X
Redacción de tesis (44.4%)													X

TERCER AÑO 2014-2015.

AVANCE	MES											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Redacción de tesis (55.5%)	x											
Redacción de tesis (66.6%)		x										
Redacción de tesis (77.7%)			x									
Redacción de tesis (88.8%)				x								
Redacción de tesis (100%)					x							
Envío de la tesis a la UNAM						x						
Realización de modificaciones							x					
Envío de tesis modificada a la UNAM								x				
Aceptación por la UNAM									x			
Presentación de tesis en UMF										x		

## PRESUPUESTO POR TIPO DE GASTO

TITULO DEL PROYECTO:

CALIDAD DE VIDA EN LAS FAMILIAS CON INTEGRANTE ESQUIZOFRENICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 12 ALLENDE COAHUILA

### Gasto corriente

No.	Gasto	Justificación	Monto
1.	Artículos materiales y útiles diversos	Papelería, hojas de maquina, lápices, plumas, borradores, carpetas, grapadoras, USB	\$750.00
2.	Impresora	Copias de la encuesta	\$300.00
3.	Cartucho para impresora	Negro y color	\$500.00
4.	Viáticos	Alimentación y transporte	\$1,000.00
5	Personal (entrevistador)	1	
<b>Total del gasto</b>			<b>\$2,550</b>

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

El investigador garantiza que este estudio se llevó a cabo en plena conformidad con los principios de la “Declaración de Helsinki” (y sus enmiendas en Tokio, Venecia, Hong Kong y Sudáfrica) y en apego a la legislación y reglamentación de la Ley General de salud en materia de Investigación para la Salud, lo que brinda mayor protección a los sujetos del estudio. El estudio siguió estrictamente los principios de la Directriz tripartita del ICH titulada “Recomendaciones para Buenas Prácticas Clínicas” (enero 1997). Este protocolo se sometió al Comité Local de Investigación en Salud 506 HGSZ/MF no. 79 Piedras Negras Coahuila del Instituto Mexicano del Seguro Social. Con la aprobación mediante el sistema SIRELSIS bajo el número de registro: R-213-506-

9

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

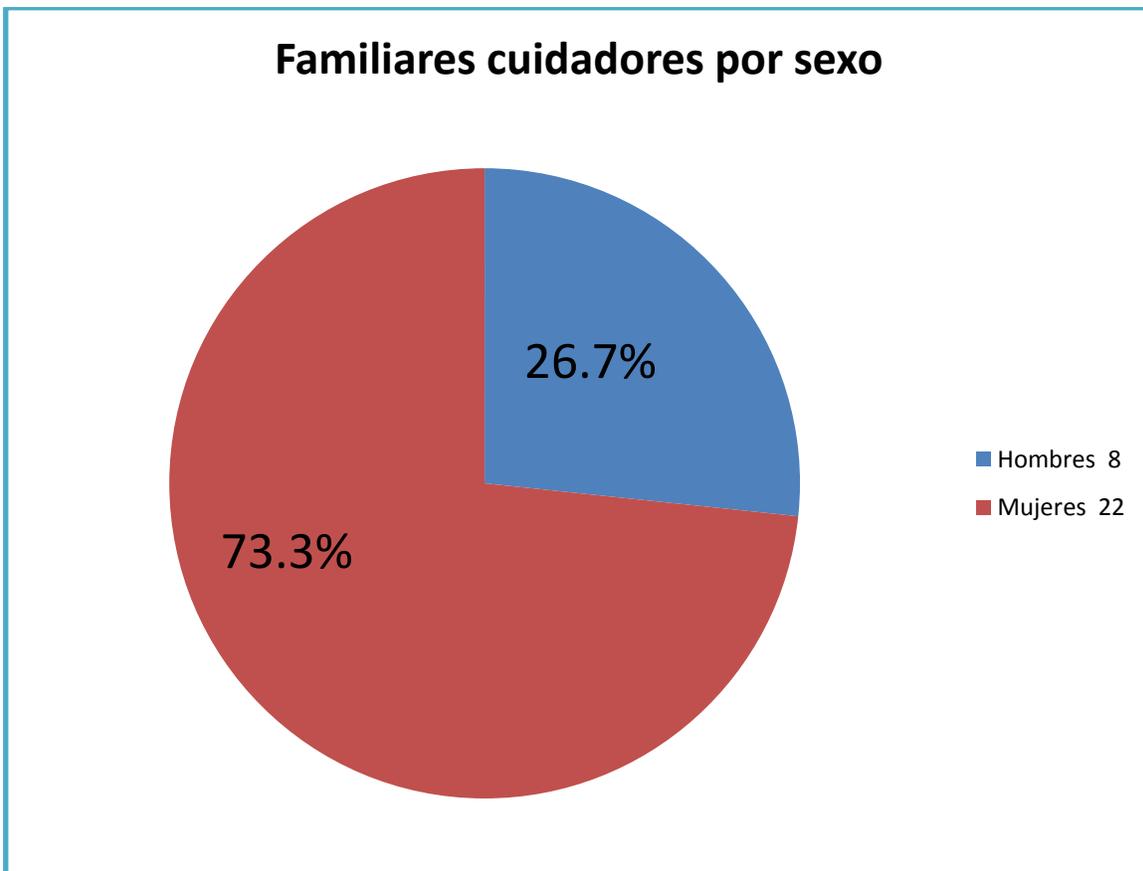
El investigador es el responsable de obtener el consentimiento informado de cada sujeto que participe en el estudio, después de haber explicado correctamente los objetivos, métodos, y peligros potenciales del mismo. Explicará a los pacientes que son totalmente libres de negarse a participar en el estudio o abandonarlo en cualquier momento y por cualquier motivo. Si el sujeto no sabe leer, un testigo imparcial debe estar presente durante toda la plática relativa al consentimiento informado. Una vez que el sujeto haya otorgado su consentimiento oral para participar en el estudio, la firma del testigo en la carta de consentimiento informado certificará que la información contenida en el consentimiento se explicó y entendió perfectamente. El investigador también explicará a los sujetos que están totalmente libres de negarse a participar en el estudio y pueden abandonarlo en cualquier momento y por cualquier motivo. La carta de consentimiento informado será llenada correctamente. Si surgen nuevos datos sobre la seguridad que modifiquen significativamente los riesgos y beneficios se revisarán el documento del consentimiento informado y se actualizará si es necesario. A todos los sujetos del estudio se les entregará una copia de la carta de consentimiento y de las actualizaciones que se realicen para seguir participando en el estudio.

