

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



Facultad de Medicina

FACULTAD DE MEDICINA



**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y SALUD
MENTAL**

**SEDE
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”**

**“CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES CON ANTECEDENTE DE
CONSUMO DE COCAÍNA CON Y SIN TRATAMIENTO EN LA
ACTUALIDAD”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA**

**PRESENTA
GUADALUPE MARÍA MAYELA PÉREZ SANDOVAL**

**TUTOR TEÓRICO
DRA. EDITH PADRÓN SOLOMÓN**

**TUTOR METODOLÓGICO
DRA. ROSA ELENA ULLOA FLORES**

MÉXICO, D. F., FEBRERO 2010



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.

Agradecimientos...

... infinitos a Dios, por haberme guiado y permitido que culminara una etapa más en mi desarrollo,

... a mi esposo, Alejandro, quien me ha brindado su invaluable compañía, su apoyo incondicional y sus fuerzas para continuar en este camino,

... a mis padres, a mis hermanos y a sus familias, por haberme ayudado a llegar hasta aquí y haber estado presentes en todo momento con su pensamiento,

... a cada uno de mis maestros, por darme la oportunidad de ampliar mis horizontes en este fascinante campo de la salud mental infantil,

... a mis compañeros residentes con quienes compartí mis andanzas, y entre quienes encontré grandes amigos, en especial Lucy y Manuel,

... a todas las personas que estuvieron conmigo a lo largo de este proceso y que me ayudaron no sólo en mi formación académica, sino también en mi formación personal.

Muchas gracias...

ÍNDICE

I.	Introducción	3
II.	Marco teórico	4
	a. Antecedentes.....	4
III.	Justificación	13
IV.	Planteamiento del problema	13
V.	Hipótesis	13
VI.	Objetivo general	14
VII.	Objetivos específicos	14
VIII.	Material y métodos	15
	a. Diseño.....	15
	b. Universo del estudio.....	15
	c. Criterios de selección.....	15
	d. Criterios de exclusión.....	15
	e. Criterios de eliminación.....	15
	f. Variables.....	16
	g. Instrumentos.....	16
	h. Procedimiento.....	17
	i. Análisis estadístico.....	18
	j. Consideraciones éticas.....	18
IX.	Resultados	19
X.	Discusión	26
XI.	Limitaciones	29
XII.	Conclusiones	30
XIII.	Referencias bibliográficas	31
XIV.	Anexos	37

I. INTRODUCCIÓN.

El aumento y la creciente complejidad del consumo de drogas en México exige el desarrollo de programas más eficaces, centrados en factores específicos de riesgo. Sin embargo, debido a las dificultades y costo de los estudios para identificar factores de riesgo propiamente dichos, se ha recurrido con frecuencia al estudio de correlatos del uso de sustancias. Entre la población mexicana se han identificado, entre otros factores correlacionados, el uso de sustancias lícitas, el consumo de drogas en la familia, un débil apoyo y control familiar, el abandono o suspensión de estudios y una baja adherencia escolar, la tolerancia social y la disponibilidad de sustancias, la pertenencia a redes sociales disfuncionales y un uso inadecuado del tiempo libre, así como diversos trastornos de conducta, afectivos y psicológicos, entre los que se cuentan la depresión y la ansiedad (Prinstein, 2000). Existen pocos estudios que evalúen el impacto del tratamiento en la calidad de vida de adolescentes con consumo de cocaína, en este estudio retrospectivo se plantea evaluar la calidad de vida en adolescentes que siguieron el tratamiento para disminuir el consumo y los que no lo hicieron, evaluando la calidad de vida de los dos grupos (Rueden, 2006).

II. MARCO TEÓRICO.

ANTECEDENTES.

El concepto de Calidad de Vida encierra todas las esferas que conforman la existencia humana y ha sido estudiada desde la óptica de diversas disciplinas, como pueden ser la Psicología y la Medicina, entre otras. A través de diversos estudios, se han evaluado diferentes tipos de poblaciones, para llevar a cabo mejoras en la Calidad de Vida de las mismas. En este sentido, el concepto puede ser utilizado para diferentes propósitos, como puede ser evaluar la necesidad de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a poblaciones con problemas específicos y que afectan a la población en general; como podría ser el caso de los adolescentes con problemas de drogadicción (Setién, 1993).

A medida que los indicadores en salud utilizados en el campo de la salud pública han ido incorporando elementos de carácter comprensivo, el concepto de calidad de vida relacionado con la salud ha ido convirtiéndose en una medida más de la evaluación del estado de salud de las poblaciones y de grupos etarios específicos (Maremmani, 2007).

Aún cuando no se ha llegado a un consenso en cuanto a una definición teórica única sobre el concepto, esta puede ser vista como “la habilidad de participar plenamente en funciones y actividades relacionadas con aspectos físicos, sociales y psicosociales apropiadas para la edad” (Serra-Sutton, 2006). A nivel de una definición operacional, existirían ciertos acuerdos con relación a su carácter multidimensional (que incluye el estado funcional, físico, psicológico y social) y el carácter subjetivo u orientado al paciente, quien debe ser quien responda al cuestionario (González, 2004).

La importancia de la valoración de la calidad de vida radica en su utilización como indicador de evaluación del impacto del sistema de salud, es decir, permite conocer con más detalle y desde el usuario la congruencia de las políticas de salud pública, las prestaciones y su efectividad y los programas con que son abordadas las necesidades sanitarias de una población (Rajmil & Serra, 2004).

Teniendo en cuenta que la dependencia de sustancias es un trastorno crónico, es importante establecer un modelo de seguimiento longitudinal, lo que contribuye a mejorar

la comunicación entre el paciente y el profesional de la salud (Lasalvia, 2005). Además del conocido deterioro de la salud en general, el abuso de sustancias muestra un deterioro de relaciones interpersonales, sociales y competencias profesionales.

En el ámbito del uso indebido de sustancias, el concepto de calidad de vida se aplica en términos de funcionamiento, el bienestar y la satisfacción con la vida (Torrens, 1999). En los pacientes con dependencia a drogas, el objetivo no es sólo evaluar a los pacientes con respecto a la presencia o ausencia de síntomas físicos o su respuesta a tratamiento, sino también centrarse en el impacto que tiene dicho consumo en el individuo tanto a nivel familiar, escolar, laboral y social (Morales, 2006).

En el ámbito de la investigación por uso de sustancias, la evaluación de Calidad de vida se ha llevado a cabo principalmente a través de instrumentos genéricos de calidad de vida (Guyat 1995). La mayoría de los estudios de calidad de vida se han hecho en sujetos consumidores de opiáceos que se encuentran en tratamiento (Maremmani 2007, Wasserman 2006, Astals 2008).

Los instrumentos más utilizados para este propósito son: el Instrumento de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL Bref); SF-36; el perfil de la calidad de vida de Lancashire; Perfil de Salud de Nottingham (PHN); QoLIndex y el EuroQol (EQ-5D). Algunos estudios se centran en factores relacionados con la salud o factores personales que pueden dificultar un tratamiento eficaz (Morales-Manrique, 2006), finalmente se están desarrollando instrumentos para evaluar calidad de vida en sujetos con adicciones que se encuentran en proceso de validación (Zubaran, 2009).

El concepto de calidad de vida se ha desarrollado preferentemente en población adulta, afectada o no por morbilidad de tipo aguda o crónica, y con menos desarrollo en el área de la infancia y la adolescencia, en donde el estudio de la calidad de vida ha estado vinculado al campo pediátrico, principalmente en la evaluación del impacto que determinadas enfermedades tienen en la vida de los niños y adolescentes.

La medición de la calidad de vida en los niños y adolescentes presenta características particulares desde la capacidad del propio niño de entender y responder los cuestionarios, el desarrollo cognitivo en la percepción del niño sobre el concepto de salud-enfermedad hasta las expectativas sobre la enfermedad, de forma que los niños mayores

suelen percibirla como más estresante, principalmente en la pubertad (González de Dios, 2004).

Consumo de sustancias en adolescentes.

Este tema es socialmente importante, debido a que en los últimos 10 años, el consumo de sustancias ha crecido aceleradamente alrededor de todo el mundo. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en 1998 por la Secretaría de Salud y otros organismos, en México, poco más de 5 de cada 100 personas entre 12 y 65 años de edad, residentes en localidades urbanas (cerca de 2.5 millones de mexicanos), han utilizado alguna droga alguna vez en la vida. En los últimos años se ha observado un incremento en la disponibilidad de diversas drogas, aunado a la problemática social como la pobreza, la desintegración familiar y las características propias de la adolescencia hacen que se haya producido un incremento en el uso y abuso de sustancias psicoactivas entre la población joven del país (Mariño, 2000), al parecer los adolescentes responden a los impactos familiares, culturales y políticos por medio de diversas formas, siendo el consumo de sustancia una de ellas.

