



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA
EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS**

TESIS

PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

AUTOR

EDGAR OSWALDO RUIZ CHAVEZ
MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO

DIRECTOR (A)

DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

DR. MAURICIO ATIENZO REYES
MEDICO CON MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA

ASESOR ESTADÍSTICO

CARLOS GÓMEZ ALONSO
MATEMATICO ANALISTA

MORELIA, MICHOACÁN. MÉXICO. FEBRERO 2017

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80**



Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dr. Cleto Álvarez Aguilar
Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano
Coordinadora Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dr. Sergio Martínez Jiménez
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 80

Dr. Gerardo Muñoz Cortés
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dra. Paula Chacón Valladares
Profesora Titular de la Residencia de Medicina Familiar

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



Dr. Daniel Feliciano Zalapa Martínez
Jefe de la división de Posgrado
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez".

Dr. Alain Raimundo Rodríguez Orozco
Coordinador de la Especialidad de Medicina Familiar
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez".

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que estuvieron en el proceso de mi especialidad, a mis padres Miguel Jaime Ruiz Zúñiga y Margarita Chávez Martínez por darme la vida y el esfuerzo que tuvieron para lograr culminar la carrera de medicina, a mis suegros Moisés Arturo Cerón Salazar y María Felicitas Alvarado Valenzuela y abuela Nicolasa Valenzuela por su apoyo incondicional, a mis hermanos Susana Margarita y Jaime Manrique Ruiz Chávez y a mis cuñados Juan Carlos Gallegos García, Alma y Juan Pablo Cerón Alvarado por sus palabras de aliento día a día, sin dejar de olvidarme de la Familia Cerón Reyes por todas esas palabras de apoyo en los momentos que más los necesitaba.

Gracias le doy a Dios y a la vida por haberme permitido iniciar y terminar un ciclo de gran relevancia en mi vida.

Agradezco la sugerencia del tema y el interés mostrado ya que de ello dependió la calidad de este trabajo a mi directora de tesis Dra. Paula Chacón Valladares y asesor Mauricio Atienzo Reyes.

Hago mi más extensa admiración y reconocimiento al Matemático-analista Carlos Gómez Alonso por su paciencia, tiempo y conocimientos invertidos, a pesar de sus tiempos limitados siempre otorgándolos para culminar este trabajo.

Agradezco al Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Michoacán por haber sido mi sede y mi casa durante 3 años en este periodo de formación para culminar mi especialidad en medicina familiar.

A todos ellos, muchas gracias.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi amada esposa Adriana Cerón Alvarado, con tu ayuda ha sido fundamental, has estado conmigo incluso en momentos más turbulentos. Este proyecto no fue fácil, pero estuviste motivándome y ayudándome hasta donde tus alcances lo permitían. Balanceaste siempre todo mi mundo, trabajando duro día a día a pesar de las limitantes y la distancia, haciéndome mejor el día en momentos de desesperanza.

A mis hijas Naomi, Margarita y Esmeralda Ruiz Cerón por el gran sacrificio que hicieron al tenernos que alejar por tanto tiempo; a una personita especial llamada Adylene por qué esté donde esté siempre estará en mi corazón y mi alma.

A todas ellas las cuales fueron el motivo principal para alcanzar la meta, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de estos años.

ÍNDICE

Resumen	1
Abstract	2
Abreviaturas	3
Glosario	4
Relación de figuras y tablas	5
Introducción	6
Antecedentes	7
Planteamiento del Problema	30
Justificación	32
Objetivos	33
General	33
Específico	33
Hipótesis	33
Material y Métodos	34
Diseño de estudio	34
Población de estudio	34
Estimación de la muestra	34
Criterios de selección	34
Variables	35
Operacionalización de Variables	35
Descripción Operativa	47
Análisis estadísticos	49
Consideraciones éticas	50
Factibilidad	50
Resultados	51
Discusión	58
Conclusiones	61

Perspectivas	62
Recomendaciones	63
Referencias Bibliográficas	64
Anexos	68
Anexo 1: Hoja de aprobación Sirelsis	68
Anexo 2: Consentimiento Informado	69
Anexo 3: Historia Clínica	71
Anexo 4: Hoja de recolección de datos	73
Anexo 5: Test de Funcionalidad Familiar (FF-SIL)	74
Anexo 6: Test Escala de Hamilton (Depresión)	75
Anexo 7: Test de salud SF-36 (Calidad de Vida)	79
Anexo 8: Cronograma de Actividades	87

RESUMEN

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS.