Se anexa carta de consentimiento informado (Anexo 1)

## RESULTADOS

Contamos con una muestra N= 30(cuidadores familiares) de los cuales 8 son hombres (26.7% de la muestra) y 22 son mujeres (73.3% de la muestra).

En cuanto a la edad tenemos un valor mínimo de 38 años y un valor máximo de 88. El valor central de la muestra es de 63.5 y la moda de 54. La media es de 62.77 y desviación típica 10.44 para un nivel de confianza del 95%.



Gráfica # 1

A continuación se procederá al análisis de los resultados a través de la escala SF-36, procederemos a transformar los datos de los 36 ítems en ocho variables que representan ocho áreas de salud.

- Función física
- Rol físico
- Dolor corporal
- Percepción de salud general
- Vitalidad
- Función social
- Rol emocional
- Salud mental

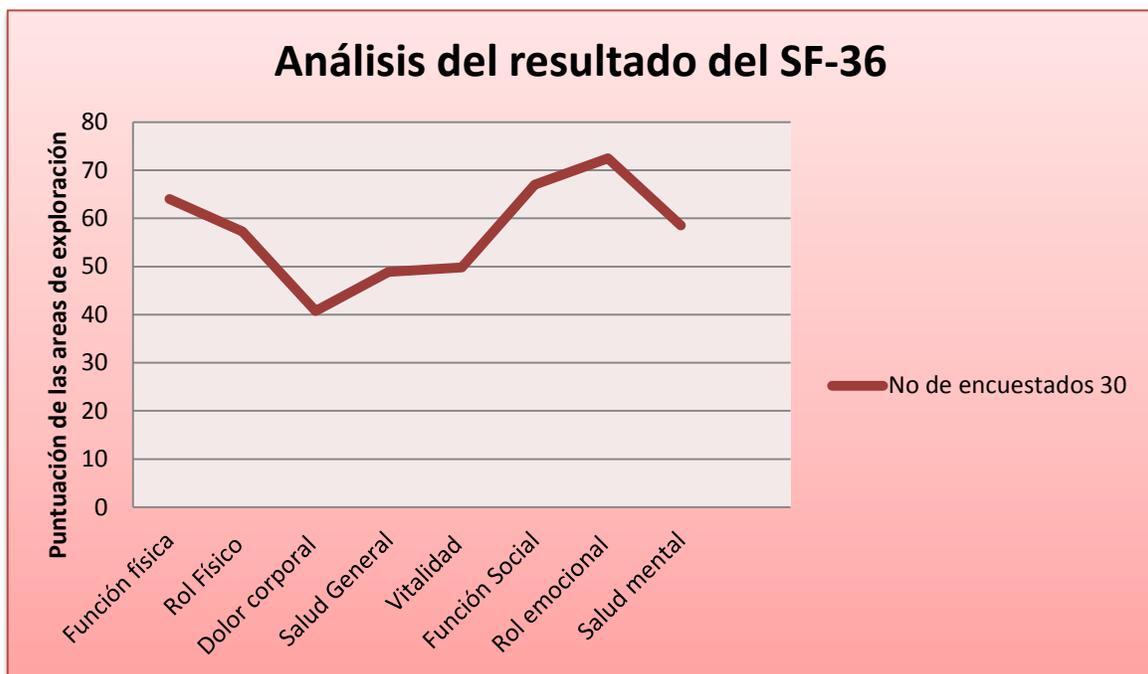
	No.	Mínimo	Máximo	Media
<b>Función física (0-100)</b>	30	20.00	100.00	64.04
<b>Rol físico (0 – 100)</b>	30	.00	100.00	57.29
<b>Dolor corporal (0 – 100)</b>	30	.00	84.00	40.73
<b>Salud general</b>	30	10.00	87.00	48.86
<b>Vitalidad (o – 100)</b>	30	6.25	93.75	49.79
<b>Función social (0-100)</b>	30	12.50	100.00	67.00
<b>Rol emocional (0-100)</b>	30	.00	100.00	72.50
<b>Salud mental (0-100)</b>	30	15.00	90.00	58.50