Los estudios coinciden en señalar que las drogas con mayores tasas de consumo son la marihuana, los inhalantes y la cocaína. Sin embargo, ha podido apreciarse un claro incremento del uso de cocaína entre los usuarios de drogas de la zona Metropolitana de la Ciudad de México, observándose un incremento de 9.5 veces al pasar de 7% del total de usuarios de sustancias en 1990 a 66.5% en 1998; de tal manera que la cocaína pasó a ser la droga de mayor prevalencia en esta ciudad, entre los usuarios de drogas. Desde finales de los noventa, esta sustancia ha mostrado fluctuaciones importantes: el crecimiento acelerado que mostró en esa década se nivela y disminuye ligeramente hacia el final del siglo pasado para volver a repuntar en esta década. El aumento en el consumo de esta droga pasó de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008, es decir, que se duplicó. (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones, 1997; Secretaría de Salud, 1999; Secretaría de Salud, Encuesta Nacional de Adicciones 2008).

Los Centros de Integración Juvenil (1999), han señalado que los más altos índices de drogadicción, se dan en jóvenes de entre 12 y 25 años de edad, siendo más alto el índice de consumidores varones que mujeres. Esto indica que la adolescencia es la etapa más susceptible para desarrollar una adicción, debido a que los individuos deben asimilar los

cambios propios de su crecimiento corporal, social y psicológico. Los bajos recursos económicos, la desintegración y falta de comunicación familiar, los largos períodos de ocio sumados a la curiosidad del adolescente, la presión del grupo de amistades, la atracción de hacer algo prohibido, entre otras cosas, pueden convertirse en factores que propicien el uso de drogas durante esta etapa (Jaffe, Petersen y Hodgson, 1980, Conger, 1980 y Tubau, 1995).

Debido al aumento del consumo de drogas entre los adolescentes y la generalización del uso de cocaína en grupos que tradicionalmente no la usaban como niños y jóvenes de pocos recursos, se han emprendido múltiples acciones para contrarrestar el fuerte avance del consumo de estas sustancias. En México se cuenta con diversas modalidades terapéuticas para la atención del problema de la drogadicción. En algunos servicios predomina el modelo médico psiquiátrico y se da especial atención a la comorbilidad; en otros se utiliza un enfoque psicosocial, y muchos basan su programa en el modelo de Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos. Un buen número de programas para farmacodependientes incorpora a las familias de los pacientes en sus intervenciones. En algunos centros se desarrollan programas de desintoxicación y en unos pocos, acciones encaminadas a la reinserción social de los adictos (Secretaría de Salud, 1999).

Como es evidente, se han realizado un sin número de acciones y se han desarrollado diferentes técnicas y metodologías para el tratamiento del consumo de sustancias. De hecho, existen procedimientos específicos para el tratamiento de la adicción a la cocaína dado el aumento en el número de usuarios de esta droga. Sin embargo, diversos estudios han arrojado datos realmente desalentadores, en cuanto al alto índice de reincidencia que existe entre las personas que han emprendido programas formales de tratamiento. No importa cuál sea la técnica utilizada para la rehabilitación; la dificultad básica para cualquier consumidor de sustancias es evitar la reincidencia (Jaffe, Petersen y Hodgson, 1980; Centros de Integración Juvenil, 1998; Centros de Integración Juvenil, 1999; Centro privado de Psicoterapia Integral Humana, 2000).

En este sentido, señalan que los adolescentes y jóvenes que acuden a recibir tratamiento en los diferentes centros, frecuentemente dejan de asistir a las terapias, o bien, terminan la rehabilitación pero no tienen mucho éxito a largo plazo (Centros de Integración Juvenil, 1999).

Newcomb y Bentler (1988) hallaron que el consumo de drogas entre adolescentes predecía problemas de salud en adultos jóvenes aunque este factor no estaba relacionado con una disminución del bienestar psicológico. Castro, Newcomb y Bentler (1988) utilizando la misma serie de datos y aplicando rigurosos controles estadísticos, encontraron que el alto consumo de cocaína de los adolescentes pronosticaba depresión, deterioro en la motivación y problemas de salud. Sin embargo debemos recalcar que en comparación, la precaria salud de los adolescentes era por sí misma la señal de alarma más importante. Además, el número de veces en las que el adolescente se había sentido realmente enfermo pronosticaba el consumo de cocaína durante el inicio de la madurez. Pero como esto es ya algo frecuente y por lo tanto sin interés, en estudios longitudinales del consumo de drogas (Kandel 1980), el predictor del consumo de cocaína era el consumo entre los adolescentes. En resumen, existe evidencia de que el consumo de drogas se asocia con una reconocida salud física precaria y el consumo de droga podría ser una causa y una consecuencia de la salud precaria subjetiva.

A pesar de sus limitaciones, los estudios transversales, *ex post facto* o *retrospectivos* han mostrado la existencia de relaciones entre uso de drogas y factores múltiples de muy diversa índole (Hawkins 1992, Spooner, 1999). En particular, estudios realizados en México (Nazzar, 1994, Castro 1990) han identificado como factores asociados el uso de bebidas alcohólicas y tabaco, ser hombre, el consumo de drogas por parte de miembros de la familia, un débil apoyo y control familiar, la exposición a hechos como el divorcio de los padres y la muerte de personas significativas, la depresión, la dificultad para el manejo de afectos, el abandono o suspensión de estudios, la tolerancia social ante el consumo y la disponibilidad de sustancias. Estudios llevados a cabo en los Centros de Integración Juvenil (CIJ) indican que el uso de sustancias se asocia también con la pertenencia a redes sociales disfuncionales, trastornos de conducta, una baja adherencia escolar, un uso inadecuado del tiempo libre y trastornos afectivos y psicológicos, entre los que sobresalen la depresión y la ansiedad (Centros de Integración Juvenil, 1999; Nazzar, 1994).

Los trastornos afectivos y del estado de ánimo ocupan un lugar importante entre los factores vinculados al uso de sustancias, ya sea como factores de riesgo, trastornos concomitantes o efectos residuales y de abstinencia (Razzouk, 2000). Newcomb y Earleywine (1996) sitúan los trastornos afectivos entre los factores intrapersonales que

aumentan el efecto de la exposición a factores de riesgo externos, contribuyendo no sólo al inicio del consumo sino también a un tránsito al uso regular de sustancias.

En particular, la relación del consumo de drogas con la depresión ya sea como factor antecedente, trastorno coocurrente o efecto derivado del propio uso de sustancias, ha sido ampliamente estudiada y documentada (Wills, 1999). Lo mismo se ha llevado a cabo con la asociación del consumo con el estrés y la tensión psicosocial (Bruns 1984, Bry 1983).

Aunque es resultado de estudios *ex post facto*, se ha probado que el consumo de drogas se correlaciona con una menor percepción de riesgos a nivel físico y mental, y con una mayor disponibilidad de sustancias (Newcomb, 1985).

En un estudio de casos y controles retrospectivo realizado en 116 abusadores y 102 dependientes de drogas ilícitas (según criterios del DSM IV) y 679 no usuarios comparados en pares por edad, sexo y zona de residencia. Los casos fueron seleccionados entre solicitantes de tratamiento en unidades de los Centros de Integración Juvenil de la Ciudad de México; los controles fueron entrevistados en hogares. La información fue obtenida por medio de cédulas que comprendían datos de consumo de sustancias y escalas para el estudio de factores estresores y estrategias de afrontamiento, depresión, composición, cohesión y adaptabilidad familiares, percepción de riesgo y accesibilidad de sustancias. Encontraron que el 82.3% de los sujetos fueron hombres y 17.7% mujeres. La edad promedio fue de 15.35 años (DE=1.56). El 98.5% eran solteros. Las principales drogas utilizadas por los casos fueron la marihuana, los solventes inhalables, la cocaína y los tranquilizantes, si bien el grupo de dependientes reportó tasas de uso por sustancia significativamente más altas. En general, se registró una mayor exposición a factores estresores conforme el uso de sustancias era más alto; se observaron también diferencias en cuanto a la intensidad percibida del estrés. La frecuencia con que se reportó el uso de estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución de problemas disminuyó ligera, pero significativamente, en función de la gravedad del uso de drogas, sin que se detectaran diferencias en otros estilos de afrontamiento.

La prevalencia de síntomas de depresión aumentó en relación directa con el consumo, mientras que éste se asoció directamente con una menor percepción de riesgo y una más alta accesibilidad de drogas. Por último, se registraron diferencias en los niveles de

cohesión y adaptabilidad familiar asociadas al incremento del consumo (Arrellanez Hernández 2004).

