



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

---

---



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES CON  
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA USUARIOS  
DE OXÍGENO QUE ACUDEN A CONSULTA AL HOSPITAL GENERAL  
DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #8 DR.  
GILBERTO FLORES IZQUIERDO, INSTITUTO MEXICANO DEL  
SEGURO SOCIAL”**

**T E S I S**

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO  
EN LA ESPECIALIDAD DE:**

**MEDICINA FAMILIAR**

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

**DRA. RAQUEL BONILLA GUERRERO**

**DIRECTOR DE TESIS  
DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO**

**ASESOR  
DRA. TERESITA DE JESUS GUTIERREZ GARCIA**

**MÉXICO, D. F. A NOVIEMBRE 2011**

**No DE REGISTRO R-2011-3605-5**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar  
#8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

## **AUTORIZACIONES**

---

Dr. Francisco Javier Padilla Del Toro  
Director Médico del Hospital General de Zona con  
Unidad de Medicina Familiar No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo

---

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio  
Coordinador clínico de educación e investigación en salud  
del HGZ/UMF #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo

---

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio  
Médico Familiar  
Profesor titular de la Especialidad de Medicina Familiar  
Del HGZ/UMF #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo

---

Dr. Jesús Andrés González Zepeda  
Médico Familiar  
Profesor adjunto de la Especialidad de Medicina Familiar  
del HGZ/UMF #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo

---

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio  
Médico Familiar  
Director de Tesis

---

Dra. Teresita de Jesús Gutiérrez García  
Neumóloga  
Asesor de Tesis

## **AGRADECIMIENTOS:**

A ti Dios mío, que a pesar de las caídas me levantas día a día, que me has guiado en este camino y me has enseñado que si HOY estoy aquí, es para brindar el servicio que me has encomendado, y que espero lo siga realizando con sabiduría, fuerza y entrega.

A mi Mamá y Papá que siempre han estado junto a mí con sus enriquecedores consejos, que me han dado su ejemplo de lucha, coraje y grandeza, que siempre me han apoyado a pesar de lo duro de la vida y que me han dado su gran amor y cariño

A mis hermanos Clú, Quique y Tico que siempre han estado a mi lado en este largo camino, que me han dado su amor, paciencia, y experiencias.

A mis cuñados Marcello, Erika y Chihiro que siempre me han dado ánimos.

A mis hermosos sobrinos Quiquito, Mari, Emilianito y en camino Q-Chan, que me dan una luz de esperanza para ser mejor cada día

En resumen a toda mi familia porque a pesar de lo que hemos vivido en estos 3 años Dios me ha seguido dando la oportunidad de estar con ustedes, demostrándoles que los amo inmensamente y que son mi motor para seguir adelante, esta tesis y todo este tiempo de esfuerzo se los dedico.

A Alva y a Jacque porque sin ustedes no hubiera logrado ganar esta batalla... gracias

# ÍNDICE

	Páginas.
Agradecimientos	4
Resumen	6
Marco Teórico	8
Planteamiento del problema	18
Justificación	19
Objetivos	20
Hipótesis	21
Material y método	22
Diseño de la investigación	23
Población o universo	24
Ubicación temporal y espacial de la población	24
Muestra	25
Definición y conceptos del tamaño	25
Criterios de inclusión	25
Criterios de exclusión	26
Criterios de eliminación	26
Variables	26
Definición operativa de las variables	27
Definición conceptual de las variables	28
Diseño estadístico	29
Instrumento de recolección	30
Método de recolección	31
Maniobras para evitar y controlar sesgos	32
Cronograma	33
Recursos materiales y humanos	34
Consideraciones éticas	35
Resultados	36
Discusión	51
Conclusiones	52
Bibliografía	53
Anexos	55

**TITULO:**

“Evaluación del nivel de autoestima en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica usuarios de oxígeno que acuden a consulta al Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, Instituto Mexicano del Seguro Social”.

**AUTORES:**

Dra. Raquel Bonilla Guerrero, Dra. Teresita de Jesús Gutiérrez García, Dr. Gilberto Espinoza Anrubio. HGZ/UMF #8.

**OBJETIVO:**

Evaluar el nivel de autoestima en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica usuarios de oxígeno que acuden a consulta al HGZ/UMF #8.

**MATERIAL Y METODO:**

Tipo de estudio transversal, descriptivo. Criterios de inclusión: Pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que usen oxígeno, que acudan a consulta al HGZ/UMF #8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo. Criterios de exclusión: Pacientes que no firmen la carta de consentimiento informado. Muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica: 140 pacientes, intervalo de confianza 95%. Variables: demográficos, Test de autoestima para adultos Cooper Smith

**RESULTADOS:**

Se estudiaron 140 pacientes. Se observó 11 (7.9%) nivel bajo, 78 (55.7%) nivel medio bajo, 11 (7.9%) nivel medio, 40 (28.6%) nivel medio alto, no hubo pacientes con nivel de autoestima alto. Se encontró que del sexo femenino 8 (5.7%) presentaron baja autoestima, 29 (20.7%) media baja, 11 (7.9%) media, 16 (11.4%) media alta, y ninguno con alta autoestima. En cuanto al sexo masculino 3 (21.7%) baja, 49 (35%) media baja, 24 (17.1%) media alta.

**CONCLUSIONES:**

Se observó un 55.7% de nivel de autoestima medio bajo, siguiéndole con 28.6% un nivel de autoestima medio alto, y 7.9% nivel medio y bajo, no hubo un solo paciente con nivel alto de autoestima.

**PALABRAS CLAVE:**

**Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, autoestima, oxígeno.**



**“Evaluación del nivel de autoestima en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica usuarios de oxígeno que acuden a consulta al Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, Instituto Mexicano del Seguro Social”.**

## **MARCO TEORICO**

### DEFINICION DE EPOC:

Enfermedad inflamatoria, prevenible y tratable con efectos extrapulmonares significativos que pueden contribuir a la gravedad de los individuos. Su componente pulmonar se caracteriza por limitación al flujo aéreo (obstrucción al paso del aire) que no es totalmente reversible y es usualmente progresiva. Esta limitación se asocia con una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones y la vía aérea cuyos factores de riesgo más importantes son la exposición a partículas nocivas y gases, principalmente derivados del consumo de tabaco y exposición a biomasa. <sup>(1)</sup>

Otros autores definen: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad crónica respiratoria que es progresiva y que está marcada por exacerbaciones respiratorias caracterizadas por empeoramiento de la tos, producción de esputo, y / o disnea. Es un término que se origina de la alteración de la función pulmonar en el laboratorio y en el examen espirométrico.<sup>(2)</sup>

### EPIDEMIOLOGIA DE EPOC:

Es una de las principales causas de muerte, ocupando el quinto lugar en Europa y la cuarta posición en Estados Unidos. En la actualidad aproximadamente 600 millones de personas padecen EPOC, en todo el mundo. Ocupa los primeros lugares de morbi-mortalidad en todo el mundo. Su prevalencia mundial en personas mayores de 40 años de edad es del más del 10%.<sup>(3)</sup>

La prevalencia calculada para México por el reporte de PLATINO y de acuerdo al criterio GOLD es de 7.8% en personas mayores de 40 años de edad. Como en otros estudios internacionales la prevalencia es mucho mayor en hombres (11% en hombres versus 5.6% en mujeres). <sup>(4)</sup>

La EPOC además de la disnea, se acompaña de obstrucción recidivante o crónica al paso del aire por los pulmones. Con el aumento de la contaminación atmosférica, del consumo de cigarrillos y de otras exposiciones nocivas como el uso de leña, la incidencia de la EPOC se ha elevado espectacularmente en los últimos decenios y ahora figura como una de las primeras causas de incapacidad que confinan al paciente en la cama o restringen su actividad.<sup>(5)</sup>

Estos procesos (bronquitis crónica, enfisema y el asma) poseen rasgos anatómicos y clínicos diferentes y forman grupos clínicos distintos. Sin embargo, en muchos pacientes se imbrican los hallazgos de lesión a nivel acinar (enfisema) y a nivel bronquial (bronquitis) pero es casi seguro que se encuentra un mecanismo patogénico común en ambos (fumar cigarrillos) como ya se verá.

En el desarrollo de la EPOC los factores exógenos, como el tabaquismo, asociado o no a la polución ambiental, laboral o ambas son los responsables más frecuentes. La polución ambiental asociada con factores climáticos adversos o exposición ocupacional a polvos orgánicos, inorgánicos o productos químicos potencia al tabaquismo.

En cuanto a la sobrevida, en México recientemente se concluyó con un estudio de más de 8 años de seguimiento en pacientes con EPOC, es decir, a los 3 años de hacer el diagnóstico, el 20% de ellos ya fallecieron, a los 6 años el 30% y a los 8 años un poco más del 40%, aunque esto puede modificarse con los recientes tratamientos que existen. <sup>(3)</sup>

En cuanto al impacto económico de la EPOC en México, un estudio de costos de atención médica atribuibles al tabaco, realizado en el año 2001 en el IMSS, específicamente la EPOC, arroja una cifra promedio de \$73,303.00 anuales por paciente. Pero ésta puede subir hasta \$139,978.00 cuando un paciente con EPOC requiere hospitalización por una exacerbación. Como en el resto del mundo, el costo de la EPOC en México varía de acuerdo al grado de la severidad. <sup>(3)</sup>

#### PATOGENESIS DE EPOC:

La inflamación de las vías aéreas y el parénquima pulmonar tiene, sin duda un papel relevante en la patogénesis de la EPOC. El humo del cigarro, es el proveedor de los desencadenantes de la inflamación. Se pueden identificar 3 regiones anatómicas que explican, no solamente el cuadro clínico de la EPOC, sino todo el espectro de su clasificación. La primera región es la de los bronquios mayores y aquéllos cuyo calibre es mayor de 2 mm y su afección explica los síntomas de la bronquitis crónica como tos crónica y expectoración. El daño de la vía aérea pequeña que se refiere a los bronquios menores de 2 mm explica la mayor parte de la limitación del flujo aéreo en ausencia de enfisema, mientras que la destrucción del parénquima pulmonar, mejor conocida enfisema, explica la limitación del flujo aéreo que no es debida a lesión de la vía aérea pequeña. Las dos últimas explican la disnea que acompaña al paciente con EPOC. <sup>(6)</sup>

Los mecanismos patogénicos de la EPOC empiezan a comprenderse mejor, actualmente se sabe que están involucradas diferentes células y mediadores inflamatorios los cuales interactúan para generar la reacción inflamatoria de la EPOC. Entre las células identificadas en el proceso se encuentran: Macrófagos alveolares, polimorfonucleares (PMN), linfocitos T (CD8 + citotóxico) y células epiteliales. <sup>(6)</sup>

La patogénesis actual implica la activación del macrófago y la célula epitelial, por los productos tóxicos del cigarro, humo de leña o de irritantes inespecíficos. Esta activación a su vez provoca la liberación de diferentes mediadores inflamatorios que promueven la quimiotaxis y activación de linfocitos T y PMN, incrementando el proceso inflamatorio. Entre los mediadores inflamatorios involucrados se encuentran: Leucotrieno B4, factor de necrosis tumoral alfa (TNF $\alpha$ ), interleucina 8 y el factor quimiotáctico de neutrófilos entre otros. <sup>(7)</sup>

La alfa 1 antitripsina (AAT), es un inhibidor de la enzima proteolítica elastasa. Cuando existe un desequilibrio entre proteasas y antiproteasas endógenas como la AAT, se pueden generar patologías que afectan la estructura del tejido conectivo,

la función pulmonar y extrapulmonar. La deficiencia de AAT se describió como una entidad clínica en 1963 por Laurell y Eriksson. Sin embargo, el primer caso se describe hace 800 años en un cadáver de una niña en Alaska y se cree que pudo haber sido el causante de la muerte temprana del músico Federico Chopin.<sup>(8)</sup>

Otros factores endógenos, tales como la hiperreactividad bronquial específica e inespecífica, además del déficit de  $\alpha$ -1-antitripsina asociados a los factores exógenos antedichos constituyen alto riesgo para contraer la enfermedad y confieren a ésta un curso más severo.

La EPOC se caracteriza por tener otros trastornos asociados, los más frecuentemente asociados son la inflamación sistémica, pérdida de peso, miopatía, patología cardiovascular, osteoporosis, cáncer de pulmón, diabetes y depresión.

#### DIAGNOSTICO DE EPOC:

Si además de tener un factor de riesgo como se mencionan en un momento, el paciente presenta síntomas como disnea, y/o tos con expectoración por más de 3 meses al año por dos o más años se debe sospechar el diagnóstico y sólo se confirma con los valores que se obtienen de una espirometría después de aplicar un broncodilatador.<sup>(9)</sup>

De acuerdo a las medidas que podamos tomar para evitar o atenuar los factores de riesgo, podremos evitar o modificar la evolución de la enfermedad o ambas, estos factores se pueden agrupar en factores modificables y no modificables:

##### Modificables

- Hábito de fumar
- Polución ambiental
- Hiperreactividad bronquial
- Estado nutricional
- Alcoholismo

##### No modificables

- Edad
- Sexo
- Déficit  $\alpha$ -1-antitripsina
- Predisposición familiar

Como se mencionó, en la EPOC el flujo aéreo está limitado por una obstrucción intrínseca de la vía aérea y por la pérdida de la fuerza de retracción pulmonar. La disminución del flujo gaseoso pulmonar obedece a diferentes mecanismos patogénicos. Los principales son: inflamación y fibrosis de las pequeñas vías aéreas, la destrucción de la matriz proteica pulmonar, la hipertrofia e hipersecreción glandular y la constricción del músculo liso bronquial.

Durante la evolución de la enfermedad, la compresión del árbol bronquial facilita el colapso espiratorio de la vía aérea y dificulta el vaciamiento pulmonar. De este modo, el flujo espiratorio máximo se agota con un esfuerzo espiratorio mínimo. Se establece entonces una limitación patológica de dicho flujo a todos los volúmenes pulmonares. En consecuencia, cuando existe un aumento de la actividad

respiratoria, el paciente no puede expulsar en el tiempo disponible para la espiración, un volumen normal. El pulmón no alcanza entonces su posición de reposo basal.