*Ruiz-Chávez EO. Chacón-Valladares P.UMF No.80 Atienzo-Reyes M. Delegación
Michoacán Gómez-Alonso C. CIBIMI-IMSS*

Introducción: La Tuberculosis (Tb) es un tema prioritario en salud, la funcionalidad y calidad de vida son dos conceptos estrechamente ligados a la salud, los trastornos del estado de ánimo inciden de forma especial en la funcionalidad y calidad de vida con deterioro social y laboral. **Objetivo:** Determinar relación entre funcionalidad familiar, depresión y la calidad de vida en pacientes con Tb. **Material y Método:** Estudio de casos, prospectivo, longitudinal, observacional. Se aplicó test FF-SIL (funcionalidad familiar), Hamilton (depresión) y SF-36 (calidad de vida), mayores de 18 años, ambos sexos al inicio y al término del tratamiento con Tb adscritos a UMF No. 80. El análisis estadístico descriptiva, se efectuó T de Student y Chi cuadrada en asociaciones **Resultados:** Se incluyeron 4 hombres y 2 mujeres. Al inicio del tratamiento la funcionalidad familiar se encontró al 67% con buena funcionalidad, el 83.3% no presentó depresión con una calidad de vida óptima. Contrastando con los resultados obtenidos al finalizar el esquema de tratamiento, la funcionalidad familiar fue moderadamente disfuncional en el 50% de los participantes asociado a depresión severa y muy severa en el 66%; la calidad de vida fue óptima en el 74%. **Conclusiones:** Existe relación entre la alteración de la funcionalidad familiar, cuadros depresivos, sin presentar la alteración en la calidad de vida.

Palabras clave: *Tuberculosis, Funcionalidad familiar, Depresión, Calidad de vida*

ABSTRACT

FAMILY OPERATION, DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS.

Ruiz-Chávez EO. Chacón-Valladares P. Family Medical Unit No. 80 Atienzo-Reyes M.

Delegation Michoacán Gómez-Alonso C. CIBIMI-IMSS

Background: Tuberculosis (TB) is a priority issue in health, functionality and quality of life are two concepts closely linked to health, mood disorder affect special way in functionality and quality of life with social decline and labor. **Objective:** To determine relationship between family functioning, depression and quality of life in patients with Tb. **Methods:** Case studies, prospective, longitudinal, observational study test FF-SIL (family functioning), Hamilton (depression) and SF-36 (quality of life), over 18 years, both sexes at the beginning and end of treatment with Tb attached to FMU No. 80. The analysis was applied descriptive statistics, was performed Student t test and Chi square in associations **Results:** 4 men and 2 women were included. At the start of treatment, the family functionality found 67% with good functionality, 83.3% had no depression with an optimal quality of life. Contrasting with the results at the end of the treatment regimen, the functionality was moderately dysfunctional family in 50% of participants associated with severe and very severe depression in 66%; Quality of life was optimal in 74%. **Conclusions:** The relationship between impaired family functioning, depressive, without making the change in quality of life.

Key Word: *Tuberculosis, Family functioning, Depression, Quality of life*

ABREVIATURAS

AST	Alanino Aspartato transferasa
ALT	Alanino Transaminasa
BAAR	Bacilo Acido Alcohol Resistente
BH	Biometría Hemática
BI	Bilirrubina Indirecta
BD	Bilirrubina Directa
BT	Bilirrubina Total
CV	Calidad de vida
DEP	Depresión
EGO	Examen General de Orina
FF	Funcionalidad Familiar
GC	Glucosa
GGT	Gama glutamiltransferasa
HDL	Colesterol de alta densidad
LDL	Colesterol de baja densidad
IMC	Índice de Masa Corporal
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
QS	Química Sanguínea
PCR	Reacción de cadena de polimerasa
PFH	Prueba de funcionamiento hepático
PPD	Derivado proteico purificado
PX	Pacientes
TB	Tuberculosis
UMF	Unidad Medico Familiar

GLOSARIO

Baciloscopía Prueba seriada de tres días consecutivos, donde se toma una muestra de esputo (catarro), para ver qué bacteria se encuentra presente, se utiliza para dictar el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis. Además de que es una técnica que permite identificar al 70-80% de los casos pulmonares positivos.

Calidad de Vida “Salud y Bienestar” preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud.

Depresión Trastorno afectivo que se expresa dolor que se manifiesta por síntomas psíquicos y somáticos.

Funcionalidad Familiar Capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

PPD La **prueba cutánea de la tuberculina o método de Mantoux** (TST, por sus siglas en inglés) es un método estándar para determinar si una persona está infectada por el microbio *Mycobacterium tuberculosis*.

Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés) **diagnóstico molecular**, oportuno y eficiente de enfermedades infecciosas, detectando el material genético del agente patógeno. Puede detectar cantidades muy pequeñas del patógeno directamente de los especímenes clínicos, por lo que su aplicación para la detección de microorganismos de lento crecimiento como las micobacterias tiene el potencial de ofrecer un diagnóstico rápido y certero de la tuberculosis.

Tuberculosis Infección antiguamente llamada **tisis** (del griego *φθίσις*, a través del latín *phthisis*) causada por bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*.

Tuberculosis Pulmonar Infección bacteriana contagiosa que comprende principalmente los pulmones, pudiéndose propagar a otros órganos

Tuberculosis extra pulmonar Infección de *Micobacterium Tuberculosis* de cualquier órgano o tejido que no sea los pulmones.

RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS

- 1.- TABLA No. I. Características de la muestra de pacientes en pacientes con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. 51
- 2.- TABLA No. II. Características de la muestra de pacientes APP, IMC, Diagnostico en pacientes con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. 52
- 3.- TABLA No. III. Características de la muestra según tipo de familia en pacientes con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. 53
- 3.- TABLA No. IV. Calidad de vida al inicio y al final del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Cuestionario de calidad de vida SF-36. 54
- 4.- TABLA No. V. Trastorno depresivo inicio y final en pacientes con diagnostico de tuberculosis. Test Hamilton. 55
- 5.- TABLA No. VI. Dinámica Familiar inicio y final en pacientes con tuberculosis. Test FF-SIL 56
- 6.- TABLA No. VII. Exámenes laboratoriales inicio y final en pacientes con diagnóstico de TB. 57

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, causada por un grupo de bacterias del orden Actinomicetales de la familia *Mycobacteriaceae*; el complejo *M. tuberculosis* se compone por: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti*, *M. canettii*, *M. caprae* y *M. pinnipedii* y se adquiere por vía aérea, es una enfermedad sistémica que afecta mayoritariamente al sistema respiratorio además ataca al estado general y de no tratarse oportuna y eficientemente, puede causar la muerte. En México, la presencia y persistencia de la tuberculosis sigue siendo un problema importante de salud pública, pues cada año se registran miles de casos de contagio, así como miles de fallecimientos, los cuales, según los datos oficiales proporcionados por la Secretaría de Salud, la tuberculosis puede atacar a cualquier persona, en cualquier edad, aunque se presenta en mayor proporción entre las personas en edad productiva (de 14 a 65 años). En nuestro país la tuberculosis tiene importantes asociaciones con la diabetes mellitus, la desnutrición y las adicciones, fundamentalmente el alcohol. De acuerdo con el documento *Panorama epidemiológico de la tuberculosis en México, 2000-2010*, el número anual de casos identificados creció en ese periodo en alrededor del 15%, pasando de 16,995 casos nuevos en el año 2000 a un total de 20,088 casos en el año 2010. Funcionalidad familiar es considerada como la capacidad de enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, la calidad de vida quiere decir salud y bienestar, preocupación por la experimenta el sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud; la depresión se refiere al hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz abatido o derrumbado, uno de cada cuatro personas acude a la consulta por este trastorno produciendo a su elevadas cifras de discapacidades e impacto en la calidad de vida.

ANTECEDENTES

Tuberculosis

El 24 de marzo de 1882, el Dr. Robert Koch anunció el descubrimiento de *Mycobacterium tuberculosis*, la bacteria causante de la tuberculosis (TB, por sus siglas en inglés). Actualmente siendo la segunda causa principal de muerte en los adultos en el mundo con más de dos millones de muertes relacionadas con la enfermedad anualmente.

La tuberculosis es considerada como enfermedad infecciosa, causada por grupos de bacterias del tipo Actinomicetales de la familia *Mycobacteriaceae*; el complejo se compone por: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti*, *M. canettii*, *M. caprae* y *M. pinnipedii*, siendo adquirida principalmente este tipo de bacteria por vía aérea. Es considerada como enfermedad sistémica afectando mayormente al sistema respiratorio, al igual ataca al estado general y si no es tratada oportunamente de manera eficientemente, puede llegar a causar la muerte.¹

La Organización Mundial de la Salud, informa anualmente se estima una incidencia cercana a 9 millones de casos nuevos y 1.7 millones de defunciones por tuberculosis. En México en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2013 se registraron casos de tuberculosis extra pulmonar a nivel nacional 1,086 casos, en la delegación 17 correspondiente al estado de Michoacán de Ocampo se registraron 19 casos, así como en la Unidad Médico Familiar # 80 no se registraron ningún caso. Actualmente datos proporcionados por el departamento de epidemiología hasta junio 2014 encontramos 444 casos a nivel nacional, 4 caos a nivel de estado y 3 casos en la Unidad Médico Familiar #80.