Calidad de vida y uso de cocaína.

La calidad de vida es claramente impactada por el uso de sustancias, especialmente si el consumo es por varias sustancias, en particular cuando se utiliza alcohol y cocaína juntas (Gossop, 2006).

En un estudio de usuarios de crack y cocaína que se encontraban en tratamiento (n=439), no se encontró ningún efecto del tratamiento sobre el uso de la cocaína al hacer la evaluación con la escala SF-36, lo que suscitó preocupación por la aplicabilidad de este instrumento para valorar con precisión el impacto de uso de drogas ilícitas en la calidad de vida (Falck 2000). Al parecer también se observan diferencias dependiendo de la vía, pues los usuarios de crack muestran menores niveles de calidad de vida en el área social, que los que usan cocaína inhalada (Connor, 2006).

En un estudio realizado en España en 687 usuarios jóvenes de cocaína usando el Nottingham Health Profile, y evaluando el nivel de dependencia por medio de la Severity of Dependence Scale, encontró que en general los participantes mostraban buenos niveles de calidad de vida, y que las diferencias que existían podrían explicarse por sexo, enfermedades médicas y patrones de consumo, entre los que se encontraba el uso de heroína como droga intravenosa, crack y una mayor severidad en la dependencia. En el análisis multivariado, la dependencia explicó la mayor parte de la varianza en la calidad de vida, encontrando una diferencia significativa entre las mujeres con respecto a los hombres, ya que las primeras declararon un peor nivel en su calidad de vida. Sin embargo, en el modelo de interacción final por medio de un análisis de regresión no se encontraron diferencias entre géneros, manteniéndose la diferencia sólo por la severidad de la dependencia (Lozano, 2008).

En un estudio realizado en los CIJ se evaluó la calidad de vida en adolescentes con consumo de cocaína (n=96) y estudiantes de nivel preparatoria sin consumo (99), la edad fue de 15 a 18 años de edad, se utilizó un cuestionario para evaluar la calidad de vida, tipo likert compuesto de 127 ítems (Ramírez y Cortés, 1999, citado por Vargas Flores, 2001)

que evalúan diversas áreas de la calidad de vida; todos ellos se agruparon en dos subescalas primarias: el área del funcionamiento de la salud, y el funcionamiento psicosocial.

Los resultados obtenidos del análisis indicaron que el consumo de cocaína es mayor en los hombres que en las mujeres y que la proporción de usuarios de cocaína tiende a incrementarse con la edad. En relación a las áreas de la Calidad de Vida revisadas se encontró que, ambos grupos realizan pocas veces actividades relacionadas con hábitos positivos, como cuidar su higiene, su alimentación o hacer ejercicio. La salud reciente de los adolescentes no consumidores, es mejor que la de los consumidores de cocaína. En relación a estas dos categorías, se encontró que el consumo de cocaína, contribuye en el deterioro de la salud del adolescente. Por otro lado, se observó que los consumidores realizan algunas veces actividades relacionadas con hábitos negativos como el sedentarismo, dormir poco, llevar una mala alimentación, así como descuidar sus relaciones interpersonales; mientras que los no consumidores, no realizan dichas actividades. En relación al uso de tratamientos de servicios de emergencia, se encontró que ambos grupos, no acudieron en su mayoría, a recibir un tratamiento de esta índole. En cuanto a estas categorías, se señala que el uso de sustancias incrementa el riesgo de requerir el servicio de tratamiento de emergencia en alguna clínica u hospital. Así mismo, el grupo de consumidores, estuvo menos pendiente de su salud, y a su vez tuvieron menos valores de salud, en comparación con el grupo de no consumidores.

Lo anterior indica que un mayor grado de valores y creencias con respecto a la salud, contribuye directamente en el cuidado de la misma, lo que implica que, entre menos sean dichos valores, menos se cuidará de la salud propia (tal y como lo hacen los consumidores), y viceversa. Por otro lado, se observó que el grupo de consumidores recibió menos apoyo emocional por parte de su familia, que el grupo de no consumidores; y que el primer grupo tuvo menos intercambio negativo con familiares y amigos, que el segundo. Esto apunta a que, entre menos apoyo reciben los adolescentes, menor es la cantidad de intercambios positivos que tienen con sus familiares y amigos. El grupo de consumidores recibió menos apoyo para satisfacer sus necesidades básicas y de tipo emocional; esto implica que entre menos sea el apoyo recibido de familiares y amigos, el adolescente corre un mayor riesgo de ser consumidor de sustancias. También se encontró un fuerte vínculo entre el uso de alcohol y el consumo de cocaína. Por último, se observó que el consumo de

cocaína, contribuye en el riesgo de que los adolescentes se vean involucrados en problemas de tipo legal.

Otro medio de evaluar la calidad de vida de manera indirecta es la satisfacción percibida con la vida, que generalmente se usa en los adolescentes como una evaluación global de calidad de vida, en una muestra de 5032 adolescentes con consumo de alguna sustancia, se observó que los sujetos que tenían consumo de alguna sustancia y con inicio temprano (menor a los 13 años) mostraron una disminución en satisfacción con su vida comparado con adolescentes sin consumo (Zullig, 2001)

No se encontraron estudios que evaluaran el impacto del tratamiento en la calidad de vida en adolescentes, sin embargo en adultos se ha encontrado que los niveles de calidad de vida no se modifican a 12 meses de tratamiento, si bien se encuentra que existe un menor riesgo de complicaciones médicas, la percepción que se tiene de la calidad de vida no cambia (Borders, 2009).

Dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, existe el área de PAIDEIA que da atención Psiquiátrica Hospitalaria y de Consulta Externa a pacientes con trastornos emocionales, de conducta y psicóticos asociados con el consumo de sustancias psicotrópicas. En este servicio, el manejo de cada paciente se individualiza de acuerdo a la patología que presenta, y a la severidad de los síntomas con los que cursa. Proporciona un tratamiento multi e interdisciplinario, con el objetivo de lograr la remisión o control de estas patologías, actuando desde la sintomatología del paciente, así como en su ámbito familiar y en la búsqueda de su reincorporación al área social. Se brinda atención no sólo por medio de los Psiquiatras Infantiles y de la Adolescencia, sino también a través de los servicios de Psicología, Trabajo Social, Pedagogía, Enfermería (general y con la especialidad en Psiquiatría), Terapia Familiar, Rehabilitación, y maestros de Educación Física.

III.JUSTIFICACIÓN.

El aumento del consumo de drogas ilícitas en México, sobre todo el incremento y la diseminación del abuso de sustancias como la cocaína, la metanfetamina, la heroína y otras drogas sintéticas (ENA, 1998; Villatoro, 2001) plantea nuevos retos a la atención del problema y exige el desarrollo de programas que garanticen una mayor eficacia de los esfuerzos por combatirlo. Con el fin de lograrlo, se ha subrayado la necesidad de desarrollar programas centrados en factores específicos de riesgo o protectores, de donde se desprende la necesidad de contar a este respecto con información científica que sustente las intervenciones.

Esto es especialmente importante en el consumo de cocaína, dado que es una problemática que se ha ido agudizando en la sociedad mexicana y que ocurre principalmente durante el período de la adolescencia, se consideró que una investigación relacionada con la Calidad de Vida de adolescentes consumidores de cocaína podría arrojar datos muy interesantes para evaluar el impacto que tiene el tratamiento tanto a nivel cognitivo como físico. El estudio se realizará con sujetos que continuaron su tratamiento o se encuentran actualmente en uno, y aquellos que no lo hicieron. Este estudio podría ser de utilidad en la lucha contra este fenómeno tan complejo que es la drogadicción así como para observar el impacto del tratamiento.

IV.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿La terminación del tratamiento o estar en un tratamiento en la actualidad incidirá en la calidad de vida de los pacientes, en comparación con quienes no lo terminaron y que tampoco se encuentran actualmente en un tratamiento?

V. HIPÓTESIS.

La calidad de vida en adolescentes con consumo de cocaína que concluyeron o se encuentran actualmente en un tratamiento, es mejor que la de los adolescentes con consumo de cocaína que no lo terminaron o que lo suspendieron y no lo reiniciaron.

VI.OBJETIVO GENERAL.

Comparar la calidad de vida de dos muestras de adolescentes con consumo de cocaína que concluyeron o llevan en la actualidad un tratamiento y los que no, después de la asistencia por primera vez hace 5 años al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

VII. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Describir el patrón de consumo de cocaína en su primera visita y en la actualidad, haciendo diferencias entre el uso, abuso y dependencia a esta sustancia, de acuerdo a los criterios establecidos en el CIE-10.
- Describir la calidad de vida en los pacientes que actualmente continúan en tratamiento y los que no.
- Determinar la frecuencia de pacientes que se encuentran en tratamiento actualmente.
- Comparar la calidad de vida entre los grupos de pacientes que continuaron el consumo hasta la actualidad, los que no lo continuaron y no están en tratamiento, y aquellos que continuaron el tratamiento pero que actualmente ya no consumen.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS.

a) Diseño.