Esta condición fisiopatológica se denomina hiperinflación pulmonar dinámica (HPD). Su resultado es la presencia de una presión intrínseca positiva al final de la espiración (PEEP1) y un aumento del volumen pulmonar final.

Los pacientes con EPOC tienen disminuida su capacidad para el ejercicio y el síntoma que con más frecuencia limita el esfuerzo físico, es la disnea. A su vez, la enfermedad repercute sobre el estado de salud, la calidad de vida y la autoestima de los pacientes. <sup>(10)</sup>

Debe ser cuidadosamente evaluada en la historia clínica inicial. En estos enfermos la disnea aparece cuando existe discordancia entre la demanda y la capacidad ventilatoria para cumplirla. Basado en la importancia de esta relación, el Medical Research Council (MRC) propuso una escala de 5 grados para cuantificarla. Ésta toma en cuenta la distancia que una persona puede caminar en terreno llano o empinado y la realización de ciertas tareas con la manifestación del síntoma. Esta escala u otras similares tienen como inconveniente que, si bien aprecian la magnitud de la causa desencadenante, no evalúan con precisión la repercusión funcional y subjetiva en el paciente.

La semiología de los demás síntomas y su forma de evaluarla o medirla se describen en el siguiente cuadro:

Síntomas	Características	Estadio de la enfermedad	Medición
Disnea	Es progresiva (empeora a través del tiempo). Persistente (presente todos los días). Empeora con el ejercicio, durante las infecciones o descompensaciones	II a IV	Escala MRC
Tos crónica	Se presenta en forma intermitente o todos los días. Presente durante todo el día Es poco común que se presente sólo por la noche.	I a IV	Historia Clínica
Expectoración crónica	No existe ningún patrón en las características de la expectoración. Durante las infecciones respiratorias aumenta en cantidad, cambia de color y consistencia.	I a IV	Historia Clínica
Sibilancias y sensación de pecho apretado	Síntomas inespecíficos Pueden variar de un día a otro y presentarse o no. Se desencadenan por: ejercicio, frío o durante las exacerbaciones infecciosas	I a IV	Historia Clínica Exploración física
Otros síntomas y signos	Pérdida de peso Depresión y ansiedad	III a IV	Exploración física Cuestionarios de depresión y ansiedad

Para hacer el diagnóstico de la EPOC, es indispensable realizar una espirometría y la característica funcional esencial en estos pacientes, es la obstrucción que no es totalmente reversible al flujo aéreo. El índice espirométrico más útil es el FEV1

(volumen espiratorio forzado en el primer segundo) y la relación FEV1/FVC que en caso de obstrucción se encuentran disminuidos.

Clasificación de la severidad funcional de la EPOC según GOLD:

Grado	Función pulmonar FEV <sub>1</sub> /FVC<70%
I Leve	FEV <sub>1</sub> > 80%
II Moderado	FEV <sub>1</sub> > 50% y <80% del predicho
III Severo	FEV <sub>1</sub> > 30% y <50% del predicho
IV Muy Severo	FEV <sub>1</sub> < 30% o <50% del predicho con presencia de insuficiencia respiratoria (PaO <sub>2</sub> <60 mmHg) y/o presencia de Cor pulmonale.

La oximetría de pulso es un método no invasivo y muy sencillo que puede realizarse en todos los pacientes con EPOC, mide la concentración de oxígeno de la hemoglobina circulante, por medio del pulso (SpO<sub>2</sub>). El valor normal debe ser mayor de 92% a nivel de la ciudad de México.<sup>(9)</sup>

#### TRATAMIENTO DE EPOC:

El abordaje terapéutico se ha dividido en varias etapas de las cuales la primera es la intervención prioritaria, que se refiere a aquellas que de manera trascendental modifican la historia natural de la enfermedad y por lo tanto, tienen un impacto en la supervivencia de estos pacientes. Estas intervenciones son: 1) dejar de fumar y/o exponerse al humo de leña y 2) el uso de oxígeno suplementario en sujetos con hipoxemia. No se debe iniciar ningún tratamiento diferente si no se han revisado y satisfecho estas dos intervenciones. Es decir, si un paciente sigue fumando será de poco valor o inútil cualquier intervención médica, pues cualquiera de ellas se verá rebasada por la caída anual del FEV<sub>1</sub>. Asimismo, el valor de esta intervención (haber dejado de fumar) o la del uso de broncodilatadores se reducirán si el paciente tiene hipoxemia que no ha sido apropiadamente abordada.<sup>(10)</sup> La hipoxemia es la principal amenaza para la vida de los pacientes con EPOC y el tratamiento con oxígeno es fundamental en estos pacientes.<sup>(12)</sup>

El objetivo del tratamiento con oxígeno a largo tiempo es incrementar la PaO<sub>2</sub> al menos 60 mmHg al nivel del mar y estando en reposo, y/o producir una SaO<sub>2</sub> al menos del ≥ 90%. Como se mencionó, la administración de oxígeno continuo en el domicilio llegando a estas metas ha demostrado ser muy efectivo, sobre todo en incrementar la supervivencia, reducir la policitemia y mejorar tanto la disnea, como la hipertensión arterial pulmonar y las condiciones neuropsicológicas de estos pacientes. De manera adicional se ha demostrado recientemente que la administración de oxígeno suplementario disminuye el estrés oxidante inducido por ejercicio, así como la formación de radicales libres y atenúa la respuesta de interleucina en pacientes con pérdida de masa muscular como ocurre en estos casos, permitiendo una mejor tolerancia al ejercicio.

El tiempo mínimo requerido para la administración de oxígeno debe ser de por lo menos 15 horas al día, en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica. Este tiempo ha demostrado mejorar la sobrevida. Sin embargo, el beneficio es mayor si se usa las 24 horas al día en comparación con 12 horas. Se ha visto beneficio de las variables hemodinámicas, hematológicas, mejor tolerancia al ejercicio, mecánica pulmonar y del estado mental. El tratamiento con oxígeno continuo disminuye la presión de la arteria pulmonar en reposo y varios estudios controlados han encontrado un efecto benéfico al prevenir la progresión de la hipertensión pulmonar. <sup>(13)</sup>

Los médicos tratan de controlar las exacerbaciones de la EPOC mediante un tratamiento adecuado, generalmente con antibióticos y / o esteroides sistémicos.<sup>(2)</sup>

Los broncodilatadores son los medicamentos más importantes en el manejo sintomático de la EPOC. mejoran la función pulmonar, la disnea, la tolerancia al ejercicio y la de la EPOC, por orden de eficacia son: los anticolinérgicos de acción prolongada (ACAP), los  $\beta$ 2-agonistas de acción prolongada ( $\beta$ 2AP), combinación de acción prolongada, los de acción corta de ambos grupos, y su combinación fija, y las xantinas. Los broncodilatadores de acción corta (BAC), ya sea anticolinérgicos,  $\beta$ 2 agonista, o su combinación (cualquier modalidad es indistinta), se deben utilizar en base a requerimiento o demanda de síntomas, es decir, por razón necesaria (PRN).

La rehabilitación pulmonar se integra al tratamiento individualizado del paciente y está diseñada para reducir síntomas, optimizar el estado funcional, incrementar la participación y reducir los costos en salud, mediante la estabilización o regresión de las manifestaciones sistémicas de la enfermedad. La rehabilitación pulmonar incluye un programa multidisciplinario para la atención de pacientes con discapacidad respiratoria crónica, individualizado y diseñado para optimizar el desempeño físico, social, así como la autonomía del paciente.

La vacunación tiene como objetivo en el manejo de pacientes con EPOC el control y prevención de las exacerbaciones infecciosas. Las vacunas que se recomiendan son las que contienen virus inactivados vivos o muertos porque son más efectivas en pacientes con EPOC de edad avanzada. Las vacunas recomendadas son las que están diseñadas para prevenir la infección por Influenza y la infección por *Streptococcus pneumoniae*

El proceso de cuantificar el impacto de la enfermedad en la vida del paciente con EPOC y la sensación de sentirse bien es la autoestima. Si bien la disnea es el síntoma principal de los pacientes con EPOC, y es el mayor predictor de la calidad de vida y de mayor impacto en el estado de salud general de los pacientes <sup>(9)</sup>, la autoestima es también un predictor de calidad de vida.

El uso continuo de oxígeno en muchos de los pacientes, repercute en su autoestima y la imagen que ellos tienen de sí mismos, lo que conlleva a que los pacientes dejen de usar el oxígeno de forma continua y por lo tanto exista repercusión en su estado de salud y su evolución. Uno de los objetivos más importantes en el tratamiento de los pacientes con EPOC, es mejorar la calidad de vida y la autoestima de los mismos, para que así lleven a cabo su tratamiento de forma completa y continua.

## DEFINICION DE AUTOESTIMA:

Abud y Bojórquez (1997) consideran a la autoestima como un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen; como la capacidad para valorar el yo y tratarse con dignidad, amor y realidad, y como "el juicio personal que hace el individuo acerca de su propio valor".

La palabra autoestima deriva del griego "auto" el mismo, el propio y "estima" apreciar, poner precio, juzgar.

Coopersmith define la autoestima como la evaluación que hace el individuo de sí mismo y que tiende a mantenerse; expresa una actitud de aprobación o rechazo de hasta qué punto el sujeto se considera capaz, significativo, exitoso y valioso. La autoestima es el juicio personal de valía que es expresada en las actitudes que tiene un individuo hacia sí mismo.

Describen asimismo tres componentes importantes que se relacionan entre sí, el deterioro de uno de los cuales afecta negativamente a los restantes:

Componente cognitivo. Se refiere a ideas, opiniones, creencias, percepción y procesamiento de información; conjunto de autoesquemas usados para reconocer e interpretar estímulos importantes del ambiente social y experiencias pasadas; incluye al autoconcepto como origen y desarrollo de la autoestima. Se refiere a la representación mental que nos formamos de nosotros mismos, es decir, al conocimiento de los rasgos de nuestra personalidad, de lo que queremos, buscamos, deseamos y hacemos.

Componente afectivo. Valoración de lo que en cada persona es positivo y negativo, e implica una sensación de lo que se considera favorable o desfavorable, agradable o desagradable. Se denomina también auto aprecio, autoevaluación, y autovaloración.

Componente conductual. Tensión, intención y decisión de actuar; manifestación de comportamiento consecuente y coherente. Es el elemento activo, instigador de conducta coherente con los conocimientos y afectos relativos a nosotros mismos. Es la mejor manera de identificar el nivel de autoestima que tiene una persona a través de su comportamiento.

La autoestima tiene cuatro bases esenciales:

-La aceptación de sí mismo, implica reconocerse y valorar sus propias habilidades y limitaciones, sus errores y logros, constituye una necesidad esencial en las personas para desarrollar su autoafirmación.

-La autonomía, orienta a que la persona se valga por sí mismo en las diversas circunstancias de la vida, sin excluir la posibilidad de dar o pedir apoyo de los demás.

-La expresión afectiva, se manifiesta en la interacción con los demás como la capacidad de dar y recibir afectividad.

-La consideración por el otro, denota reconocer y respetar los derechos de los demás, considerándolos como iguales y aún en las diferencias viéndolos con necesidades iguales a uno.



Nuestro nivel de autoestima puede ser bajo, medio bajo, medio, medio alto o alto y consecuentemente cada uno incidirá en nuestra calidad de vida. La alta autoestima se relaciona con personas que se encuentran involucradas en vidas más activas, con sentimientos de control sobre las circunstancias, menos ansiosas y con mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo, son menos sensibles a la crítica, suelen tener mejor salud física, disfrutan de sus relaciones interpersonales y valoran su independencia. En la falta de una autoestima sólida (baja), nos cuesta trabajo asumir riesgos y tomar decisiones necesarias que nos permitirán vivir una vida productiva y gratificante, afecta adversamente nuestras relaciones familiares, amistosas y de pareja, nuestro desempeño personal y profesional, y lo más importante nuestra sensación interna de bienestar. <sup>(14)</sup>

Los factores que contribuyen de forma independiente en la formación de la personalidad del individuo y por lo tanto de la autoestima, son los siguientes:

- a) seguridad: si alguien se siente seguro de sí mismo y lo demuestra en su comportamiento y relaciones, da la impresión de que tiene todos los problemas resueltos.
- b) identidad: es la forma cómo nos percibimos a nosotros mismos como persona. La autoestima empieza a delinearse desde el nacimiento que va dando forma con el trato de nuestros padres y como éstos nos perciben.
- c) integración o pertenencia: implica sentirse cómodo y a gusto con los demás, sentir que formamos parte de un grupo familiar, de amigos, de estudio y que aportamos algo al mismo.
- d) finalidad: cuando tenemos motivaciones suficientes modificamos nuestro comportamiento, hacemos todo lo necesario para lograrlo, el principal elemento de motivación es tener fe en que podemos hacer lo que nos proponemos.
- e) competencia: implica tener conciencia de lo que sabemos, sentimos y podemos hacer. La persona con sentido de competencia busca colaborar y auto superarse en vez de competir, acepta la derrota, se siente motivado a actuar con éxito, es consciente de las virtudes, destrezas, potencialidades y debilidades y acepta estas últimas como oportunidades de crecimiento.

Así mismo un padecimiento crónico cambia la manera en que una persona se ve a sí misma y a su vida, y trata de adaptarse a su nueva condición restaurando o consiguiendo un nuevo equilibrio —cuya pérdida significa estrés—. De una adecuada adaptación dependerá una mejor calidad de vida.