Es sabido que factores como: la desnutrición, el alcoholismo, las adicciones, las afecciones de la respuesta inmunológica e, incluso, las condiciones deficientes de vivienda, influyen en el desarrollo de la enfermedad tuberculosa.

Lo anterior se relaciona con las enfermedades más frecuentemente asociadas con la tuberculosis en México, que en orden de frecuencia son: diabetes (20%), desnutrición (13%), VIH/SIDA (10%) y alcoholismo (6%).¹

Transmisión

El reservorio es el hombre enfermo, al momento de localizarse en el pulmón, los individuos podrán diseminar el bacilo al toser, hablar o expectorar eliminarán pequeñas gotas de saliva (gotas de Flugge) que contienen bacilos, que podrán ser aspirados por individuos susceptibles.²

Los factores que determinen el tipo de contagio será la localización de la tuberculosis (pulmonar o extra pulmonar), características de la enfermedad (mayor o menor cantidad de bacilos en el esputo), la duración y frecuencia del contacto entre la persona sana y la enferma, las características del ambiente en que ocurre (inadecuada ventilación) y las condiciones del individuo expuesto (nutrición, enfermedades concomitantes): el 50% de los contactos cercanos al paciente con tuberculosis pulmonar con baciloscopías positivas (pacientes bacilíferos) pudieran infectarse, mientras que solo el 6% de estos se infectaran de los enfermos con baciloscopías negativas.

En gran parte de los pacientes que están expuestos a pacientes con diagnóstico de tuberculosis pueden llegar a infectarse con el bacilo tuberculoso, sin embargo estos podrán controlar la enfermedad en base a su sistema inmunitario y no desarrollaran la enfermedad. Entre los que presenten la infección activa, solo el 80% manifestará la enfermedad durante los dos primeros años posteriores al primer contacto con el bacilo (primo infección).

Período de transmisibilidad

El paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar permanece infectante mientras no se inicie el tratamiento específico.

Al momento de iniciar el tratamiento el paciente disminuirá paulatinamente la tos y la cantidad de bacilos en su expectoración (esputo), disminuyendo con esto la posibilidad de contagio; al término de la segunda semana de tratamiento, la cantidad de bacilos baja al 1% del conteo original.

Manifestaciones Clínicas

La tuberculosis suele dividirse en pulmonar y extra pulmonar. Sin embargo antes del descubrimiento del VIH, más de 80% de todos los casos de tuberculosis se localizaban en los pulmones y hasta dos tercios de los pacientes infectados por el VIH y que enferman de

tuberculosis podían padecer una enfermedad tuberculosa pulmonar y extra pulmonar, o sólo extra pulmonar.

Tuberculosis pulmonar puede ser primaria o pos primaria (secundaria), en la tuberculosis pulmonar primaria es la que aparece consecutivamente a la infección inicial por el bacilo tuberculoso. En las regiones con gran prevalencia de la tuberculosis, esta forma suele afectar a los niños y a menudo se localiza en los tercios medios e inferiores pulmonar. Después de la infección suele aparecer una lesión periférica que conlleva adenopatías hiliares o para traqueales que pueden pasar inadvertidas en la radiografía de tórax. En la mayor parte de los casos, la lesión cura espontáneamente y más tarde puede descubrirse por un pequeño nódulo calcificado (*lesión de Ghon*).

En los niños y en las personas inmunodeprimidas, como en los casos de desnutrición o de infección por el VIH, la tuberculosis pulmonar primaria puede agravarse rápidamente y producir manifestaciones clínicas. La lesión inicial se agranda y puede evolucionar de distintas maneras.

Una manifestación frecuente de este tipo es el *derrame pleural*, que se debe a la penetración en el espacio pleural de los bacilos procedentes de un foco subpleural adyacente. En los casos graves, la lesión primaria aumenta pronto de tamaño, se necrosa en su parte central, y forma pronto una cavidad (tuberculosis primaria progresiva). En niños pequeños, la tuberculosis casi siempre conlleva adenopatías hiliares o mediastínicas que aparecen tras la propagación de los bacilos desde el parénquima pulmonar a los vasos linfáticos. Los ganglios afectados y agrandados pueden comprimir los bronquios, obstruyéndolos y produciendo seguidamente un colapso segmentario o lobular. Si la obstrucción es parcial puede aparecer un enfisema obstructivo posiblemente seguido de la formación de bronquiectasias. La diseminación hematógena, pudiendo ser un acontecimiento frecuente y muchas veces asintomático, puede ser la manifestación más grave de la infección primaria por *M. tuberculosis*. Los bacilos pasan desde la lesión pulmonar o los ganglios linfáticos al torrente sanguíneo y con ello se diseminan por varios órganos, donde producen lesiones granulomatosas. Aunque la curación es frecuente, las personas inmunodeprimidas (p. ej., las infectadas por el VIH), a veces sufren una tuberculosis miliar, una meningitis tuberculosa, o ambos.