Es un estudio de transversal, descriptivo y observacional.

b) Universo del estudio.

Niños y adolescentes que hayan acudido al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” en el transcurso del 1º. de julio del 2004 al 30 de junio del 2009 a recibir atención por consumo de cocaína.

c) Criterios de selección.

- Hombres y mujeres mayores de 12 años.
- Que hayan terminado la primera evaluación y exista expediente.
- Que los datos en la ficha sociodemográfica sean verídicos y se corrobore que continúan en el mismo domicilio.
- Que se haya establecido claramente en el expediente el patrón de consumo de cocaína (tipo, fecha de inicio de consumo o edad de inicio, frecuencia de uso, vía de uso), ya sea que las notas se encuentren actualizadas a la fecha de realización del estudio o no.
- Que se encuentren o no en tratamiento.
- Que puedan ser localizables en su domicilio vía telefónica para ser citados en el hospital, o en su caso para poder aplicar el instrumento por la misma vía.
- Que continúen o no con el consumo de cocaína a la fecha.

d) Criterios de exclusión.

- Que los pacientes o los padres (en caso de que los pacientes sean menores de edad) no acepten responder el cuestionario.

e) Criterios de eliminación.

- Adolescentes que no concluyan la valoración.

f) Variables.

- *Consumo perjudicial y dependencia a cocaína*, según los criterios del CIE-10.
- *Calidad de vida*. Evaluado por medio de SF-36.
- *Tratamiento*. Entendiéndose por este, todas aquellas medidas dirigidas a dar cobertura sanitaria, psicológica y social a las personas afectadas por adicciones, como consecuencia del uso o abuso de sustancias, que incluye: deshabitación, reducción de riesgos y de daños, rehabilitación y reincorporación social. Incluye también la asistencia regular a las consultas señaladas, tanto en el servicio de Psiquiatría como en los servicios terapéuticos a los que fue asignado.

g) Instrumentos.

Encuesta sociodemográfica.

En ella se registrarán: el nombre del paciente, número de su expediente, edad de ingreso, edad actual, sexo, nombre, lugar de residencia, escolaridad en la primera visita y en la actualidad, ocupación en la primera visita y actualmente, fecha de ingreso al sistema del hospital, diagnóstico de inicio, edad de inicio y patrón del consumo, tratamiento de inicio y último prescrito, si ha suspendido este último y el motivo; consultas a las que ha acudido, número de internamientos, si ha consumido otras sustancias en la actualidad y el patrón de consumo de estas.

Short Form 36 (SF-36)

SF-36 (Ware. 1993).

Este instrumento se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). De entre todos los ítems se seleccionó el menor número posible de conceptos que mantuvieran la validez del instrumento inicial. Detecta tanto estados positivos de salud (adecuada capacidad para hacer ejercicio, realización de actividades cotidianas en tiempos adecuados y de manera independiente), como negativos (capacidad insuficiente para realizar actividades físicas, problemas emocionales que impidan desarrollar de manera adecuada sus

actividades escolares o laborales); explorando además salud física y salud mental. Se ha puesto en marcha un proyecto internacional de adaptación del cuestionario (International Quality of Life Assessment –IQOLA- Project) (Aaronson, 1992). Existen versiones de 30 y 38 ítems (Wu, 1991) y una forma breve (SF-20) (Stwart, 1998) que ha sido criticada por poseer un número tan excesivamente pequeño de cuestiones, que limitaría su capacidad para detectar cambios en el estado de salud. La validez de la versión en español ha sido analizada por Ayuso-Mateos (1999), la versión mexicana se encuentra estandarizada y normativizada (Durán, 2004).

Consta de 36 reactivos, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del rol por: problemas físicos o emocionales; salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. Posee una elevada consistencia interna (Brazier, 1992) (0.8 para todas las escalas, salvo para “función social” que es 0.76). El coeficiente de correlación intraclass (Beaton, 1994) es de 0.85. La confiabilidad test-retest con dos semanas de diferencia es de 0.8 para función física, vitalidad y percepción general de salud y de 0.6 para función social. Si la comparación se realiza con 6 meses de diferencia, los valores oscilan entre 0.6 y 0.9, excepto para el dolor, que desciende hasta 0.43. Se ha mostrado sensible al cambio en varios estudios. Los valores psicométricos de la adaptación al español, son similares a los originales, salvo la fiabilidad de la dimensión “función social”, que es algo menor. La validación española ha encontrado valores consistentes y superponibles a los de la escala original, aplicada tanto con el paciente presente o realizada por el investigador de manera telefónica. Los reactivos y las dimensiones del cuestionario proporcionan puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayores sean, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100. Resulta útil disponer de valores normalizados de referencia en población general.

h) Procedimiento.

Se buscarán los datos en los expedientes de los pacientes que fueron ingresados en el período 2004-2009 con diagnóstico de uso de cocaína. Los que cumplan con los criterios de inclusión, se localizarán vía telefónica, solicitando que acudan a la institución para valoración, donde se les aplicarán los instrumentos y se les ofrecerá la canalización a un servicio de atención psiquiátrica. Se les aplicará los instrumentos en un consultorio en

aproximadamente 20 minutos y los datos serán vaciados para hacer el análisis. En caso de que no les sea posible acudir, el instrumento se aplicará vía telefónica.

i) Análisis estadístico.

La muestra será descrita con frecuencias, porcentajes, promedios y desviación estándar. La comparación entre los grupos se realizará con Chi-cuadrada de Pearson; se establecerá el nivel de significancia con $p < 0.05$. El análisis se realizará en el programa SPSS.

j) Consideraciones éticas.

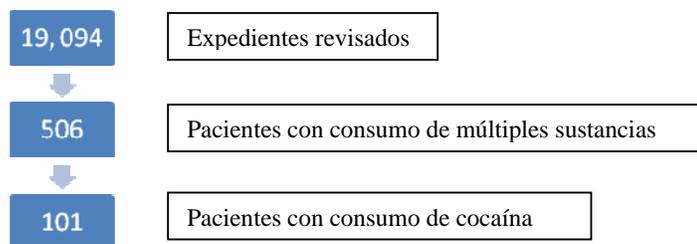
Los datos serán tratados con estricta confidencialidad siguiendo las normas del código de Nuremberg para estudios en humanos y las NOM para estudios de investigación, a los sujetos evaluados que no estén en tratamiento se les canalizará a la institución que les corresponda, invitándoles a reiniciar el tratamiento.

Se solicitará el consentimiento informado de los pacientes; en caso de ser aún menores de edad se solicitará el consentimiento de los padres.

IX.RESULTADOS.

Descripción general de la muestra.

Se revisaron en total 19,094 expedientes de pacientes que acudieron entre el primero de julio de 2004 al 30 de junio del 2009, eligiendo sólo aquellos que contaban con los criterios de inclusión. En seguida se muestra el desglose de estos.



Se recabó la información necesaria de cada uno de los 101 expedientes que reunieron los criterios establecidos, de acuerdo a la cédula de recolección de datos; posteriormente se procedió al contacto por teléfono, realizando un promedio de 4 llamadas por paciente, obteniendo los siguientes resultados:

- No contestaron las llamadas: 14
- No fue posible hablar con el paciente: 9
- Cambiaron de domicilio: 17
- Teléfono fuera de servicio: 4
- No existe el número: 19

Por lo anterior, se obtuvo una muestra total de 38 pacientes: 27 hombres (71.1%) y 11 mujeres (28.9%). Debido a que argumentaron no tener posibilidades para trasladarse al hospital, la cédula de recolección de datos y los cuestionarios se aplicaron vía telefónica, explicándoles previamente el motivo del estudio, así como las instrucciones para responder el cuestionario. Por cada paciente se invirtieron 45 min. en promedio una vez que fue localizado el paciente.

Para este grupo, el rango de edad fue de los 15 a los 22 años (promedio 18.6 ± 1.5 DE). Los años de escolaridad mínima al inicio fueron de 3 años y la máxima de 10 (promedio 8.13 ± 1.5 DE); en la actualidad, la escolaridad mínima es de 6 años y la máxima de 13 (promedio 9.3 ± 1.8 DE). Se encontró que 11 (28.9%) de los pacientes están estudiando, 19 (50%) trabajan y 8 (21.1%) están inactivos.

Además, 13 (34.2%) de los pacientes viven con ambos padres, 19 (50%) con la mamá y/o hermanos, y 6 (15.8%) de ellos con otros familiares como abuelos, tíos o su pareja. Ninguno de ellos reside con el padre.