La adaptación se define como el proceso que permite la capacidad de enfrentarse a los cambios internos y externos del medio a fin de mantener el equilibrio físico, cognoscitivo, afectivo, motivacional, interpersonal, vocacional y conductual funcional. <sup>(15)</sup>

El enfermo ahora tiene que reconocer sus síntomas, controlarlos y prevenir sus crisis, aceptar o no el tratamiento de entre ellos el oxígeno, mantener relaciones adecuadas con el médico y el resto del personal de salud, conservar un equilibrio emocional razonable y afrontar (tanto él como la familia) el malestar emocional asociado a la enfermedad, conservar la autoimagen y un sentido de control y competencia satisfactorios, conservar las relaciones con la familia y amigos, y prepararse para el futuro.

Como se mencionó anteriormente, las neumopatías crónicas son la quinta causa de mortalidad, y el segundo grupo de enfermedades significativas presentes en adultos maduros en nuestro país. En general, algunas enfermedades respiratorias comparten las características de una enfermedad crónica en cuanto a su duración temporal, ser origen de discapacidades funcionales, interferir en la calidad y requerir reorganización del estilo de vida. La disnea, síntoma capital de muchas de ellas, por sí misma puede conducir a un trastorno psicológico, por lo que su panorama se complica.

Por otra parte, la forma de respuesta a la enfermedad depende de factores relacionados con la enfermedad misma, personales, y otros relacionados con el entorno físico y social. Los dos últimos incluyen los factores sociodemográficos que pueden actuar como facilitadores u obstaculizadores en el proceso de la enfermedad.

El nivel educativo de la persona, su entorno y el estatus social pueden condicionar las posibilidades de información sobre la enfermedad y las estrategias más adecuadas para enfrentarlo. El nivel de ingresos económicos también influye sobre las posibilidades de elección de recursos sanitarios para el tratamiento, frecuentemente costoso, el poder trasladarse a otro domicilio que facilite un mayor bienestar, contratar cuidadores personales, etc.

La familia, amigos, comunidad y trabajo también son componentes importantes del bienestar social, además del supuesto que menciona que cuando la enfermedad afecta al varón ocurre un cambio más radical en las relaciones que cuando afecta a la mujer.

Diversas investigaciones han demostrado que en el periodo de ajuste al programa del tratamiento, los pacientes con enfermedades crónicas pasan por etapas de tensión emocional al igual que los sujetos que se someten a tratamientos exclusivamente prolongados, dada la necesidad de asumir restricciones físicas, emocionales y sociales que tiene efectos psicológicos importantes. Este tipo de estudios manifiesta que individuos con enfermedades crónicas no sólo se ven afectados físicamente, sino desarrollan problemas emocionales a medida que la enfermedad avanza en un estado de cronicidad al requerir el uso de oxígeno. <sup>(14)</sup>

Por lo anterior, es de suma importancia poder continuar con estos estudios en donde se pueda relacionar la enfermedad crónica y la autoestima con el adecuado seguimiento de tratamiento por parte de los médicos, para evitar así recaídas, evoluciones tórpidas o complicaciones.

#### INSTRUMENTO DE EVALUACION PARA AUTOESTIMA PARA ADULTOS COOPERSMITH:

La autoestima ha sido tema central de diversos estudios y aproximaciones teóricas; autores tales como H. S. Sullivan, K Horney, E. Fromm y C. Rogers, entre otros, han abordado el tema de autoestima y sus orígenes.

Debido a la gran influencia que la autoestima puede tener en la vida de las personas, se han desarrollado diferentes instrumentos con el fin de evaluarla. Coopersmith comienza en 1959 un estudio sobre la autoestima, y en 1967 publica

una escala de medición de autoestima para niños de 5to y 6to grado, que es ampliamente utilizada. Coopersmith utilizó esta prueba de 58 reactivos, como base para el desarrollo de la versión para adultos.

Al analizar la confiabilidad, Ryden (1975) encontró una confiabilidad test-retest de 80 mujeres, en periodos de 6 a 58 semanas. Con respecto a la validez del constructo, se refieren diferencias significativas entre los grupos de alta y baja autoestima.

Debido a que en la lengua hispana existen pocos datos estadísticos sobre instrumento de medición de la autoestima, se realizó un estudio en 1993 por la Psicóloga Ma. Asunción Lara Cantú, en donde se determinó la validez de constructo y concurrente, así como la confiabilidad del Test (Inventario) de Autoestima de Coopersmith y se estudiaron las diferencias de autoestima respecto al sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación para la población mexicana.<sup>(16)</sup>

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

¿Cuál es el nivel de autoestima de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica usuarios de oxígeno que acuden a consulta al Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

## **JUSTIFICACION:**

En México como en los demás países de Latinoamérica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), es una enfermedad sobresaliente por su morbimortalidad, sin embargo, permanece subdiagnosticada y poco reconocida como un problema de salud pública.

La importancia de este estudio está basada en la frecuencia de los pacientes neumópatas que padecen EPOC que usan oxígeno continuo domiciliario y que les provoca alteraciones de la autoestima por el simple hecho de usarlo. No todos los pacientes aceptan usar el oxígeno ya que lo consideran como un problema, una dependencia, una imagen de debilidad o inferioridad lo que repercute en su tratamiento ya que al no usarlo por el tiempo indicado o de la forma indicada van provocando alteraciones considerables al futuro ya sea porque no llevan en conjunto el adecuado tratamiento o porque se deteriora su evolución o porque se desarrollan complicaciones.

Por lo anterior, considero que el presente estudio nos dará una amplia idea de cómo se ven los pacientes usuarios de oxígeno a sí mismos, ante la sociedad y ante su familia, y por lo tanto, el nivel de autoestima que presentan, para que así, nosotros los médicos familiares podamos desarrollar alguna técnica de manejo que les ayude a mejorar su autoestima y por consecuencia evitar el deterioro en la evolución en su padecimiento.

## **OBJETIVOS GENERALES:**

Evaluar el nivel de autoestima en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica usuarios de oxígeno que acuden a consulta al Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

## **HIPOTESIS:**

(Se realizó la hipótesis con fines de enseñanza)

H1: Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica usuarios de oxígeno del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #8 tienen un nivel de autoestima media baja.

H<sub>0</sub>: Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica usuarios de oxígeno del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #8 tienen un nivel de autoestima media alta.

## **MATERIAL Y METODO:**

### TIPO DE INVESTIGACION:

- A) Según el proceso de causalidad o tiempo de recurrencias de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO
- B) Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL
- C) Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO
- D) Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO
- E) De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL

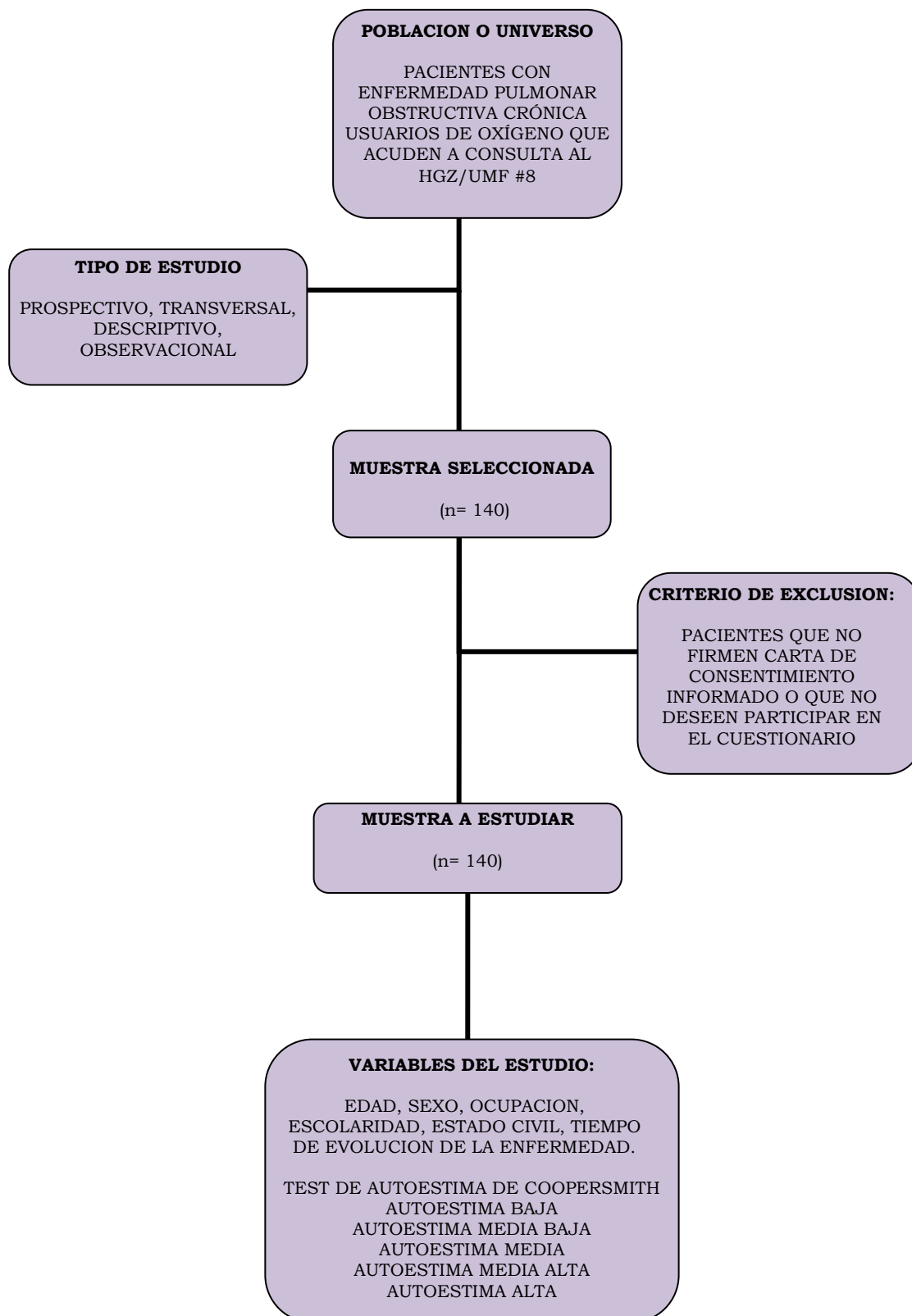
### DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se incluyeron pacientes que asistieron a consulta al HGZ/UMF#8 “Gilberto Flores Izquierdo” durante el periodo de Marzo a Diciembre de 2010 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Posterior a firmar el conocimiento informado, se les aplicó el Test de autoestima de Coopersmith, los resultados se analizaron estadísticamente mediante el programa SPSS.



## DISEÑO DE LA INVESTIGACION:



Elaboró: Dra. Raquel Bonilla Guerrero (México 2010)

## **POBLACION Ó UNIVERSO:**

El estudio se realizó en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, en el Distrito Federal, México. Esta es una población urbana.

## **UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:**

La investigación se realizó en el Hospital general de Zona con Unidad de Medicina familiar #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. En la colonia Tizapan que se encuentra en el Distrito Federal, México. Se realizó en el periodo comprendido de Marzo a Diciembre 2010.

## **MUESTRA:**

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica, requirió 140 pacientes, con un intervalo de confianza de 95%, con una proporción del 0.50, con una amplitud del intervalo de confianza de 0.10.

## **DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$

## **CRITERIOS DE INCLUSION:**

Pacientes derechohabientes que cursen con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y usen oxígeno, sin importar el tiempo de uso de oxígeno al día, ni el tiempo de evolución de padecer la enfermedad.

Sin distinción de sexo o edad.

Pacientes que acudan a consulta al HGZ/UMF #8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, en el periodo de Marzo a Diciembre de 2010.

## **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Pacientes que no deseen participar en el cuestionario.

Pacientes que no firmen carta de consentimiento informado.

## **CRITERIOS DE ELIMINACION:**

Pacientes que contestaron de forma incompleta o dieron más de una respuesta en el instrumento aplicado.

## **VARIABLES:**

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

VARIABLE DEPENDIENTE:

Autoestima

VARIABLES UNIVERSALES:

Edad

Sexo

Ocupación

Escolaridad

Estado civil

Tiempo de evolución de la enfermedad

VARIABLES DEL TEST DE COOPER SMITH PARA ADULTOS

Autoestima Baja

Autoestima Media Baja

Autoestima Media

Autoestima Media Alta

Autoestima Alta

## DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES CARACTERISTICAS GENERALES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
EDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1= 50-60 AÑOS 2= 61-70 AÑOS 3= 71-80 AÑOS 4= MAS DE 81 AÑOS
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	1= FEMENINO 2= MASCULINO
OCUPACION	CUALITATIVA	NOMINAL	1= EMPLEADO 2= DESEMPLEADO
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1= PRIMARIA 2= SECUNDARIA 3= PREPARATORIA 4= LICENCIATURA 5= NINGUNA
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1= SOLTERO 2= CASADO 3= DIVORCIADO 4= VIUDO 5= UNIO LIBRE 6= SEPARADO
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1= 1 A 5 AÑOS 2= 6 A 10 AÑOS 3= 11 A 15 AÑOS 4= 16 A 20 AÑOS 5= MÁS DE 20 AÑOS
AUTOESTIMA	CUALITATIVA	NOMINAL	1= BAJA (0-10 PTOS) 2= MEDIA BAJA (11-15 PTOS) 3= MEDIA (16 PTOS) 4= MEDIA ALTA (17-22 PTOS) 5= ALTA (23-25 PTOS)

Elaboró: Dra. Raquel Bonilla Guerrero (México 2010)

## DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL
EDAD	Tiempo que un ser humano ha vivido en años a partir de su nacimiento
SEXO	Género al que pertenece un individuo
OCUPACION	Forma en que una persona dedica el tiempo
ESCOLARIDAD	Grado académico de estudio
ESTADO CIVIL	Estado en que una persona se encuentra legalmente
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD	Tiempo transcurrido en años que ha portado la enfermedad a partir de su diagnostico
AUTOESTIMA	Evaluación que hace el individuo de sí mismo y que tiende a mantenerse, expresa una actitud de aprobación o rechazo.

Elaboró: Dra. Raquel Bonilla Guerrero (México 2010)

## **DISEÑO ESTADISTICO:**

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 17 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de dispersión (desviación estándar, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. El tipo de muestra es representativa y se calculo a través de su prevalencia.