Tuberculosis secundaria, también llamada reactivación, o de tipo adulto, la forma pos primaria; esto se debe a la reactivación endógena de una infección tuberculosa latente, y suele localizarse en los segmentos apicales y posteriores de los lóbulos superiores, donde la gran concentración de oxígeno favorece el crecimiento de las micobacterias. Además suelen afectarse los segmentos superiores de los lóbulos inferiores. El grado de afección parenquimatosa varía mucho, desde pequeños infiltrados hasta un proceso cavitario extenso. Al formarse las cavernas, su contenido necrótico y licuado acaba pasando a las vías respiratorias, dando lugar a lesiones parenquimatosas satélites que también pueden acabar cavitándose. Cuando, debido a la confluencia de varias lesiones, se afecta masivamente un segmento o lóbulo pulmonar, el resultado es una neumonía tuberculosa. Si bien se señala que hasta 33% de los pacientes con tuberculosis pulmonar grave fallece pocas semanas o meses después del comienzo, otros experimentan un proceso de remisión espontánea o siguen una evolución crónica cada vez más debilitante ("consunción").

En esas circunstancias, algunas lesiones pulmonares se vuelven fibrosas y más tarde pueden calcificarse, pero las cavidades persisten en otras zonas de los pulmones. Los individuos que padecen estas formas crónicas siguen expulsando bacilos tuberculosos al exterior.

En la tuberculosis pulmonar muchos pacientes no tienen cambios detectables en la exploración del tórax; en otros se detectan estertores inspiratorios en las zonas afectadas, especialmente después de toser. En ocasiones pueden oírse roncus originados por la obstrucción parcial de los bronquios, y el clásico soplo anfórico en las zonas con cavernas grandes. La fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, anorexia, malestar general y debilidad son datos patognomónicos de la enfermedad.³ Por lo regular el síntoma inicial es la tos (que al principio puede ser seca y después se acompaña de expectoración purulenta). Con frecuencia se advierten estrías de sangre en el esputo. Puede aparecer hemoptisis masiva ocasionada por la erosión de un vaso por completo permeable situado en la pared de una caverna, consecutivamente puede aparecer la rotura de un vaso dilatado en una caverna (*aneurisma de Rasmussen*) o a la formación de un aspergiloma en una caverna antigua. En los pacientes con lesiones parenquimatosas subpleurales a veces existe dolor precordial de tipo pleurítico, pero también puede deberse a la sobrecarga muscular causada por la tos persistente. Las formas extensas de la enfermedad pueden producir disnea y, en ocasiones,

síndrome de insuficiencia respiratoria aguda del adulto (*adult respiratory distress syndrome*, ARDS).

En algún caso aparecen palidez y acropaquias. Los datos hematológicos más frecuentes son anemia ligera y leucocitosis. También se ha descrito hiponatremia debida al síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (*syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone*, SIADH). Los pacientes que responde al tratamiento son manifestados con la desaparición de la fiebre, disminución de la tos, aumento de peso y mejoría y bienestar general en varias semanas, suelen ser inespecíficas e insidiosas.

La tuberculosis extra pulmonar se incluye localizaciones únicas o múltiples de la enfermedad que no incluyen el pulmón. Cuando ocurren en diferentes localizaciones pulmonar y extra pulmonar se le denomina tuberculosis diseminada, frecuentemente relacionada en pacientes inmunodeprimidos como VIH/SIDA con bajos recuentos de linfocitos TCD4+; este tipo representa una porción considerablemente menor desde el punto cuantitativo y también de importancia epidemiológica dado que suelen ser formas paucibasilares de poca infecciosidad

Sin embargo este tipo de tuberculosis representa una gran dificultad diagnostica siendo de manera clínica y bacteriológica únicamente, con la clásica disposición histopatológica de la TB: necrosis caseosa central, corona linfocitaria, células gigantes de Langhans, si el patólogo observa bacilos ácido alcohol resistentes al teñir con Ziehl-Neelsen el preparado, la probabilidad diagnostica es alta, sin embargo sin la presencia de la identificación el *Micobacterium tuberculosis* tanto por métodos bacteriológicos o por biología molecular es más difícil sustentar el diagnóstico de TB; influyendo a su vez cuando surgen complicaciones en la enfermedad o en su tratamiento, como las reacciones adversas a los fármacos específicos, demorando con esto el inicio del tratamiento y por consecuente mayor agresividad de la enfermedad. La Tb pleural es la más común, en formas graves de menor presentación podemos encontrar ósteoarticular, renal, y especialmente la meningoencefalitis; estas formas se caracterizan por su capacidad destructiva tisular y con mayor número de secuelas, existiendo además múltiples localizaciones como cutánea, otorrinolaringológica, oftálmica, ganglionar, pleural, digestiva.³