Sólo 6 (15.7%) de los pacientes tuvieron antecedentes de problemas legales secundarios al consumo de cocaína, en la actualidad ninguno de ellos cursa con estos problemas. La edad más temprana de inicio del consumo de esta sustancia fue a los 12 años y la más tardía fue a los 17 años (promedio 14.4 ± 1.4 DE).

Se encontró que solamente 10 de los pacientes (26.3%), 6 hombres y 4 mujeres concluyeron el tratamiento o estaban actualmente en uno, ya fuera de tipo farmacológico o terapéutico (de tipo individual y/o familiar).

Para este grupo, el rango de edad fue de los 17 a los 21 años (promedio 18.4 ± 1.2 DE). Los años de escolaridad mínima al inicio fueron de 7 años y la máxima de 10 (promedio 8.9 ± 1.2 DE); en la actualidad, la escolaridad mínima es de 8 años y la máxima de 13 (promedio 11 ± 1.7 DE). Se encontró que 5 (50%) de estos pacientes están estudiando, 3 (30%) trabajan y 2 (20%) están inactivos.

Además, 5 (50%) de ellos viven con ambos padres y 5 (50%) con la mamá y/o hermanos. Ninguno vive con el padre o con otros familiares.

De estos pacientes, ninguno reportó haber tenido antecedentes de problemas legales relacionados al consumo de cocaína o de otra índole, tampoco cursan con estos problemas en la actualidad. La edad más temprana de inicio del consumo de esta sustancia fue a los 13 años y la más tardía fue a los 17 años (promedio 15 ± 1.15 DE).

Distribución diagnóstica inicial.

Se recabó la información sobre los padecimientos comórbidos al consumo de cocaína, en el momento en el que los pacientes comenzaron su atención en el hospital, mostrándose como sigue en las Tablas 1 y 1.1:

Tabla 1. Frecuencias de diagnósticos iniciales del total de la muestra.

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
Dependencia a cocaína con consumo perjudicial de alcohol, marihuana o inhalables	19	50
Trastorno oposicionista-desafiante	10	26.3
Dependencia a cocaína	9	23.7
Consumo perjudicial de cocaína	5	13.2
Distimia	5	13.2
Trastorno disocial en niños socializados	5	13.2
Consumo perjudicial de alcohol	4	10.5
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad tipo combinado	3	7.9
Consumo perjudicial de inhalables	2	5.3
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave	2	5.3
Consumo perjudicial de marihuana	1	2.6
Trastorno psicótico por consumo de sustancias	1	2.6
Trastorno afectivo orgánico	1	2.6
Episodio depresivo leve	1	2.6
Episodio depresivo moderado	1	2.6
Episodio depresivo grave	1	2.6
Rasgos de Trastorno límite de personalidad	1	2.6
Trastorno depresivo disocial	1	2.6

Tabla 1.1 Frecuencias de diagnósticos iniciales de los pacientes que concluyeron y/o continuaron el tratamiento.

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
Dependencia a cocaína con consumo perjudicial de alcohol, marihuana o inhalables	7	70
Consumo perjudicial de cocaína	2	20
Dependencia a cocaína	1	10
Distimia	1	10
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad tipo combinado	1	10
Episodio depresivo leve	1	10
Episodio depresivo moderado	1	10
Trastorno oposicionista-desafiante	1	10

Distribución diagnóstica actual

De acuerdo a las entrevistas realizadas, se recabó la información sobre los padecimientos con los que cursan los pacientes en la actualidad, ya fuera que continuaran o no con el consumo de sustancias (Tablas 2 y 2.1).

Tabla 2. Frecuencias de diagnósticos actuales del total de la muestra.

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
Consumo perjudicial de alcohol	15	39.5
Trastorno oposicionista desafiante	10	26.3
Consumo perjudicial de marihuana	7	18.4
Distimia	8	15.8
Consumo perjudicial de nicotina	4	10.5
Trastorno disocial en niños socializados	4	10.5
Episodio depresivo leve	3	7.9
Consumo perjudicial de cocaína	3	7.9
Dependencia a cocaína	3	7.9
Consumo perjudicial de inhalables	3	7.9
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	3	7.9
Dependencia a alcohol	1	2.6
Consumo perjudicial de hipnóticos	1	2.6
Episodio depresivo grave	1	2.6
Dependencia a hipnóticos	1	2.6
Trastorno depresivo disocial	1	2.6
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve	1	2.6
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado	1	2.6
Trastorno mixto ansioso-depresivo	1	2.6
Bulimia nerviosa	1	2.6

Tabla 2.1. Frecuencias de diagnósticos actuales de los pacientes que concluyeron y/o continuaron el tratamiento.

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
Consumo perjudicial de alcohol	2	20
Trastorno oposicionista desafiante	2	20
Consumo perjudicial de marihuana	2	20
Consumo perjudicial de nicotina	2	20
Episodio depresivo leve	2	20
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	1	10

Dependencia a alcohol	1	10
Trastorno depresivo disocial	1	10
Distimia	1	10

Descripción del tratamiento.

Dentro del tratamiento farmacológico, al inicio del manejo de los pacientes se utilizaron antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, antipsicóticos y estimulantes, como se muestra en las Tablas 3 y 3.1.

Tabla 3. Descripción de frecuencias del tratamiento inicial.

Tipo de medicamentos	Frecuencia	%
ANTIPSIKÓTICOS	27	71.1
ANTIDEPRESIVOS	22	57.9
MODULADORES	10	26.3
ESTIMULANTES	3	7.9

Tabla 3.1. Descripción de frecuencias del tratamiento inicial de los pacientes que concluyeron y/o continuaron el tratamiento.

Tipo de medicamentos	Frecuencia	%
ANTIPSIKÓTICOS	7	70
ANTIDEPRESIVOS	7	70
MODULADORES	7	70
ESTIMULANTES	2	20

Actualmente, el manejo de los pacientes que continúan en tratamiento con estos medicamentos se encuentra de la siguiente manera, incluyendo a quienes acuden a terapia familiar y psicoterapia individual en esta institución o en otros lugares como los CIJ o de manera particular (Tabla 4).

Tabla 4. Descripción de frecuencias del tratamiento actual.

Tipo de medicamentos	Frecuencia	%
ANTIPSIKÓTICOS	5	50
MODULADORES	5	50
ANTIDEPRESIVOS	4	40
TERAPIA INDIVIDUAL/FAMILIAR	4	40

Calidad de vida en general.

Respecto a la evaluación de la Calidad de Vida en esta población y de acuerdo a las 8 categorías establecidas en el cuestionario SF-36, se muestran los siguientes resultados (Tabla 5):

Tabla 5. Categorías evaluadas en el cuestionario SF-36 del total de la muestra

CALIDAD DE VIDA	Promedio	DE
Función física	86.6	10.3
Función social	58.2	27.4
Rol físico	61.3	37.0
Rol emocional	43.0	41.0
Salud mental	47.3	16.7
Vitalidad	43.2	19.1
Dolor	77.1	22.4
Salud en general	42.6	24.7
Cambio en la salud	45.4	21.0

Tomando en cuenta como punto de corte un puntaje por debajo de 50 para considerar un deterioro en la calidad de vida, se muestran en la siguiente tabla las frecuencias y porcentajes por cada una de las categorías evaluadas en las que los pacientes obtuvieron un puntaje menor al mencionado (Tablas 6 y 6.1):

Tabla 6. Categorías evaluadas que muestran deterioro en la calidad de vida en el total de la muestra.

CALIDAD DE VIDA	FRECUENCIA	%
Función física	0	0
Función social	15	39.5
Rol físico	19	50.0
Rol emocional	21	55.0
Salud mental	21	55.3
Vitalidad	23	60.5
Dolor	4	10.5
Salud en general	21	55.3
Cambio en la salud	30	79.0

Tabla 6. Categorías evaluadas que muestran deterioro en la calidad de vida en los pacientes que concluyeron y/o terminaron el tratamiento.

CALIDAD DE VIDA	FRECUENCIA	%
Función física	0	0
Función social	5	50
Rol físico	6	60
Rol emocional	7	70
Salud mental	8	80
Vitalidad	7	70
Dolor	3	30
Salud en general	7	70
Cambio en la salud	7	70

Comparación de la Calidad de Vida en relación al tratamiento.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos al comparar el deterioro en la Calidad de Vida en sus 8 categorías entre quienes terminaron o continúan algún tratamiento (terapéutico y/o farmacológico) y quienes no lo concluyeron pero que tampoco están en algún tratamiento en la actualidad. No se tomó en cuenta la Función física, dado que en esta categoría nadie reportó haber presentado un deterioro de acuerdo al punto de corte (Tabla 7).