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:**

Para el propósito de este estudio el instrumento de evaluación que se aplicó fué el inventario de autoestima de Coopersmith versión para adultos.

Este instrumento de evaluación tuvo sus inicios en 1959 cuando Coopersmith comienza sus estudios sobre autoestima, en 1967 publica una escala de medición de autoestima para niños de 5to y 6to grado, en donde se manejan 58 reactivos que se utilizaron como base para la versión de los adultos. Esta nueva versión se creó y se validó en 1975. En 1993 se validó para la población mexicana por la psicóloga Lara Cantú.

Consta de 25 reactivos de elección obligada en donde al encuestado se le pide que conteste cuestiones directas de acuerdo a si la oración lo describe o no lo describe. Son afirmaciones con respuestas dicotómicas las cuales a cada respuesta se le asigna diferentes valores, dependiendo del número de reactivo.

Reactivos directos dando un puntaje de SI=0 y NO=1 (1,4,6,7,9,14,19,20).

Reactivos inversos dando un puntaje de SI=0 y NO=1 (2,3,6,7,10,11,12,13,16,17,18,21,22,23,24,25).

La calificación total de la prueba, se obtiene de la suma de todos los reactivos, calificados de la forma descrita y de acuerdo al puntaje se le da un valor de autoestima.



## **METODO DE RECOLECCIÓN:**

Se realizó una entrevista individual a los pacientes que acudieron a consulta al HGZ/UMF #8 de forma ordinaria. Se les proporcionó el consentimiento informado y una vez leído, aceptado y firmado, se dió un tiempo de 15 minutos para la realización de la prueba test de autoestima de Cooper Smith para adultos. Toda esta información se obtuvo en el periodo de marzo a diciembre de 2010. Por último se procedió a realizar el análisis estadístico del estudio en el programa SPSS.

## **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:**

Se aplicará el cuestionario de forma individual. Se aplicará a adultos no importando la edad. Si el administrador de la prueba sospecha que el nivel de lectura es inadecuado, deberá trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas.

La prueba deberá realizarse en 15 minutos. Es importante recordar que las respuestas no requieren ayuda de otras personas. El examinador debe decir: "Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no esté seguro de que alternativa elegir, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta".

El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser él quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del cuestionario. El examinador deberá revisar la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta.



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #8

TITULO DE LA TESIS:

**Evaluación del nivel de autoestima en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica usuarios de oxígeno que acuden a consulta al HGZ/UMF #8**

**2009-2010**

FECHA	MAR 2009	ABR 2009	MAY 2009	JUN 2009	JUL 2009	AGO 2009	SEP 2009	OCT 2009	NOV 2009	DIC 2009	ENE 2010	FEB 2010
TITULO						x						
ANTECEDENTES						x						
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA							x					
OBJETIVOS							x					
HIPOTESIS							x					
DISEÑO METODOLOGICO								x				
ANALISIS ESTADISTICO								x				
CONSIDERACIONES ETICAS									x			
RECURSOS									x			
BIBLIOGRAFIA						x						
ASPECTOS GENERALES									x			
ACEPTACION									x			

**2010-2011**

FECHA	MAR 2010	ABR 2010	MAY 2010	JUN 2010	JUL 2010	AGO 2010	SEP 2010	OCT 2010	NOV 2010	DIC 2010	ENE 2011	FEB 2011
PRUEBA PILOTO											x	
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		x	x	x	x	x	x	x	x	x		
RECOLECCION DE DATOS		x	x	x	x	x	x	x	x	x		
ALMACENAMIENTO DE DATOS									x	x		
ANALISIS DE DATOS									x	x		
DESCRIPCION DE DATOS									x	x		
DISCUSIÓN DE DATOS									x	x		
CONCLUSION DEL ESTUDIO										x		
INTEGRACION Y REVISION FINAL											x	
REPORTE FINAL											x	
AUTORIZACIONES											x	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												x
PUBLICACION												x

Elaboró: Dra. Raquel Bonilla Guerrero (México 2010)

## **RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:**

Para la realización de este proyecto se contó con un investigador, un aplicador de cuestionarios, un recolector de datos. Participó en cuanto a la orientación de la realización de la investigación el asesor de la investigación. Se tuvo la participación especial en la realización del tratamiento estadístico y en la interpretación de los datos al Dr. Eduardo Vilchis Chaparro

Para la realización de esta investigación se contó con una computadora portátil y una USB para almacenar toda la investigación. Servicio de fotocopiado para reproducir el cuestionario, lápices y gomas.

Los gastos en general se absorbieron por el residente de Medicina Familiar Investigador.

## **CONSIDERACIONES ETICAS:**

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial ni el reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México.

Se anexa la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación y el instrumento de evaluación Test de Autoestima de Coopersmith versión para adultos.

## **RESULTADOS:**

Se realizó un estudio con un total de 140 pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica usuarios de oxígeno. Se encontró 76 (54.3%) sexo masculino, 64 (45.7%) sexo femenino.

Se estudió a la edad en rangos los cuales corresponden 31 (22.1%) de 50 a 60 años, 33 (23.6%) de 61 a 70 años, 53 (37.1%) de 71 a 80 años, 24 (17.1%) de más de 81 años.

En ocupación se observó 52 (37.1%) empleados, 88 (62.9%) desempleados.

En cuanto al tipo de escolaridad de los pacientes se encontró que 72 (51.4%) primaria, 45 (32.1%) secundaria, 14 (10%) preparatoria, 4 (2.9%) licenciatura, 5 (3.6%) ninguna escolaridad.

Se encontró con respecto al estado civil 9 (6.4%) soltero, 85 (60.7%) casado, 10 (7.1%) divorciado, 28 (20%) viudo, 4 (2.9%) unión libre, 4 (2.9%) separado.

En el apartado de tiempo de evolución en años de padecer la enfermedad se encontró 63 (45%) de 1 a 5 años, 61 (43.6%) de 6 a 10 años, 11 (7.9%) de 11 a 15 años, 5 (3.6%) de 16 a 20 años, y ningún paciente de más de 20 años.

Con relación al nivel de autoestima en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica usuarios de oxígeno, se observó 11 (7.9%) nivel bajo, 78 (55.7%) nivel medio bajo, 11 (7.9%) nivel medio, 40 (28.6%) nivel medio alto.

No hubo ningún paciente en el estudio con alta autoestima.

Se relacionó al sexo con el nivel de autoestima agrupándolo en baja, media baja, media, media alta y alta autoestima de acuerdo al test de Coopersmith. Respecto al sexo femenino 8 (5.7%) presentaron baja autoestima, 29 (20.7%) media baja, 11 (7.9%) media, 16 (11.4%) media alta, y ninguno con alta autoestima. En cuanto al sexo masculino 3 (2.1%) baja, 49 (35%) media baja, 24 (17.1%) media alta.

Al clasificar a los pacientes por grupos de edad se observó: en el rango de 50 a 60 años 2 (1.4%) baja, 23 (16.4%) media baja, ninguno con media, 6 (4.3%) media alta. En el rango de 61 a 70 años 3 (2.1%) con baja, 11 (7.9%) con media baja, 6 (4.3%) media, 13 (9.3%) media alta. En el rango 71 a 80 años 3 (2.1%) con baja, 30 (21.4%) media baja, 2 (1.4%) media, 17 (12.1%) media alta. Y por último en el rango de más de 81 años 3 (2.1%) baja, 14 (10%) media baja, 3 (2.1%) media, 4 (2.9%) media alta.

En cuanto al nivel de autoestima en relación a la ocupación se encontró empleados ninguno en la baja, 39 (27.9%) media baja, 2 (1.4%) media, 11 (7.9%)

media alta, desempleados 11 (7.9%) baja, 39 (27.9%) media baja, 9 (6.4%) media, 29 (20.7%) media alta.

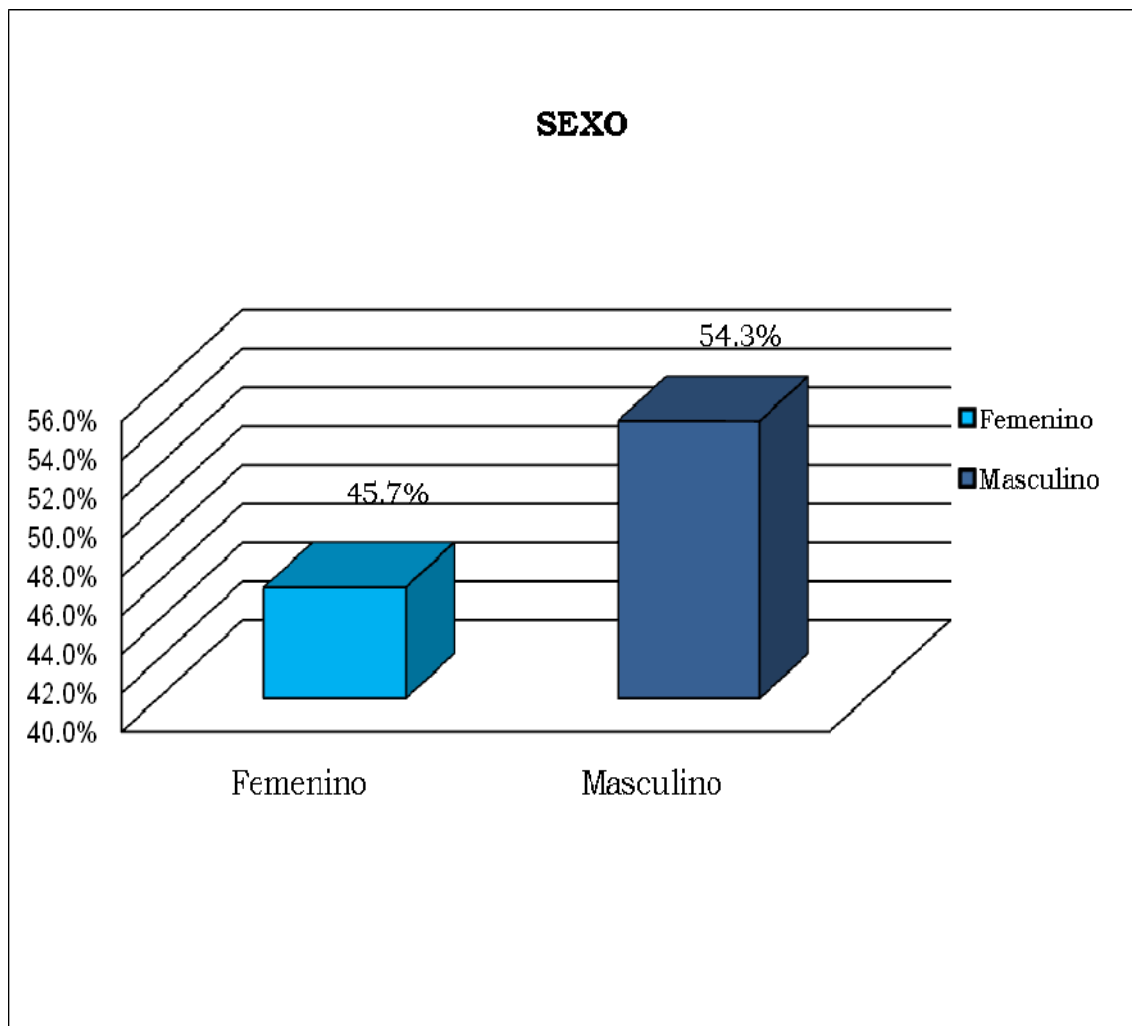
Por otro lado, se analizó la relación entre nivel de autoestima y escolaridad donde se observó con escolaridad primaria ninguno con baja autoestima, 51 (36.4%) media baja, 7 (5%) media, 14 (10%) media alta. Secundaria 8 (5.7%) baja, 20 (14.3%) media baja, 4 (2.9%) media, 13 (9.3%) media alta. Preparatoria ninguno con baja, 3 (2.1%) media baja, ninguno con media, 11 (7.9%) media alta. Licenciatura ninguno con baja autoestima, 2 (1.4%) media baja, ninguno con media, 2 (1.4%) media alta. Ninguna escolaridad 3 (2.1%) baja autoestima, 2 (1.4%) media baja, ninguno con media o media alta.

Se relacionó el nivel de autoestima con el estado civil y se observó que en cuanto a las personas solteras ninguno tuvo baja autoestima, 7 (5%) media baja, 2 (1.4%) media, ninguno con media alta. Persona casada 3 (2.1%) baja, 52 (37.1%) media baja, 5 (3.6%) media, 25 (17.9%) media alta. Divorciada ninguno con baja autoestima, 4 (2.9%) media baja, ninguno con media, 6 (4.3%) media alta. Viuda 8 (5.7%) baja autoestima, 11 (7.9%) media baja, 2 (1.4%) media, 7 (5%) media alta. En unión libre ninguno con baja autoestima, 2 (1.4%) media baja, ninguno con media, 2 (1.4%) media alta. Personas separadas ninguno con baja autoestima, 2 (1.4%) media baja, 2 (1.4%) media, ninguno con media alta autoestima.

Por último se analizó la relación entre nivel de autoestima y tiempo de evolución en años de portar la enfermedad y se observó: en el rango de 1 a 5 años 5 (3.6%) baja autoestima, 39 (27.9%) media baja, 2 (1.4%) media, 17 (12.1%) media alta. En el rango de 6 a 10 años 3 (2.1%) baja, 35 (25%) media baja, 7 (5%) media, 16 (11.4%) media alta. En el rango de 11 a 15 años ninguno con baja autoestima, 4 (2.9%) media baja, 2 (1.4%) media, 5 (3.6%) media alta. En el rango de 16 a 20 años 3 (2.1%) baja autoestima, ninguno con media baja, ni media, 2 (1.4%) media alta. En el rango de más de 20 años ninguno con baja, media baja, media o media alta autoestima.