Diagnostico

Clínico

Tuberculosis pulmonar

El cuadro clínico en el diagnóstico pueden llegar a ser ambiguos, sin embargo se requiere una búsqueda intencionada ante una tos persistente mayor o igual a dos semanas, productiva, acompañada en ocasiones de hemoptisis, con síntomas adicionales como fiebre vespertina o nocturna, sudoración nocturna, pérdida de peso, astenia, adinamia. En personas con tos sin etiología con ataque al estado general y en pacientes con neumonías adquiridas en la comunidad que no mejoran después de 7 días de tratamiento.

Tuberculosis extra pulmonar

	Locales	Sistémicos
Tuberculosis pleural	<ul style="list-style-type: none">- Dolor pleurítico- Derrame pleural unilateral, exudativo, linfocitario.	<ul style="list-style-type: none">- Febrícula- Disnea
Tuberculosis ganglionar (linfática)	<ul style="list-style-type: none">- Adenopatías preferentemente cervicales y supraclaviculares.- Inflamación, dolor, ulceración y supuración del nódulo	<ul style="list-style-type: none">- Síndrome constitucional en personas con infección por el VIH- Poco frecuente en no infectados por el VIH
Tuberculosis ósteoarticular	<ul style="list-style-type: none">- Osteomielitis, artritis.- Dolor y abscesos en tejidos próximos- Espondilitis y espondilodiscitis- Compresión radicular y paraplejia- Desviación de la columna y deformidades ósteoarticulares	<ul style="list-style-type: none">- Síndrome constitucional poco frecuente
Tuberculosis del sistema nervioso central	<ul style="list-style-type: none">- Cefalea, signos menígeos- Afectación de pares craneales- Hidrocefalia- Trombosis de vasos cerebrales e ictus	<ul style="list-style-type: none">- Fiebre- Anorexia, vómitos, malestar, cambio de carácter

(meningitis, tuberculomas)	- Hemiparesia, monoparesia - Extrapiramidalismo	- Confusión, estupor, coma - Crisis convulsivas
Tuberculosis pericárdica	- Pericarditis exudativa o constrictiva - Taponamiento pericárdico	- Síndrome constitucional - Hipotensión - Disnea
	- Piuria, hematuria, disuria, polaquiuria, con cultivos convencionales negativos	
Tuberculosis genitourinaria	- Dolor cólico - Nefritis intersticial - Epididimitis, hidrocele, prostatitis - Metrorragia, amenorrea - Masa abdominal, ascitis	- Poco frecuentes
Tuberculosis gastrointestinal	- Úlceras y sangrado digestivo, generalmente de tracto digestivo bajo - Oclusión intestinal	- Fiebre, pérdida de peso, diarrea
Tuberculosis diseminada/miliar	- Predominan los síntomas sistémicos. Puede haber meningitis acompañante, sobre todo en niños, con su cortejo clínico	- Malestar, fiebre, anorexia, pérdida de peso, sudoración nocturna, debilidad - Raramente, shock y distrés respiratorio agudo
Tuberculosis cutánea	- Nódulos recurrentes con signos inflamatorios	

Exámenes de Laboratorios

Tuberculosis Pulmonar

La prueba de la tuberculina (PPD) se considera positiva con mayor o igual a 5 mm, de acuerdo a las siguientes características:

- ◆ Contacto estrecho con caso de Tb activo
- ◆ Co-infección con VIH independientemente de su estado
- ◆ Otras condiciones de su inmunodepresión
- ◆ Uso de corticoides sistémicos (prednisona 15 mg por un mes o más)
- ◆ Historia de trasplante de órganos o de terapia inmunosupresora
- ◆ Radiografía o hallazgos clínicos de Tb activa

El examen microscópico del esputo es un estudio altamente específico para el diagnóstico de TBP, por tres razones:

- ◆ Método más rápido para determinar si una persona tiene TBP.
- ◆ Identifica a los pacientes con mayor riesgo de morir por esta enfermedad.
- ◆ Identifica a los pacientes con mayor riesgo de transmitir la enfermedad.

La muestra se tomara como positivo con las siguientes especificaciones:

- ◆ Estudio microscópico para buscar bacilos ácido-alcohol resistente, (BAAR) menor o igual a 24 horas.
- ◆ Detección de crecimiento de micobacterias en cultivos menor o igual a 14 días.
- ◆ Identificación de micobacterias: menor a 21 días.
- ◆ Pruebas de sensibilidad a micobacterias menor o igual a 30 días.