Tabla 7. Comparación del deterioro en la calidad de vida entre quienes terminaron y no el tratamiento.

	TRATAMIENTO TERMINADO N=10 Frecuencia (%)	TRATAMIENTO NO TERMINADO N=28 Frecuencia (%)	X²	p
Función social	4 (40)	6 (60)	1.311	0.252
Rol físico	1 (14.3)	6 (85.7)	0.640	0.424
Rol emocional	6 (28.6)	15 (71.4)	0.123	0.726
Salud mental	7 (33.3)	14 (66.7)	1.192	0.275
Vitalidad	7 (33.3)	14 (66.7)	1.192	0.275
Dolor	1 (25.0)	3 (75.0)	0.004	0.950
Salud en general	6 (35.3)	11 (64.7)	1.279	0.258
Cambio en la salud	4 (30.8)	9 (69.2)	0.202	0.653

X. DISCUSIÓN.

Para finalidades del presente estudio, se tuvo acceso a 19,094 expedientes para la búsqueda de información, sin embargo se descartaron 18,588 entre los cuales se encontraban pacientes con consumo de sustancias. Debido a que no existía la descripción completa del patrón de consumo, no fue posible incluirlos en este proyecto. De los 506 en los que sí se describían los antecedentes requeridos para obtener la información, 405 no cubrían los requisitos para su inclusión, ya que se mencionaba el consumo de más de dos sustancias aunado al de cocaína.

Una vez que se incluyeron a los 101 pacientes, se presentaron también dificultades para localizarlos, ya que los datos vertidos en la ficha de identificación no coincidían con los recolectados por Trabajo Social o con los comprobantes de domicilio (recibo de teléfono).

Dado lo anterior, la muestra obtenida es pequeña en relación al total de los pacientes captados durante el período del 1°. de julio 2004 al 30 de junio 2009.

Al inicio, la dependencia a cocaína junto con el consumo de otra sustancia al mismo tiempo (alcohol, marihuana o inhalables) se observó en 19 pacientes (50%); la sola dependencia a cocaína en 9 de ellos (23.7%) y el consumo perjudicial en 5 pacientes (13.2%).

Dentro de los trastornos comórbidos iniciales, el que más se presentó fue el Trastorno oposicionista desafiante en un 26.3% (10 pacientes). Aún cuando no se observa predominio de los trastornos afectivos en particular, es importante destacar su presencia.

Se puede observar, que en la actualidad el consumo perjudicial de alcohol es el padecimiento comórbido más importante, con 15 pacientes (39.5%). El Trastorno oposicionista desafiante conservó un segundo lugar a nivel general, con 26.3% nuevamente. Se encontraron padecimientos entre los que destacan episodios depresivos graves, así como trastornos depresivos recurrentes con episodios moderados. En estos casos, se realizó la canalización a la institución correspondiente dado que estos pacientes cumplieron ya la mayoría de edad; fueron citados nuevamente para su seguimiento.

Los pacientes fueron manejados predominantemente con antipsicóticos y antidepresivos (71.1% y 57.9%) respectivamente, al inicio de su tratamiento.

Solamente 10 (26.3%) pacientes concluyeron o se encuentran en la actualidad en un tratamiento, ya fuera farmacológico o de tipo terapéutico. Entre quienes continúan con su manejo farmacológico, la mayoría son tratados con antipsicóticos y moduladores del estado de ánimo (50% respectivamente), el 40% de ellos tienen manejo con antidepresivos; además de que también tienen un tratamiento psicoterapéutico ya sea individual o de tipo familiar (40%).

Entre quienes concluyeron el tratamiento, presentaron como diagnóstico más frecuente la Dependencia a cocaína con consumo perjudicial de otras sustancias (alcohol, marihuana o inhalables) en el 70%. A este diagnóstico le sigue el Consumo perjudicial de cocaína en el 20% de ellos, continuando posteriormente con trastornos afectivos y de la conducta.

Actualmente, en este grupo predomina el diagnóstico de Consumo perjudicial de alcohol, así como de marihuana y cocaína, además del Trastorno oposicionista desafiante y el Episodio depresivo leve, con un 20% respectivamente. Se observa que continúan presentándose los trastornos de la conducta y de tipo afectivo.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2008, el consumo de cocaína alguna vez en la vida es más elevado en los hombres (4.15%) que en las mujeres (0.72%). En este estudio, los resultados son similares dado que la mayor parte de los expedientes que reunieron los criterios de inclusión, pertenecían a varones (Secretaría de Salud, 2008).

Existen pocos estudios que evalúen el apego al tratamiento en este tipo de pacientes. El desarrollo de tratamientos para la dependencia a cocaína se ha complicado debido a que los usuarios tienden a no completar los programas haciéndolos más propensos a tener recaídas. A pesar de estos retos, se han tratado de realizar programas en los que se incluye la Terapia cognitivo-conductual (TCC) además de los medicamentos, los cuales han mostrado ser efectivos para quienes utilizan esta sustancia (Penberthy, 2010).

Se han hecho otros estudios como el seguimiento realizado de 107 consumidores de múltiples sustancias en España durante 6 meses, de los cuales 42 tenían dependencia a cocaína, encontrando que el 61.9% se mantenían en abstinencia al utilizar como tratamiento la Terapia cognitivo-conductual y el manejo farmacológico de manera concomitante (Sánchez-Hervás, 2003).

Aún no se han realizado estudios de seguimiento de más de 6 meses en donde se mida específicamente la duración de los tratamientos en estos pacientes, ni tampoco se ha evaluado la calidad de vida de los sujetos que terminan el tratamiento con los que no lo hacen. En nuestro país se ha llegado a correlacionar en forma negativa la cantidad de cocaína consumida con la calidad de vida, sin evaluar el tipo de tratamiento (Vargas, 2008). En el presente estudio no fue posible determinar el patrón de consumo en forma exacta, por lo que no puede afirmarse o descartarse que en la presente muestra de adolescentes la cantidad de cocaína consumida incida sobre la calidad de vida al inicio del tratamiento.

Aunque en esta investigación no se observaron diferencias en la calidad de vida entre quienes habían concluido el tratamiento o lo continuaban en cualquiera de sus modalidades, y quienes lo habían suspendido y no lo reiniciaron, se puede observar una reducción en la frecuencia del consumo de cocaína. El total de los pacientes reportó estabilidad sólo en la categoría de Función física, ya que en el resto de las categorías hubo registros de deterioro importante.

Los resultados de este estudio difieren de los encontrados en la literatura tanto en población juvenil de otros países como de esta ciudad. El deterioro de la calidad de vida en esta muestra puede deberse a otros factores como a la presencia de trastornos comórbidos, incluyendo el consumo de otras sustancias y los trastornos afectivos. Podemos observar que el diagnóstico del consumo perjudicial de marihuana (18.4%), fue el segundo más frecuente después del consumo de alcohol.

Sabemos que el consumo de cocaína está más frecuentemente asociado al consumo de alcohol, y el diagnóstico de dependencia a éste puede hacerse en 50-90% de los sujetos con dependencia a cocaína. El alcohol, disminuye de manera importante la ansiedad e incomodidad que resultan de la abstinencia a la cocaína, por lo que su uso puede

cronificarse llegando a tener como consecuencia una disminución en las funciones sociales y/o laborales (Lacoste, 2009).

El consumo de marihuana, de hipnóticos, así como los trastornos disocial y por déficit de atención e hiperactividad, como se han visto en 13 de estos pacientes (34.2%) también pueden presentarse de forma concomitante al consumo de cocaína, los cuales sin tratamiento, contribuyen a una disminución en el rendimiento no sólo de las funciones sociales, sino también a nivel cognitivo (Falck, 2008).

En el presente estudio la distimia (15.8%) fue el trastorno del afecto con más número de pacientes (8). Quienes tienen antecedente de síntomas depresivos, han reportado mayor consumo de sustancias como cocaína, marihuana, alcohol y opioides, además de cursar con sueño intermitente, fatiga, lentitud psicomotriz y disforia frecuente, lo cual también se ha visto que interviene en el adecuado desempeño de sus actividades (Helmus, 2001) y en la calidad de vida.

Es necesario realizar más estudios en donde se relacione la calidad de vida con el manejo terapéutico/farmacológico en este tipo de pacientes, que permitan establecer con más claridad la importancia de concluir un tratamiento.

XI.LIMITACIONES.

No se cuenta con una medida de la calidad de vida antes de que los pacientes iniciaran el tratamiento, por lo que no es posible realizar una comparación con su estado actual. Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario aplicado por teléfono, dado que tanto los pacientes como sus familiares argumentaron tener dificultades para trasladarse a la institución. Aún cuando se les preguntó información referente a las últimas 4 semanas de su vida, existe el sesgo de lo que la persona recuerda y de la confiabilidad de los datos que aceptó proporcionar.