### FRECUENCIA DE ACUERDO AL GENERO

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Femenino	64	45.7%
Masculino	76	54.3%
Total	140	100%

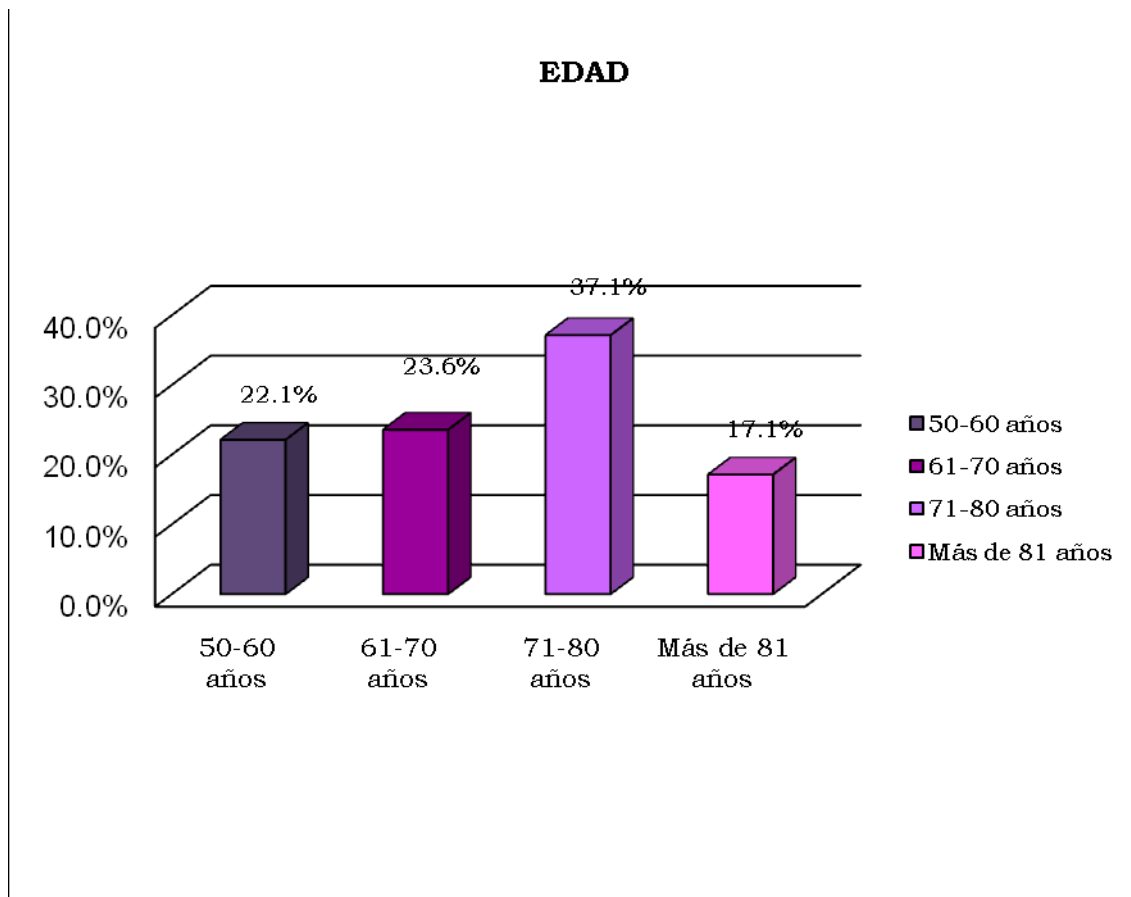


Elaboró: Dra. Raquel Bonilla Guerrero (México 2010)



### FRECUENCIA DE ACUERDO A EDAD

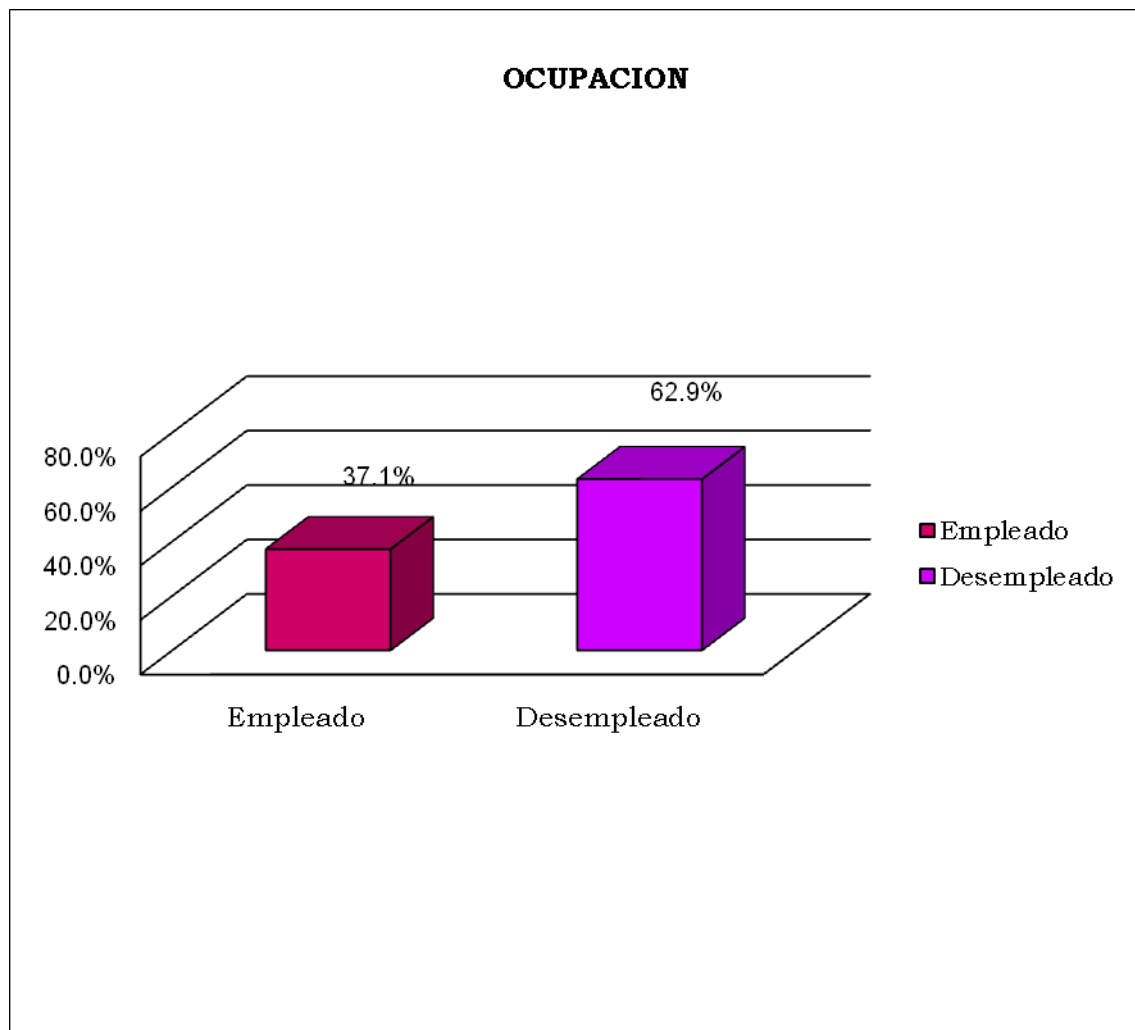
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
50-60 años	31	22.1%
61-70 años	33	23.6%
71-80 años	52	37.1%
Más de 81 años	24	17.1%
Total	140	100%



Elaboró: Dra. Raquel Bonilla Guerrero (México 2010)

## FRECUENCIA DE ACUERDO A OCUPACION

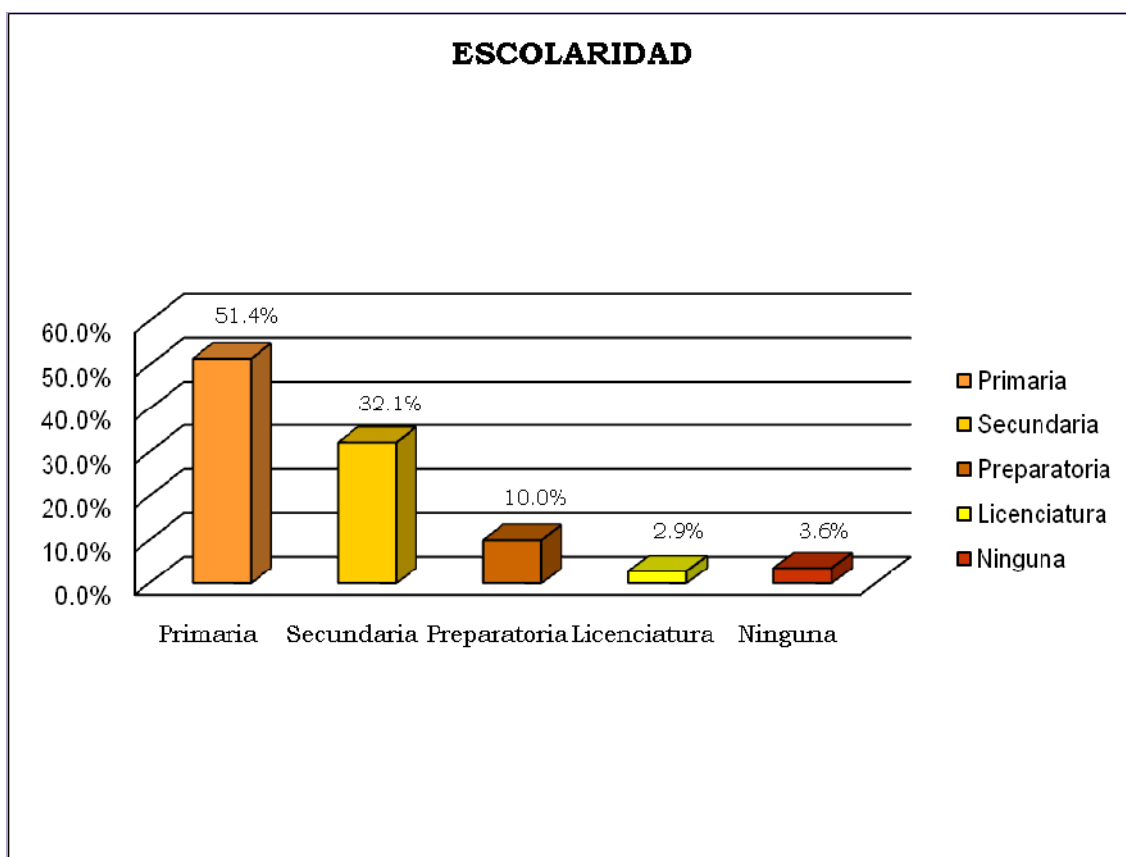
OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Empleado	52	37.1%
Desempleado	88	62.9%
Total	140	100%



Elaboró: Dra. Raquel Bonilla Guerrero (México 2010)

## FRECUENCIA DE ACUERDO A ESCOLARIDAD

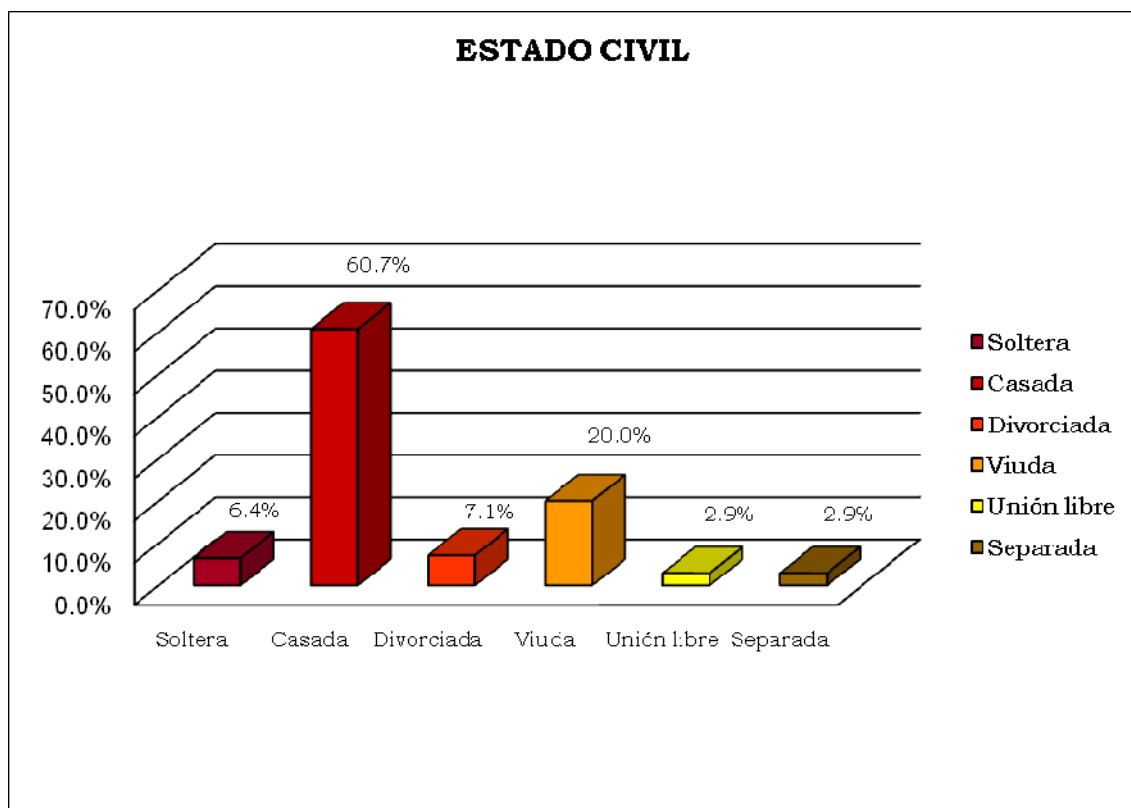
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Primaria	72	51.4%
Secundaria	45	32.1%
Preparatoria	14	10%
Licenciatura	4	2.9%
Ninguna	5	3.6%
Total	140	100%