El estudio microscópico del esputo para la búsqueda del bacilo, ácido-alcohol resistente, demuestra alta sensibilidad (51.8%), especificidad (97.5%), con valor predictivo positivo 73.3% y negativo de 93% comparado con el cultivo, requiriendo tres muestras para realizar dicho estudio.

El cultivo del estudio para micobacterias en pacientes con VIH requiere mayor tiempo de incubación que en pacientes sin VIH, por lo que se requiere mayor énfasis en un control de calidad adecuado con estos casos.

La técnica PCR tiene mayor rapidez y ventaja obteniéndose aproximadamente en 10 horas. M. Tuberculosis pueden identificarse aun en muestras con cultivos negativos, siendo altamente sensible para detectar micobacterias en esputo. ⁵

Tuberculosis extra pulmonar

Órgano/sistema	Prueba de imagen	Biopsia	Cultivo	Otras
Pleural	Radiografía simple	De la pleura	Líquido pleural	ADA
Ganglionar/linfática	Radiografía simple y escáner	Del ganglio	Aspirado de ganglio	
Ósea/articular	Radiografía simple y escáner Resonancia magnética	Del lugar afectado	Del absceso paravertebral Líquido articular	
Sistema nervioso	Escáner cerebral Resonancia magnética	Del tuberculoma	Del líquido cefalorraquídeo	ADA
Pericárdica	Ecocardiograma	Del pericardio	Líquido pericárdico	ADA
Genitourinaria	Urografía Ecografía	Del lugar afectado	Urocultivó Material endometrial	
Gastrointestinal	Ecografía Escáner abdominal	Del intestino	Líquido ascítico	
Cutánea		Del lugar afectado	Del lugar afectado	
Diseminada	Escáner torácico de alta resolución Ecografía abdominal	De pulmón De hígado De aspirado medular	Muestras respiratorias Hemocultivo Urocultivó De aspirado medular	

Peritoneal	Escáner abdominal	Del peritoneo	Ascitis o de la biopsia	ADA
------------	-------------------	---------------	----------------------------	-----

4

Tratamiento

Isoniazida (Comprimidos de 100 mg):

- ◆ Dosis: Niños 10-15 mg/kg, Adultos 5-10 mg/kg
- ◆ Dosis intermitentes: Niños 15-20 mg/kg, Adultos 600-800 mg/kg
- ◆ Dosis Máxima: 300 mg/día
- ◆ Efectos adversos: Neuropatía Periférica, Hepatitis
- ◆ Interacciones: Antiácidos (disminuyen la absorción), Carbamazepina (aumenta el riesgo de toxicidad hepática), Corticoesteroides (disminuyen la eficacia de la isoniazida), Disulfiram (presenta síntomas neurológicos)
- ◆ Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia renal o hepática,
- ◆ Precaución: alcoholismo crónico.

Rifampicina (Capsula 30 mg):

- ◆ Dosis: Niños 15 mg/kg, Adultos 10 mg/kg
- ◆ Dosis intermitentes: Niños 15-20 mg/kg, Adultos 600 mg/kg
- ◆ Dosis máxima: 600 mg/día

Efectos Adversos: Hepatitis, hipersensibilidad, interacciones medicamentosas.

- ◆ Interacciones: Afecta actividad de (anticonvulsivos, anti arrítmicos, antipsicóticos, anticoagulantes orales u otros, fluconazol, retrovirales, barbitúricos, bloqueadores beta adrenérgicos, corticoides, ciclosporina, glucósidos cardiacos, clofibrate, anticonceptivos hormonales sistémicos, dapsona, benzodiacepinicos.
- ◆ Contraindicaciones: Hipersensibilidad
- ◆ Jarabe (100 mg/5 ml): dosis niño 15 mg/kg, adulto 10 mg/kg

Pirazinamida (Comprimido 500 mg):

- ◆ Dosis: Niños 25-30 mg/kg, Adultos 20-30 mg/kg
- ◆ Dosis intermitentes: Niño 50 mg/kg, Adultos 2.5 g/kg
- ◆ Dosis Máxima: 1.5- 2 g/día
- ◆ Efectos adversos: Gota, Hepatitis

- ◆ Interacciones: Inducción de la enzima p-450 en pacientes con gota

- ◆ Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco.

Etambutol (Comprimido 400 mg):

- ◆ Dosis: Niños 20-30 mg/kg, Adultos 15-25 mg/kg

- ◆ Dosis intermitentes: Niño 50 mg/kg, Adultos 2.4 g/kg

- ◆ Dosis Máxima: 1.2 g/día

- ◆ Efectos adversos: Alteraciones de la visión.