XII. CONCLUSIONES.

En esta población, se ha podido observar que aún cuando los pacientes con antecedente de consumo de cocaína se encuentren dentro de un tratamiento, ya sea farmacológico y/o terapéutico, no es garantía de que mantengan una integración adecuada a nivel social, escolar o laboral; pero sobretodo, se observó que el antecedente de consumo de esta sustancia, contribuye a la presencia de comorbilidades que producen un deterioro notable en la calidad de vida, generándose así un círculo vicioso, en donde la disminución del rendimiento a nivel funcional se vuelve otro factor predisponente para la búsqueda errónea de un aliciente como lo es el consumo perjudicial de sustancias.

Por lo anterior, es necesario estructurar un programa de seguimiento de los pacientes que ingresan al hospital por consumo de esta sustancia, dado que es la droga ilícita con mayor incremento de consumidores durante la última década en el país. El objetivo de este programa estaría encaminado a mejorar la reintegración de estos pacientes en los niveles arriba mencionados y a favorecer la adherencia al tratamiento. Estos pacientes obtendrían un beneficio al recibir un manejo integral. Con ello, estaríamos contribuyendo a mejorar su calidad de vida y por consecuencia su productividad en el medio que circunscribe al paciente.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aaronson NK, Acquadro J, Alonso J, Apolone G, Bucquet D, Bullinger M et al. Internacional quality of life assessment (IQOLA) project. *Qual Life Res* 1992; 1: 349-51.
- Albornoz & Jara (2006). Componentes de la calidad de vida desde la percepción de niños y niñas de enseñanza básica. Tesis para optar al grado de Licenciada en psicología. Universidad Católica del Norte, Chile.
- Arellanez-Hernández JL, Diaz-Negrete DB, Wagner-Echeagaray F, Pérez-Islas V. Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, Vol. 27, No. 3, junio 2004 55-67.
- Astals M, Domingo-Salvany A, Buenaventura CC, et al. Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. *Subst Use Misuse* 2008; 43:612–632.
- Ayuso-Mateos JL, Lasa L, Vázquez-Barquero JL, Oviedo A, Díez-Manrique JF. Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 26-32.
- Beaton DE, Bombardier C, Hogg-Johnson S. Choose your tool: a comparison of the psychometric properties of five generic health status instruments in workers with soft tissue injuries. *Qual Life Res* 1994; 3: 50-6.
- Bisegger (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. University of Berne, Switzerland.
- Blanca E. & Barcelata E. (2006). Construcción, confiabilidad, validez de contenido y discriminante del inventario autodescriptivo del adolescente. *Acta colombiana de Psicología*, 9 (2), 5-17.
- Borders Tyrone F. , Brenda M. Booth, Russel S. Falck, Carl Leukefeld, Jichuan Wang, Robert G. Carlson Longitudinal changes in drug use severity and physical health-related quality of life among untreated stimulant users *Addictive Behaviors* 2009 Article in Press.
- Brazier JE, Harper R, Jones NMB, O’Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 Health Survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *Br Med J* 1992; 305: 160-4.

Bruns C, Geist CS. Stressful life events and drug use among adolescents. *J Hum Stress*, 10(3):135-139, 1984.

Bry BH. Predicting drug abuse: Review and reformulation. *Int J Addict*, 18(2):223-234, 1983.

Casas, F. (1992). Las representaciones sociales de las necesidades de niños y niñas, y su calidad de vida. *Anuario de Psicología*, 52, 27-45.

Castro ME: Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicaciones en investigación y su atención primaria dentro del plantel escolar. *Salud Pública Mex*, 32(3):298-308, 1990.

Centro Privado de Psicoterapia Integral Humana (2000), disponible en www.healthing.com/droga/droga13.htm

Centros de Integración Juvenil (1999). Tratamiento de la adicción a sustancias : Un enfoque cognitivo conductual. México : Centros de Integración Juvenil, A.C.

Centros de Integración Juvenil. (1998). Reflexiones en torno a las adicciones. México Centros de Integración Juvenil.

Conger, J. (1980) *Adolescencia. Generación Presionada*. Colombia : Harper & Row Latinoamericana, S. A.

Connor JP, Saunders JB, Feeney GFX. Quality of life in substance use disorders. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editors. *Quality of Life in Mental Disorders*, 2nd edition. England: John Wiley & Sons; 2006. pp. 199–208.

Durán-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero Guillermo, Martínez-Salgado Homero Towards a mexican normative standard for measurement of the Short Format 36 health-related quality of life instrument *Salud pública Méx* 46 (4) Cuernavaca July/Aug. 2004

Falck RS, Wang J, Siegal HA, Carlson RG. Longitudinal application of the medical outcomes study 36-item short-form health survey with not-intreatment crack-cocaine users. *Med Care* 2000; 38:902–910.

Falck RS, Wang J, Carlson RG. Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction?. *Drug and alcohol dependence*, 2008; 98:24-29.

González de Dios (2004). Health-related quality of life: Its identification and implementation in evidence-based decision-making in pediatrics. Hospital Universitario San Juan.

Guyatt GH. A taxonomy of health status instruments. *J Rheumatol* 1995; 22:1188–1190

Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY: Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood. *Psychological Bulletin*, 112(1):64-105, 1992.

Helmus TC, Downey KK, Wang LM, Rhodes GI, Schuster CR. The relationship between self-reported cocaine withdrawal symptoms and history of depression. *Addic Behav*, 2001; 26(3): 461-7

Jaffe J, Petersen R, Hodgson R. (1980). *Vicios y drogas: Problemas y soluciones*. México, Harla.

Lacoste J, Pedrera-Melgire M, Charles-Nicolas A, Ballon N. Cocaine and alcohol: a risky association. *Presse Med*, 2009 Jul 22. (Epub ahead of print).

Lasalvia A, Bonetto C, Malchiodi F, et al. Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life. *Psychol Med* 2005; 35:1655– 1665

Lozano OM, Domingo-Salvany A, Martinez-Alonso M, Brugal MT, Alonso J, de la Fuente L. *Qual Life Res. Health-related quality of life in young cocaine users and associated factors* 2008 Sep;17(7):977-85. Epub 2008 Aug 5.

Maremmani I, Pani PP, Pacini M, Perugi G. Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *J Subst Abuse Treat* 2007; 33:91–98.

Mariño M, Romero M, Medina Mora M. *Juventud y Adicciones*. En I Perez Jovenes, *Una evolución del conocimiento*. México. Instituto Mexicano de la Juventud. Centro de Investigación y estudios sobre Juventud SEP, 2000.

Morales-Manrique CC, Castellano-Gómez M, Valderrama Zurian J, Alexandre Benavent R. Quality of life measurement and the importance of attention to self-perceived needs among drug dependent patients. *Transtornos Adictivos* 2006; 8:212–221.

Nazzar A, Tapia R, Villa A, León G, Medina ME, Salvatierra B: Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México. *Salud Pública Mex*, 36(6):646-654, 1994.

Newcomb MD, Earleywine M: Intrapersonal contributors to drug use: The willing host. *Am Behav Scientist* 39:823-837, 1996.

Newcomb MD: Identifying high-risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse. En: Rahdert E, Czechowicz D (eds.). *Adolescent Drug Abuse*:

Assessment and Therapeutic Interventions. NIDA Res Monogr, 156, pp. 7-38, Rockville, 1995

Newcomb, MD. Bentler, P.M. (1988) Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: a longitudinal study. *J. Abnorm. Psychol.* 97, 164-75.

Penberthy JK, Ait-Daoud N, Vaughan M, Fanning T. Review of treatments for cocaine dependence. *Curr Drug Abuse Rev*, 2010 Jan 21. (Epub ahead of print).

Prinstein, M, Boergers, J., Spirito, A., Little, T. & Grapentine, W. (2000). Peer functioning, family dysfunction, and psychological symptoms in a risk factor model for adolescent impatiens suicidal ideation severity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 392-405.

Rajmil, L., Serra-Sutton, V., Fernández-López, J., Berra, S., Aymerich, M., Cieza, A., Ferrer, M., Bullinger, M. & Ravens Sieberer, U. (2004) Versión española del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en población infantil y de adolescentes: el KINDL. *Anales de Pediatría*, 60(6), 514-521.

Ramírez Guerrero E.M.M. y Cortés Vázquez E.B. (1999) Instrumento para evaluar la calidad de vida. Comunicación personal.

Razzouk D, Bordin IA, Jorge MR: Comorbidity and global functioning (DSM-III-R Axis V) in a Brazilian sample of cocaine users. *Subst Use Misuse*, 35(9):1307-1315, 2000.