Elaboró: Dra. Raquel Bonilla Guerrero (México 2010)

## FRECUENCIA DE ACUERDO A ESTADO CIVIL

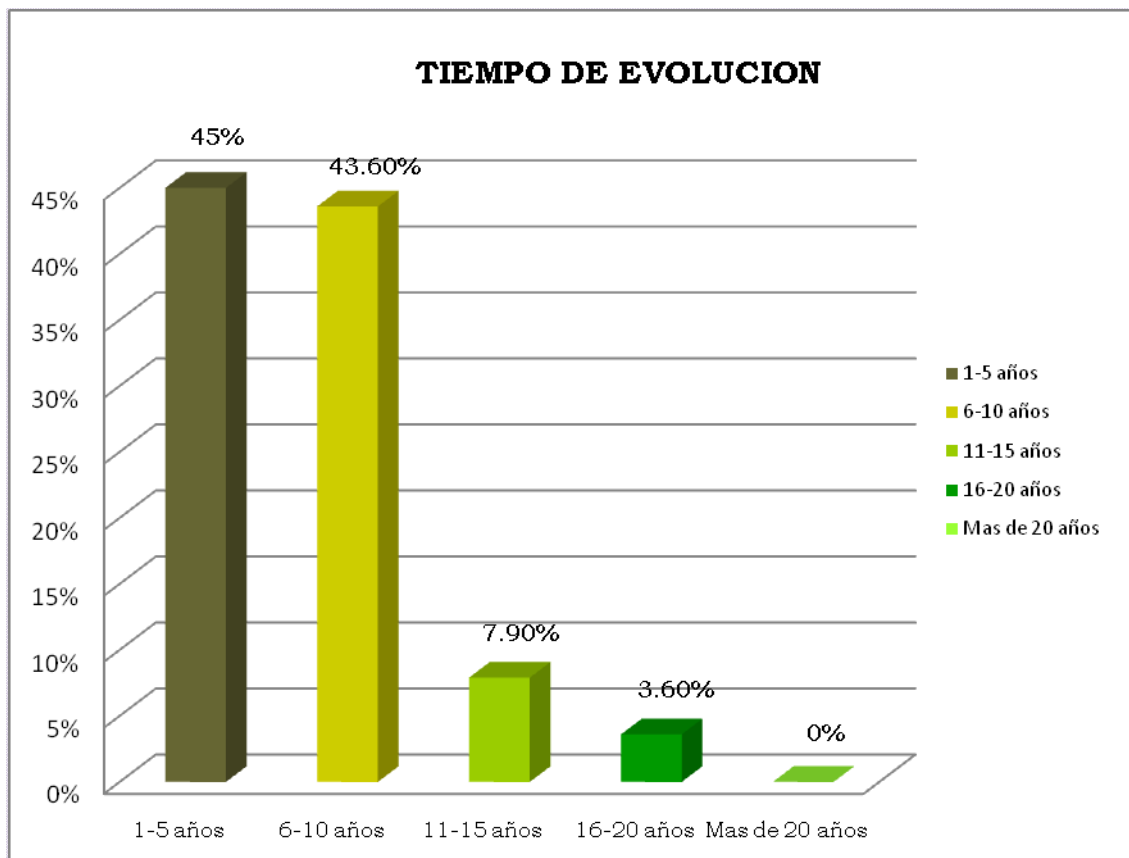
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Soltera	9	6.4%
Casada	85	60.7%
Divorciada	10	7.1%
Viuda	28	20%
Unión libre	4	2.9%
Separada	4	2.9%
Total	140	100%



Elaboró: Dra. Raquel Bonilla Guerrero (México 2010)

## FRECUENCIA DE ACUERDO A TIEMPO DE EVOLUCIÓN

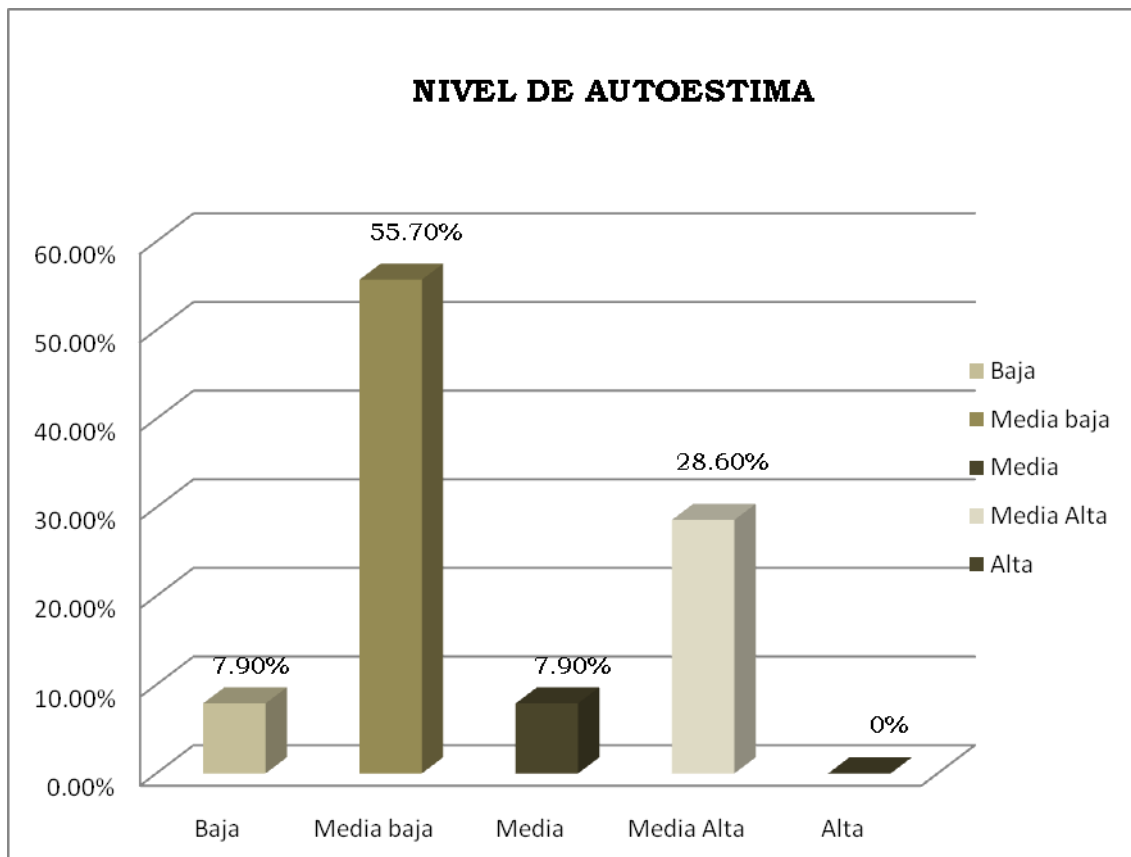
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
1 a 5 años	63	45%
6 a 10 años	61	43.6%
11 a 15 años	11	7.9%
16 a 20 años	5	3.6%
Más de 20 años	0	0%
Total	140	100%



Elaboró: Dra. Raquel Bonilla Guerrero (México 2010)

## FRECUENCIA DE ACUERDO A NIVEL DE AUTOESTIMA

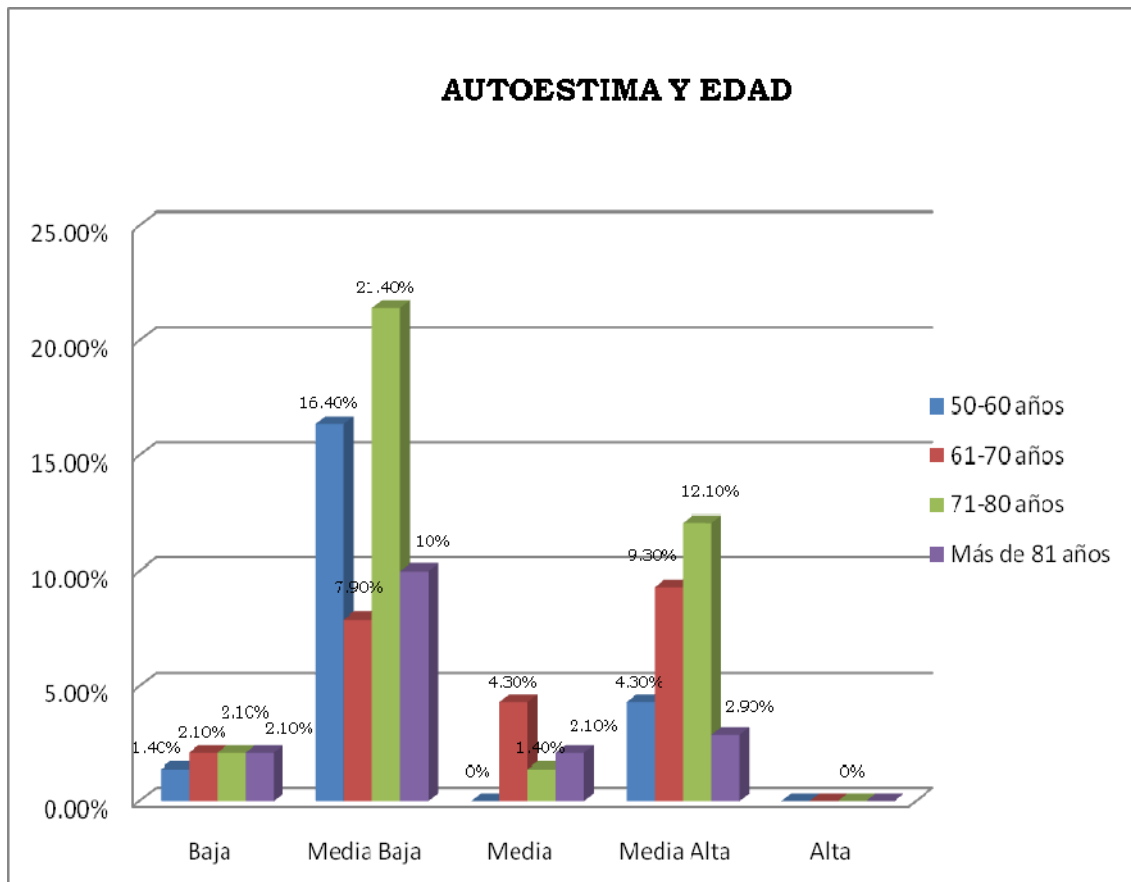
NIVEL DE AUTOESTIMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Baja	11	7.9%
Media Baja	78	55.7%
Media	11	7.9%
Media Alta	40	28.6%
Alta	0%	0%
Total	140	100%



Elaboró: Dra. Raquel Bonilla Guerrero (México 2010)

## RELACION DE NIVEL DE AUTOESTIMA Y EDAD

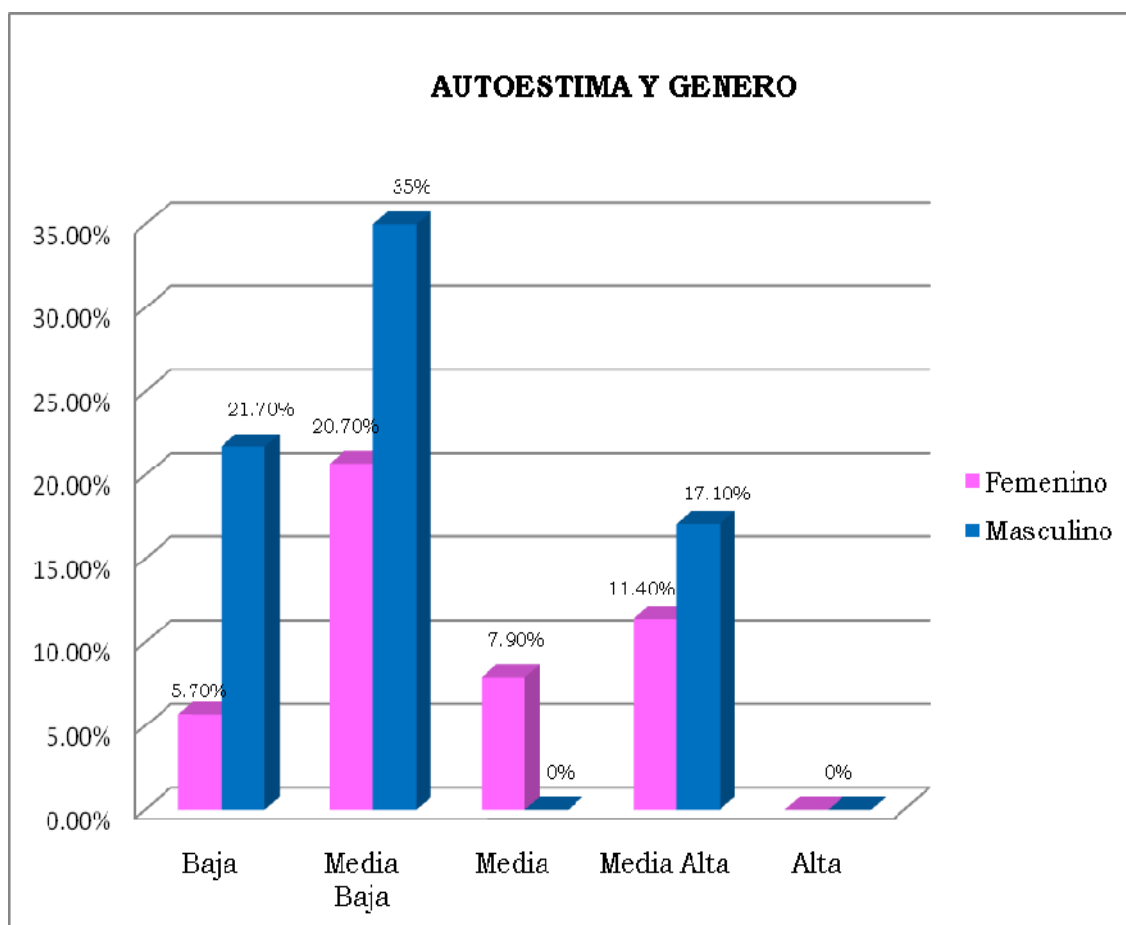
		BAJA	MEDIA BAJA	MEDIA	MEDIA ALTA	ALTA	TOTAL
50-60 años	Frecuencia	2	23	0	6	0	31
	%	1.4%	16.4%	0%	4.3%	0%	22.1%
61-70 años	Frecuencia	3	11	6	13	0	33
	%	2.1%	7.9%	4.3%	9.3%	0%	23.6%
71-80 años	Frecuencia	3	30	2	17	0	52
	%	2.1%	21.4%	1.4%	12.1%	0%	37.1%
Más de 81 años	Frecuencia	3	14	3	4	0	24
	%	2.1%	10%	2.1%	2.9%	0%	17.1%
Total	Frecuencia	11	78	11	40	0	140
	%	7.9%	55.7%	7.9%	28.6%	0%	100%