TABLA # 1

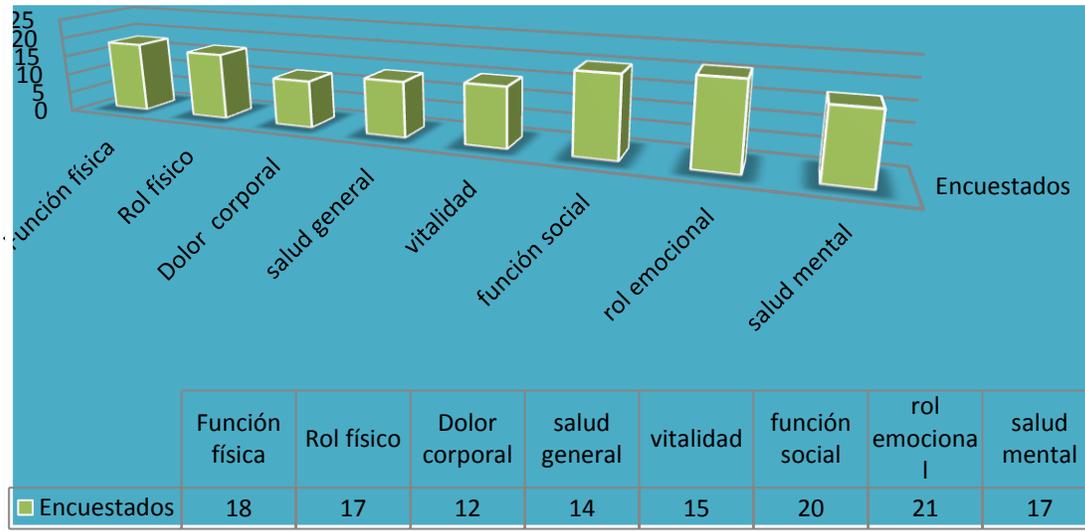
Se destaca en la tabla # 1 que la media más alta corresponde a la variable rol emocional y la más baja a dolor corporal. Hay que recordar que para la escala SF-36 a mayor puntuación corresponde a mejor estado de salud, por lo tanto las áreas que representan mejor salud son: rol emocional y funcionamiento social y las de peor salud son dolor corporal y salud general.

## RESULTADO GRÁFICO DE LA TABLA #1

Análisis del resultado del SF-36



## Resultados por área de estudio SF-36



## DISCUSIÓN

En primer lugar si nos fijamos en la muestra de familiares cuidadores, llama la atención que solo ocho son hombres frente a 22 mujeres. Esto no es un hecho casual, ya que al seleccionar la muestra se ha puesto de manifiesto que solo una pequeña parte de los enfermos esquizofrénicos tienen como cuidador principal al padre. Aunque observando el grado de sobrecarga que experimentan hombres y mujeres cuidadores hay una tendencia clara hacia una mayor sobrecarga de la mujer cuidadora otro factor que pudiera contribuir a aumentar la sobrecarga percibida por la mujer podría ser el hecho de que esta, además del papel de cuidadora principal del hijo enfermo, asuma la gran mayoría de las tareas del hogar, el aumento del tamaño de la muestra para la mujer cuidadora permite confirmar esta tendencia.