Rueden U., Gosch A. Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Journal Epidemiol Community Health*, 2006; 60:130–135.

Sánchez-Hervás E, Gradoli T, Morales-Gallús E. Seguimiento de la abstinencia en un grupo de dependientes de drogas. *Anales de Psiquiatría*, 2003; 19 (6):249-252.

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional Contra Las Adicciones: Encuesta Nacional de Adicciones. México, 1998.

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional Contra Las Adicciones: Encuesta Nacional de Adicciones. México, 2008.

Serra-Sutton, V. (2006). Desarrollo de la versión española del Child Health and Illness Profile para medir el estado de salud percibido en la adolescencia. Universidad de Barcelona.

Setién, M. (1993). Indicadores sociales de Calidad de Vida: Un Sistema de Medición Aplicado al País Vasco. España: Siglo XXI.

SISVEA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones). (1997). Servicios de Urgencias. México: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones.

Spooner C: Causes and correlates of adolescent drug abuse and implications for treatment. *Drug Alcohol Rev*, 18(4):453-475, 1999.

SSA (Secretaría de Salud). (1999). Encuesta Nacional de Adicciones. México: Secretaría de Salud.

Stewart RL, Hays RD, Ware JE. The MOS short-form General Health Survey. *Med Care* 1988; 26: 724-35.

Torrens M, Domingo-Salvany A, Alonso J, et al. Methadone and quality of life. *Lancet* 1999; 353:1101.

Tubau, M. (1995). Enciclopedia de la Adolescencia. Tomo 3. España: Credito Reymo.

Urzúa A, Mercado G. La Evaluación de la Calidad de Vida de los y las Adolescentes a través del Kiddo – Kindl. *Terapia Psicológica* 2008; 26 (1): 133-141.

Urzúa, A. (2007). Adolescentes en Riesgo: Factores vinculados al comportamiento suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria. En preparación.

Vargas-Flores JJ, Ibáñez-Reyes J, Cortés-Vázquez EB, Ramírez E y Cabrera-Méndez J. Evaluación de Calidad de Vida de Adolescentes Consumidores de Cocaína. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* Vol. 4 No. 1 septiembre de 2001, 1-16.

Verdugo Sabe (2002). Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia. Universidad de Salamanca.

Villatoro J, Medina-Mora ME, Rojano C, Fleizc, Villa G y cols.: Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: Medición Otoño 2000. Instituto Nacional de Psiquiatría-Secretaría de Educación Pública, México, 2001.

Wagner, B (1998). Family Risk Factors for Child and Adolescent Suicidal Behavior. *Psychological Bulletin*, 121(2): 246-298.

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36) I. *Med Care* 1992; 30: 473-83.

Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. Boston MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.

Wasserman DA, Sorensen JL, Delucchi KL, et al. Psychometric evaluation of the Quality of Life Interview, Brief Version, in injection drug users. *Psychol Addict Behav* 2006; 20:316–321.

Wills TA, Sandy JM, Shinar O, Yaeger A: Contributions of positive and negative affect to adolescent substance use: Test of a bidimensional model in a longitudinal study. *Psychol Addict Behav*, 13(4):327-338, 1999

Wu AW, Rubin HR, Matthews WC. A health status questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study: preliminary validation in persons with early HIV infection. *Med Care* 1991; 29: 786-98.

Zubarana C, Foresti K. Quality of life and substance use: concepts and recent tendencies *Current Opinion in Psychiatry* 2009, 22:281–286.

Zullig KJ, Valois RF, Huebner ES, Oeltmann JE, Drane JW Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse *J Adolesc Health*. 2001 Oct;29(4):279-88.

XIV. ANEXOS.

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE:
2. EXPEDIENTE:
3. EDAD DE INGRESO AL HOSPITAL:
4. EDAD ACTUAL:
5. SEXO:
6. LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL:
7. TELÉFONO:
8. CON QUIÉN VIVE:
9. ESCOLARIDAD AL INICIO:
10. ESCOLARIDAD ACTUAL:
11. OCUPACIÓN AL INICIO:
12. OCUPACIÓN ACTUAL:
13. FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL:
14. MOTIVO DE CONSULTA:
15. DIAGNÓSTICO DE INICIO:
16. SUSTANCIAS QUE CONSUMIÓ AL INICIO:
17. EDAD DE INICIO DEL CONSUMO DE CADA SUSTANCIA:
18. PATRÓN DE CONSUMO AL INICIO:
19. TRATAMIENTO DE INICIO:
20. INTERNAMIENTOS:
21. SUSTANCIAS QUE CONSUME ACTUALMENTE:
22. PATRÓN DE CONSUMO ACTUAL:
23. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:
24. MOTIVO DE SUSPENSIÓN:
25. DIAGNÓSTICO ACTUAL:
26. TRATAMIENTO ACTUAL:
27. CONSULTAS:
28. OBSERVACIONES:

Identificación **Fecha**

Las preguntas que siguen se refieren a lo que tú piensas sobre tu salud. Tus respuestas permitirán saber cómo te encuentras y hasta qué punto eres capaz de hacer tus actividades habituales. Contesta cada pregunta tal como se indica. Si no estás seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor contesta lo que te parezca más cierto.

1.- En general, tú dirías que tu salud es:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2.- ¿Cómo dirías que es tu salud actual, comparado con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año Algo mejor ahora que hace un año
 Más o menos igual que hace un año Algo peor ahora que hace un año
 Mucho peor ahora que hace un año

3.- Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que tú podrías hacer en un día normal. Tu salud actual ¿te 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) Esfuerzos intentos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Levantar o llevar la bolsa del mandado.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Subir varios pisos por la escalera.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Subir un solo piso por la escalera.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Agacharse o arrodillarse.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Caminar un kilómetro o más.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Caminar varias manzanas (varios centenares de metros).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Caminar una sola manzana (unos 100 metros).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Bañarse o vestirse por sí mismo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.- Durante las últimas semanas, ¿has tenido alguno de los siguientes problemas en tu trabajo, en la escuela o en tus actividades cotidianas, a causa de tu salud física?

	SÍ	NO
a) ¿Tuviste que reducir el tiempo dedicado al trabajo, escuela o a tus actividades cotidianas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Hiciste menos de lo que hubieras querido hacer?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿Tuviste que dejar de hacer algunas tareas en tu trabajo, en la escuela o en tus actividades cotidianas?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ¿Tuviste dificultad para hacer tu trabajo, tus tareas o tus actividades cotidianas (por ej. te costó más de lo normal)?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.- Durante las 4 últimas semanas, ¿has tenido alguno de los siguientes problemas en tu trabajo, escuela o en tus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, nervioso)?

	SÍ	NO
a) ¿Tuviste que reducir el tiempo dedicado al trabajo, escuela o a tus actividades cotidianas por algún problema emocional?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- b) ¿Hiciste menos de lo que hubieras querido hacer, por algún problema emocional?.....
- c) ¿No hiciste tu trabajo, tareas o tus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?.....

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

- Nada Un poco Regular Bastante Mucho

7.- ¿Tuviste 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

8.- ¿Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor te ha dificultado tu trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa, en la escuela y en tus tareas domésticas)?

- Nada Un poco Regular Bastante Mucho

9.- Las preguntas que siguen se refieren a cómo te has sentido y cómo te ha ido durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responde lo que te parezca más a como te has sentido. Durante las 4 últimas ¿cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) te sentiste lleno/a de vitalidad?.....	<input type="radio"/>					
b) estuviste muy nervioso?.....	<input type="radio"/>					
c) te sentiste tan bajo/a de moral que nada podía animarte?.....	<input type="radio"/>					
d) te sentiste calmado/a y tranquilo/a.....	<input type="radio"/>					
e) tuviste mucha energía?.....	<input type="radio"/>					
f) te sentiste desanimado/a y triste?.....	<input type="radio"/>					
g) te sentiste agotado/a?.....	<input type="radio"/>					
h) te sentiste feliz?.....	<input type="radio"/>					
i) te sentiste cansado/a?.....	<input type="radio"/>					

10.- Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales te han dificultado tus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

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="radio"/>				
b) Estoy tan sano como cualquiera	<input type="radio"/>				
c) Creo que mi salud va a empeorar	<input type="radio"/>				
d) Mi salud es excelente.....	<input type="radio"/>				

FUNCIÓN FÍSICA

FUNCIÓN SOCIAL

LIMITACIONES DEL ROL: PROBLEMAS FÍSICOS

LIMITACIONES DEL ROL: PROBLEMAS EMOCIONALES

SALUD MENTAL

VITALIDAD

DOLOR

PERCEPCIÓN DE LA SALUD GENERAL

CAMBIO DE LA SALUD EN EL TIEMPO