Elaboró: Dra. Raquel Bonilla Guerrero (México 2010)

## RELACION DE NIVEL DE AUTOESTIMA Y GENERO

		<b>BAJA</b>	<b>MEDIA BAJA</b>	<b>MEDIA</b>	<b>MEDIA ALTA</b>	<b>ALTA</b>	<b>TOTAL</b>
Femenino	Frecuencia	8	29	11	16	0	64
	%	5.7%	20.7%	7.9%	11.4%	0%	45.7%
Masculino	Frecuencia	3	49	0	24	0	76
	%	21.7%	35%	0%	17.1%	0%	54.3%
Total	Frecuencia	11	78	11	40	0	140
	%	7.9%	55.7%	7.9%	28.6%	0%	100%

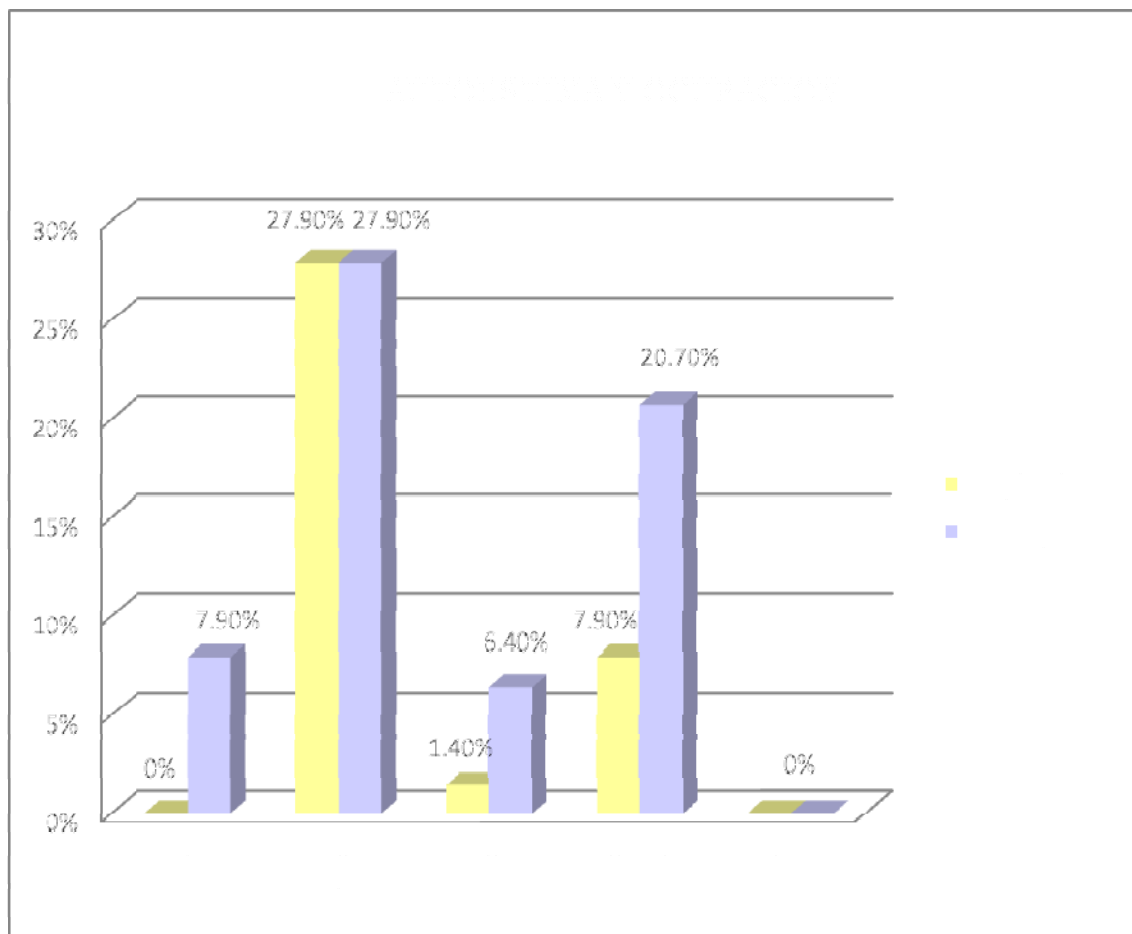


Elaboró: Dra. Raquel Bonilla Guerrero (México 2010)



## RELACION DE NIVEL DE AUTOESTIMA Y OCUPACION

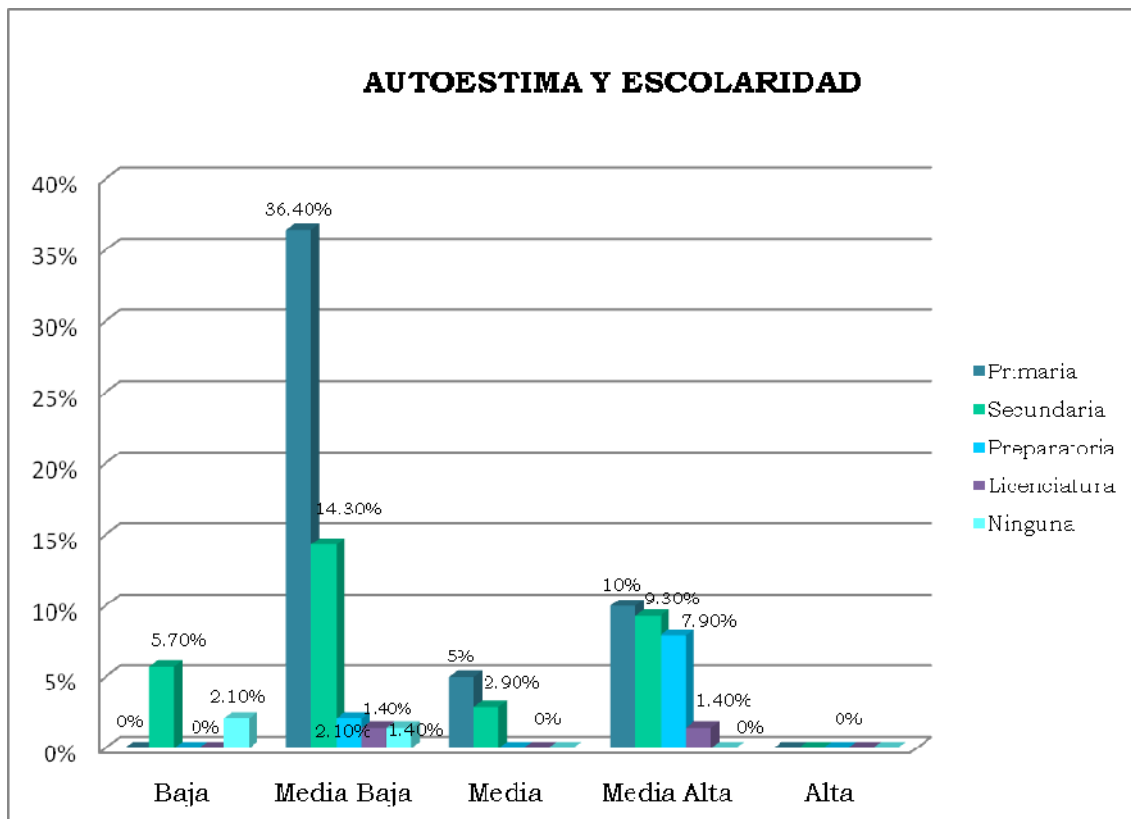
		<b>BAJA</b>	<b>MEDIA BAJA</b>	<b>MEDIA</b>	<b>MEDIA ALTA</b>	<b>ALTA</b>	<b>TOTAL</b>
Empleado	Frecuencia	0	39	2	11	0	52
	%	0%	27.9%	1.4%	7.9%	0%	37.1%
Desempleado	Frecuencia	11	39	9	29	0	88
	%	7.9%	27.9%	6.4%	20.7%	0%	62.9%
Total	Frecuencia	11	78	11	40	0	140
	%	7.9%	55.7%	7.9%	28.6%	0%	100%



Elaboró: Dra. Raquel Bonilla Guerrero (México 2010)

## RELACION DE NIVEL DE AUTOESTIMA Y ESCOLARIDAD

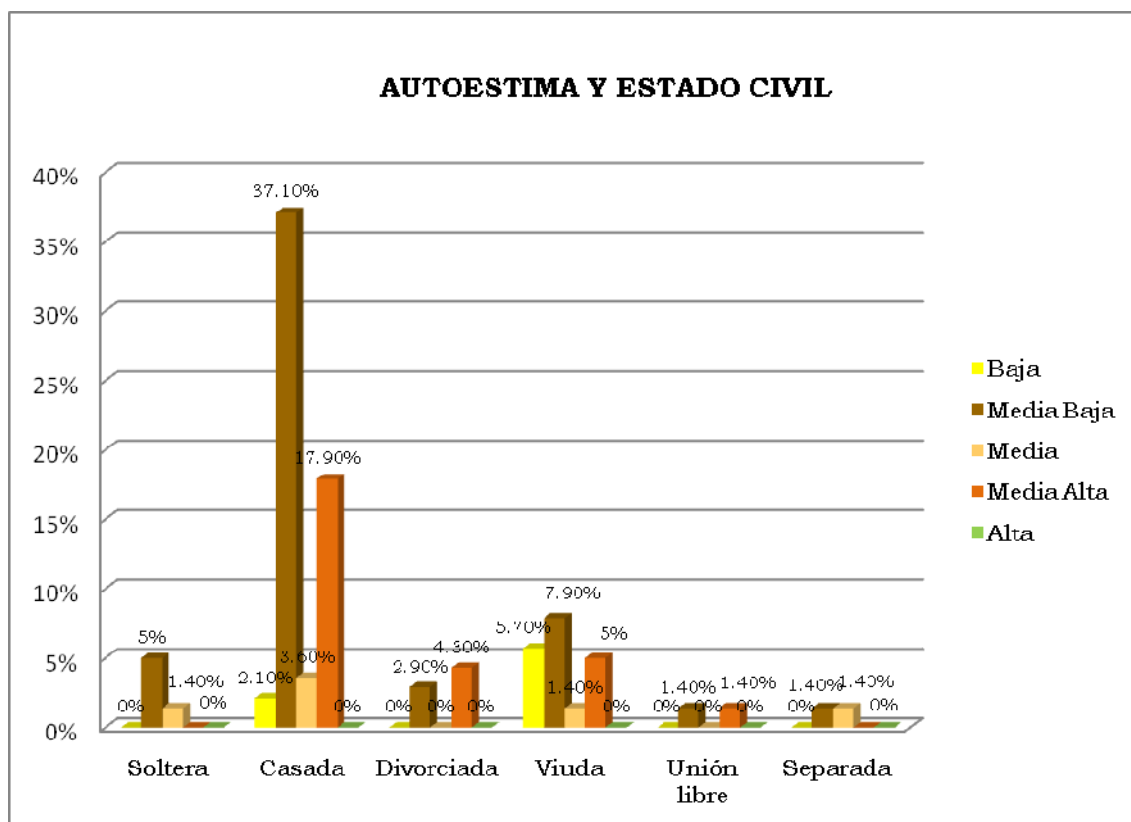
		BAJA	MEDIA BAJA	MEDIA	MEDIA ALTA	ALTA	TOTAL
Primaria	Frecuencia	0	51	7	14	0	72
	%	0%	36.4%	5%	10%	0%	51.4%
Secundaria	Frecuencia	8	20	4	13	0	45
	%	5.7%	14.3%	2.9%	9.3%	0%	32.1%
Preparatoria	Frecuencia	0	3	0	11	0	14
	%	0%	2.1%	0%	7.9%	0%	10%
Licenciatura	Frecuencia	0	2	0	2	0	4
	%	0%	1.4%	0%	1.4%	0%	2.9%
Ninguna	Frecuencia	3	2	0	0	0	5
	%	2.1%	1.4%	0%	0%	0%	3.6%
Total	Frecuencia	11	78	11	40	0	140
	%	7.9%	55.7%	7.9%	28.6%	0%	100%



Elaboró: Dra. Raquel Bonilla Guerrero (México 2010)