Otro factor que podría contribuir a este hecho es la duplicidad de papeles de los cuidadores varones que trabajan fuera de casa y además asumen el rol de cuidador.

Hemos encontrado en esta línea resultados que se relacionan con la salud del cuidador principal, peor percepción de la de salud en las áreas de salud general y dolor corporal.

En esta línea de resultados del familiar cuidador la mejor percepción de salud es en las áreas de función social y rol emocional.

Estudios anteriores muestran que el malestar psicológico derivado del rol cuidador tiene un efecto negativo sobre el bienestar de los padres que cuidan a sus hijos enfermos. En la misma línea hemos encontrado resultados que relacionan la sobrecarga del cuidador con la salud del mismo, en el sentido de a mayor nivel de sobrecarga percibida, peor estado de salud.

Se ha observado que los cuidadores de la muestra que han manifestado mayor sobrecarga, han demostrado peor estado de salud en las áreas de Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional y Salud Mental.

Estas 5 variables de salud correlacionan positivamente con la variable sumario Componente Mental, para la que también se ha encontrado asociación significativa en relación a la sobrecarga (a mayor sobrecarga, peor estado de Salud Mental).

Se ha tenido en cuenta durante todo el proceso de estudio que al tratarse de un pilotaje los resultados podrían estar condicionados por un tamaño de la muestra reducido. Está en proyecto ampliar el estudio en el tiempo y en tamaño de la muestra para poder confirmar todos aquellos resultados que, sin llegar a tener una significación suficiente, han mostrado una tendencia determinada hacia alguna de las variables estudiadas.

## CONCLUSIONES

El presente trabajo nos ha aportado datos para conocer el entorno a la percepción de la calidad de vida y conocer el rol familiar de cómo vive el familiar cuidador del enfermo esquizofrénico:

- Existe una tendencia a una mayor sobrecarga por parte de la madre cuidadora de un hijo esquizofrénico en relación al padre.
- Se ha observado que la sobrecarga percibida por el cuidador tiene mayor efecto en las áreas de salud general y dolor corporal y mejor resultado en el rol emocional y función social
- Los resultados obtenidos señalan las áreas de salud que se ven claramente afectadas negativamente por un mayor sentimiento de sobrecarga, estas áreas están relacionadas con la salud mental, física y social del familiar cuidador. Sabemos que los padres cuidadores estresados manifiestan su estrés en la interacción con sus familiares, repercutiendo así en el resultado de la calidad de vida del familiar con integrante esquizofrénico. Si los progenitores viven negativamente el papel de cuidadores repercute en su salud mental pero principalmente en su percepción de salud general y dolor corporal.
- El resultado final se traduce en un prejuicio para el paciente que no puede recibir el cuidado adecuado que se espera pueda recibir de la familia.

Adelantarnos y prevenir estas situaciones es un reto para el trabajo diario de los profesionales de la salud principalmente los de la salud mental. Si contemplamos al paciente y a la familia como un todo, la orientación y el soporte a la familia forma parte de nuestra labor como la atención directa al enfermo.

Los resultados de este trabajo nos alertan de la necesidad de atender a la familia en su propio beneficio y en el del paciente y resaltan la importancia de promover y generalizar los grupos psico-educativos enfocados a las familias

para tratar de disminuir el sentimiento de sobre carga que afecta la calidad de vida de la familia con integrante esquizofrénico.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ey H. Traité des hallucinations. Paris: Masson ; 1973.
2. Kraepelin E. Introduction a la psychiatrieclinique.Paris: Vigon ; 1907
3. Bleuer E. Tratado de psiquiatria. Madrid: Calpe ; 1924.
4. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizoprhrenia. Am J Pschiatry 1997; 154(4 Suppl): 1-63
5. [http://sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm\\_cap3.pdf](http://sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm_cap3.pdf)
6. Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales. España. Ed. Massons. Pg. 287 – 288
7. Jackson, D. (1960). Etiología de la esquizofrenia. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
8. Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadísticode los Trastornos mentales. España. Ed. Massons.
9. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizoprhrenia. Am J Pschiatry 1997; 154(4 Suppl): 1-63
10. Programa Especifico De Esquizofrenia 2001-2006, Primera edición, 2002, Mexico, D.F.
11. Hyde, A.P. & Goldman, Ch. R. (1993).Common family issues that interfere with the treatment and rehabilitation of people with schizophrenia. Psychosocial Rehabilitation Journal,16 (4), 63-74.
12. [http://sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm\\_cap3.pdf p 43-49](http://sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm_cap3.pdf_p_43-49)
13. Grandón P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. Psychiat Res. 2008;158:335-43.
14. Membrillo,A. (2008). Familia Introduccion al estudio de sus elementos. Mexico.Ed.ETM.
15. Berenstein.I. (1987).Familia y Enfermedad Mental.Ed.Paidos.Argentina. Buenos Aires.
16. Hogarty, G.E., Anderson, C.M. & Reiss, D.J. (1991). Family psychoeducation, socialskills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II.Two-year effects of a controlled study on relapse and family interventions for schizophrenia.British Journal of Psychiatry, 152, 432-438.
17. Olivos P. Rehabilitación del paciente mental crónico, págs 565-578. En Psiquiatría.Gomberoff M, Jiménez JP, eds. Medcom. Santiago, Chile, 685 pp 1982.
18. Fenton WS, McGlashan TH. Natural History of Schizophrenia Subtypes. I. Longitudinal Study of Paranoia, Hebephrenic and Undifferentiated Schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry 1991M 48: 978-986. II. Positive and Negative Symptoms and Long-term Course. Arch. Gen. Psychiatry 1991; 48: 969-977.
19. Zubin J, Spring B. Vulnerability. A new view of Schizophrenia.J. Abn. Psychol. 1977; 86: 103-126.

21. Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders. A replication. *Brit. J. Psychiatry* 1972; 121; 241-258.
22. Colmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J. Psychosomatic Res.* 1967; 11: 213-218.
23. **McHorney CA, Ware Jr. JE, Lu R et al.** The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): III tests of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. *MedCare* 1994; 32:40-66.
24. Badía X, Salameo M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 3ª ed. Barcelona: Edimac; 2002.
25. González Salvador. *La salud mental en México*. Director General de los Servicios de Salud Mental <http://www.conadic.gob.mx/doctos?salmen.htm> 05
26. Magaña S, Ramírez J, Hernández M, Cortez R. Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatry Serv.* 2007;58(3):378-84.

## ANEXO No.1

TITULO DEL PROYECTO:

CALIDAD DE VIDA EN LAS FAMILIAS CON INTEGRANTE ESQUIZOFRENICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 12 ALLENDE COAHUILA

### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

Yo \_\_\_\_\_ reconozco y acepto participar en el proyecto de investigación titulado : **Calidad de vida de las familias con integrante esquizofrénico**. Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC No. 506.

El objetivo del estudio es: **Valorar como es la calidad de vida en las familias con integrante esquizofrénico de la Unidad de Medicina Familiar de Allende, Coahuila. #12**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

- La aplicación de un cuestionario (SF-36) donde se me preguntara sobre mi salud física, mi situación emocional en el momento de la aplicación del cuestionario y si tengo o no limitación para realizar otras actividades de la vida diaria. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:
- No se somete a ningún riesgo o inconvenientes solo la información fidedigna de cómo funciona la relación familiar.
- El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente).
- El investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).
- Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto.
- El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
- También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
No. Seguridad Social

\_\_\_\_\_  
Testigo Nombre y Firma 1

\_\_\_\_\_  
Testigo Nombre y firma 2

Dr. Alfredo Ramírez Hernández  
MATRICULA: 99056389

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma, matrícula del investigador principal

## ANEXO No 2

TITULO DEL PROYECTO:

CALIDAD DE VIDA EN LAS FAMILIAS CON INTEGRANTE ESQUIZOFRENICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 12 ALLENDE COAHUILA

### CUESTIONARIO SF-36

#### **MARQUE UNA SOLA RESPUESTA**

1. En general, usted diría que su salud es:

**1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala**

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

**1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año**

**3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año**

**5 Mucho peor ahora que hace un año**

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

**1 Sí 2 No**

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

**1 Sí 2 No**

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

**1 Sí 2 No**

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

**1 Sí 2 No**

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

**1 Sí 2 No**

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

**1 Sí 2 No**

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

**1 Sí 2 No**

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

**1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho**

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

**1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho 6 Sí, muchísimo**

22. 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)?

**1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho**

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.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca**

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca**

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca**

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca**

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca**

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca**

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca**

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca**

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez**

32. 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)?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca**

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

**1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa**

34. Estoy tan sano como cualquiera.

**1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa**

35. Creo que mi salud va a empeorar.

**1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa**

36. Mi salud es excelente.

**1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa**

Asignación de puntaje.

Enfoque Rand es simple.

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100). Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los ítems no respondidos no se consideran.