## RELACION DE NIVEL DE AUTOESTIMA Y ESTADO CIVIL

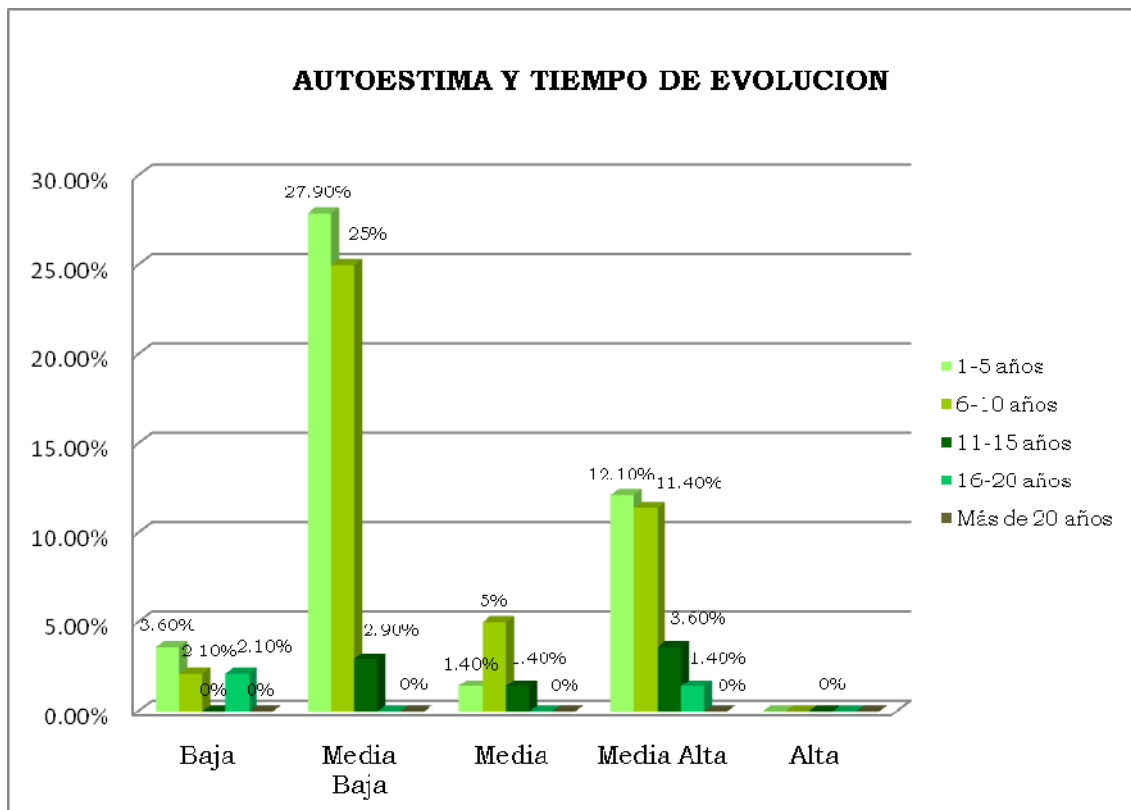
		BAJA	MEDIA BAJA	MEDIA	MEDIA ALTA	ALTA	TOTAL
Soltera	Frecuencia	0	7	2	0	0	9
	%	0%	5%	1.4%	0%	0%	6.4%
Casada	Frecuencia	3	52	5	25	0	85
	%	2.1%	37.1%	3.6%	17.9%	0%	60.7%
Divorciada	Frecuencia	0	4	0	6	0	10
	%	0%	2.9%	0%	4.3%	0%	7.1%
Viuda	Frecuencia	8	11	2	7	0	28
	%	5.7%	7.9%	1.4%	5%	0%	20%
Unión libre	Frecuencia	0	2	0	2	0	4
	%	0%	1.4%	0%	1.4%	0%	2.9%
Separada	Frecuencia	0	2	2	0	0	4
	%	0%	1.4%	1.4%	0%	0%	2.9%
Total	Frecuencia	11	78	11	40	0	140
	%	7.9%	55.7%	7.9%	28.6%	0%	100%



Elaboró: Dra. Raquel Bonilla Guerrero (México 2010)

## RELACION DE NIVEL DE AUTOESTIMA Y TIEMPO DE EVOLUCION

		BAJA	MEDIA BAJA	MEDIA	MEDIA ALTA	ALTA	TOTAL
1-5 años	Frecuencia	5	39	2	17	0	63
	%	3.6%	27.9%	1.4%	12.1%	0%	45%
6-10 años	Frecuencia	3	35	7	16	0	61
	%	2.1%	25%	5%	11.4%	0%	43.6%
11-15 años	Frecuencia	0	4	2	5	0	11
	%	0%	2.9%	1.4%	3.6%	0%	7.9%
16-20 años	Frecuencia	3	0	0	2	0	5
	%	2.1%	0%	0%	1.4%	0%	3.6%
Más de 20 años	Frecuencia	0	0	0	0	0	0
	%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total	Frecuencia	11	78	11	40	0	140
	%	7.9%	55.7%	7.9%	28.6%	0%	100%



Elaboró: Dra. Raquel Bonilla Guerrero (México 2010)

## **DISCUSIONES:**

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es una enfermedad inflamatoria, progresiva, con limitación del flujo aéreo, y una de las principales causas de muerte en México, es tratable y puede ser de larga y buena evolución cuando se llevan a cabo las medidas necesarias.

La autoestima es la evaluación del individuo hacia sí mismo, que tiende a manifestarse en una actitud de aprobación o rechazo, por lo que al relacionarla con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el uso de oxígeno se consideró encontrar alteraciones en la misma. En esta investigación se demostró esta alteración, ya que se encontró que existe en los pacientes encuestados un 55.7% de autoestima medio baja y 7.9% autoestima baja, esto influye en el paciente de manera importante ya que al tener una mala percepción de sí mismo no permite llevar a cabo su tratamiento de oxigenoterapia de forma continua como está indicado en las normas clínicas de salud.

Este predominio de autoestima de nivel medio bajo se encontró en una mayor proporción en los pacientes de edad avanzada (71 a 80 años), del sexo masculino, con escolaridad primaria, principalmente en casados y con un tiempo de evolución de la enfermedad muy corto (1 a 5 años de diagnóstico) con lo que podríamos determinar que los pacientes que presentan la EPOC y tienen un nivel medio bajo de autoestima tendrán un gran problema en cuanto a la aceptación del uso de oxígeno continuo en casa y en las calles, ya que se sienten señalados, rechazados y devaluados por sus mismos familiares y la gente que los rodea, lo que permite que la enfermedad progrese tórpidamente y se desarrollen complicaciones asociadas a la hipoxemia, esto, nos provocaría no sólo al paciente un problema mayor, ya que al manifestarse más alteraciones en diferentes órganos del cuerpo estos pacientes consumirán mayor cantidad de insumos en el instituto y por lo tanto mayor gasto económico y pérdidas para el mismo, cuando se podría prevenir con el simple uso del oxígeno continuo.

Se confirmó la importancia de este estudio ya que es necesario que los médicos familiares, entiendan esta problemática y se den cuenta el nivel de autoestima que presentan la mayoría de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, desarrollen técnicas para poder elevar la autoestima de los pacientes, como terapias breves y poder así dar manejo de oxígeno y detener la evolución de la enfermedad en corto tiempo hacia el desgaste de los demás órganos. Es importante realizar un nuevo estudio en donde se determine el número de horas de uso de oxígeno en los últimos 5 años y las complicaciones que ya presentan los pacientes.

Como último cabe mencionar que existen diversos cuestionarios que evalúan la autoestima a nivel nacional e internacional, el Test de Autoestima de Coopersmith se encuentra avalado para realizarse en la población mexicana y en adultos por lo que se decide su uso.

## **CONCLUSIONES:**

Se realizó la investigación de la evaluación de la autoestima en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica donde se observó que en un 55.7% se presentó un nivel de autoestima medio bajo, siguiéndole con 28.6% un nivel de autoestima medio alto, y 7.9% nivel medio y bajo, cabe señalar que no hubo un solo paciente con nivel alto de autoestima, no es posible hacer comparación con la literatura médica ya que no existen estudios relacionados al tema.

Además se encontró que predominó el sexo masculino con 54.3% mientras que el femenino fue de 45.7%, esto sí concuerda con los datos arrojados en diversos artículos donde mencionan que el predominio de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es del 11% en hombres versus 5.6% en mujeres.

Respecto al nivel de autoestima y la edad se encontró que los pacientes que se encuentran en un rango de 71 a 80 años presentan mayor autoestima media baja 21.4% siguiéndoles los del rango de 50 a 60 años, esto no es posible compararlo con la literatura médica ya que no hay artículos que relacionen un paciente con EPOC y con autoestima.

Así mismo se observó que el sexo masculino presenta mayor autoestima media baja en un 35% seguidos de ellos mismos con un 21.7% con autoestima baja.

En cuanto a la ocupación se encontró que no existe una diferencia franca en cuanto a la relación de autoestima y ocupación ya que tanto los empleados como los desempleados que presentan EPOC tienen una autoestima media baja en 27.9%.

Respecto al apartado de escolaridad y autoestima se encontró que en un 36.4% las personas con EPOC tienen la escolaridad básica (primaria) y estos, presentan una autoestima media baja.

En lo que se refiere al estado civil se observó que la gran proporción de los pacientes que tienen una autoestima media baja, son casados (37.10%).

Algo importante en el estudio fue que se encontró que a menor tiempo de evolución de la enfermedad a partir de su diagnóstico presentan un nivel de autoestima medio bajo encontrando que los que están en un rango de 1 a 5 años y de 5 a 10 años tienen 27.9% y 25% respectivamente de autoestima media baja.

Con los resultados obtenidos se pudo aceptar la hipótesis alterna y se descarta la hipótesis nula, concluyéndose que los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica usuarios de oxígeno que acuden a consulta al HGZ/UMF #8 tienen un nivel de autoestima medio bajo.

## **BIBLIOGRAFIA:**

1. Consenso de EPOC. Definición de EPOC. Neumología y cirugía de tórax 2007, Vol. 66, S2 (S10-S12).
2. Aaron S., Ramsay T., Vandemheen K., Whitmore G. A threshold regression model for recurrent exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Epidemiology* 2010, vol. 63, 1324-1331
3. Consenso de EPOC. Panorama epidemiológico e impacto económico actual. Neumología y cirugía de tórax 2007, Vol. 66, S2 (S13-S16).
4. Pernet Martín A., Carrillo Alduenda J. Tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Importancia de la cesación tabáquica. *El Residente*, Vol. III Número 1-2008: 22-27
5. Ingebrigtsen T., Thomsen S., Vestbo J., Van Der Sluis S., K., Silverman E., Svartengren M., Backer V. Genetic influences on chronic obstructive pulmonary disease e A twin study. *Respiratory Medicine* (2010) 104, 1890e1895.
6. Consenso de EPOC. Patogénesis. Neumología y cirugía de tórax 2007, Vol. 66, S2 (S17-S18).
7. Calverley P, Kuna P, Monsó E, Costantini M, Petruzzelli S, Sergio F, Varoli G, Beclomethasone/formoterol in the management of COPD: A randomised controlled trial. *Respiratory Medicine* 2010. Vol. 104, 1858-1868.
8. De Rienzo M. B. González Ch. A. M. Monjarás G. J. I. González-Jáuregui L. N. Méndez C. A. Lemus R. R. I. Azuara G. La importancia de la deficiencia de alfa-1 antitripsina en el desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras patologías pulmonares. *Neumología y Cirugía de Tórax* 2008, Vol. 67(1):16-23.
9. Consenso de EPOC. Diagnóstico y clasificación de la EPOC. Neumología y cirugía de tórax 2007, Vol. 66, S2 (S19-S24).
10. López Varela M. Instrumentos de calidad de vida en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Neumología y Cirugía de Tórax* 2006, Vol. 65, S1 (S11-S16).

11. Consenso de EPOC. Manejo del paciente con EPOC estable, Abordaje terapéutico. Neumología y cirugía de tórax 2007, Vol. 66, S2 (S25).
12. Guinart Zayas N. Tratamiento actual de la exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Rev Cubana Med Gen Integr 2006, 22 (2).
13. Consenso de EPOC. Intervenciones prioritarias. Neumología y cirugía de tórax 2007, Vol. 66, S2 (S26-S31).
14. Molina V. L. Autoestima y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. Tesis Licenciatura. Psicología. Departamento de Psicología, Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades, Universidad de las Américas Puebla. Julio. 2006.
15. Tafoya R. A. Factores asociados a la adaptación psicosocial de pacientes con enfermedad pulmonar crónica. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México enero-marzo 2008, vol. 21, núm. 1: 15-21
16. Lara Cantú M., Verduzco M., Acevedo M., Cortés J. Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Cooper Smith para adultos, en población mexicana. Revista Latinoamericana de Psicología vol. 5, núm 2, Colombia 1993, pág: 247-255



# **ANEXOS**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.  
ASPECTOS ETICOS:  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Evaluación del nivel de autoestima en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica usuarios de oxígeno que acuden a consulta al HGZ/UMF #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Evaluación del nivel de autoestima en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica usuarios de oxígeno que acuden a consulta al HGZ/UMF #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS"

Se me ha explicado enteramente los objetivos del estudio, en donde mi participación consistirá en responder una entrevista, de forma prudente a las preguntas que se me cuestionen, proporcionar información sobre mi estado de salud, así como permitir la revisión de mi expediente clínico.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no obtendré beneficios directos al contestar el cuestionario, pero entiendo que la información obtenida puede redundar en conclusiones que lleven a mejorar la atención de pacientes con una enfermedad similar a la mía. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

Firmo este consentimiento por mi libre voluntad en presencia de un testigo y sin haber estado sujeto(a) a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Nombre y firma del paciente

Dra. Raquel Bonilla Guerrero  
Mat. 99379005

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Test de Autoestima Coopersmith para Adultos:

Ítems	Me describe	No me describe
1. Generalmente los problemas me afectan muy poco		
2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público		
3. Si pudiera cambiaria muchas cosas de mi		
4. Puedo tomar una decisión fácilmente		
5. Soy una persona simpática		
6. En mi casa me enoja fácilmente.		
7. Me cuesta trabajo empezar algo nuevo		
8. Soy popular entre las personas de mi edad		
9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos		
10.Me doy por vencido (a) muy fácilmente		
11.Mi familia espera demasiado de mi		
12.Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy		
13.Mi vida es muy complicada		
14.Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.		
15.Tengo mala opinión de mi mismo (a)		
16.Muchas veces me gustaría irme a mi casa		
17.Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo		
18.Soy menos guapo (o bonita) que la mayoría de la gente		
19.Si tengo algo que decir generalmente lo digo		
20.Mi familia me comprende		
21.Los demás son mejor aceptados que yo		
22.Siento que mi familia me presiona		
23.Con frecuencia me desanimo en lo que hago		
24.Muchas veces me gustaría ser otra persona		
25.Se puede confiar muy poco en mi		