- ◆ Interacciones: Tomar con otros antituberculosos para potenciar la acción

- ◆ Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, neuritis óptica, y en menores de 12 años

- ◆ Precaución insuficiencia renal.

Estreptomina (Fco. Amp. 1 gr):

- ◆ Dosis: Niños 20-30 mg/kg, Adultos 15 mg/kg

- ◆ Dosis intermitentes: Niño 18 mg/kg, Adultos 1 g/kg

- ◆ Dosis Máxima: 1 g/día

- ◆ Efectos adversos: Vértigo, hipoacusia, dermatosis

- ◆ Interacciones: Anestésicos generales y bloqueadores neuromusculares potencializa el bloqueo neuromuscular, Cefalosporina aumenta nefrotoxicidad, diuréticos de asa aumenta la ototoxicidad, dimenhidrinato enmascara síntomas ototoxicos.

- ◆ Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco.

- ◆ Precauciones: insuficiencia renal.⁵

El manejo deberá ser supervisado verificando la ingesta de los medicamentos por el personal a cargo del área correspondiente, los esquemas se encuentran establecidos en base a dos fases:

- ◆ Fase intensiva: Rifampicina, isoniazida, etambutol piracinamida diario por 10 semanas hasta completar 60 dosis

- ◆ Fase de sostén 3 veces por semana (lunes, miércoles, viernes) por 15 semanas hasta completar 45 dosis

Es indispensable seguimiento clínico y radiológico, por parte del médico familiar en conjunto con el departamento de epidemiología monitorizándolo mediante estudios

microscópicos del esputo al menos dos muestras en la fase inicial, a los 5 meses, y al término del tratamiento; en caso de presentar BAAR positivo al quinto mes debe de ser considerado como falla terapéutica por lo cual se deberá revalorar el tratamiento antifímico. Gamma glutamil transpeptidasa (GGT) se produce en varios tejidos corporales, principalmente en el hígado y la vesícula. El hígado almacena energía proveniente de los alimentos, produce proteínas, ayuda a eliminar toxinas y produce la bilis, un líquido presente en el proceso digestivo que ayuda al organismo a absorber grasas. La vesícula almacena bilis hasta que el cuerpo la necesita. La medición de los niveles de GGT ayuda a evaluar las enfermedades hepáticas, de vesícula y de los conductos biliares. También puede utilizarse para determinar si existen daños en el hígado causados por la ingestión de algunas sustancias tóxicas o el abuso de alcohol.

En pacientes que pueden llegar a presentar fracaso terapéutico, encontramos persistencia de zonas alveolares destruidas con bronquiectasias, hemoptisis masiva estenosis bronquial irreversible, y fistula broncopleural es indicación de tratamiento quirúrgico, con esto se deberá extender el tratamiento y agregar. ⁶

Funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar es considerada como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. ⁷ Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo a un ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo. El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. En 1978 la Organización Mundial de la Salud reunió un comité de expertos para definir la salud familiar y proponer indicadores de análisis del estado de la salud de la familia y de grupos de familia en el mundo, en función del tiempo y el lugar, así como familias más expuestas a las afecciones. En 1996 en una investigación de diagnóstico comunitario de la salud familiar en un territorio de Ciudad de la Habana, se definió la salud de la familia, en términos de su funcionamiento efectivo, como la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida. González Benítez considera que la salud de la familia va a depender de la interacción

entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa de ciclo vital, afrontamiento a las crisis) y factores sociológicos modo de vida de la comunidad, de la sociedad. En aquella oportunidad se realizó la primera comprobación de los procedimientos de confiabilidad y validez. El funcionamiento familiar constituye la síntesis de las relaciones familiares como un todo interactivo, grupal y sistémico en determinado contexto histórico social en el cual vive la familia y condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes.

La evaluación del funcionamiento familiar es un paso importante porque contar con un instrumento que posibilite de manera práctica y consistente el conocimiento de los índices de función o disfunción familiar, es una plataforma que a su vez permite la intervención preventiva y correctiva. Con este propósito se desarrolló el test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) por Ortega, de la Cuesta y Días. Esta prueba se diseñó en 1994, con la idea que fuera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de la Atención Primaria.

El test FF-SIL que fue diseñado y valorado en Cuba, por Ortega, de la Cuesta y Días (1999). La prueba de confiabilidad del instrumento fue a través del Alfa de Cronbach, que arrojó una confiabilidad de 0.75, en todos los casos.

Este cuestionario mide el funcionamiento familiar como dinámica de las relaciones entre los miembros de la familia, mismo que se produce en forma sistémica y es relativamente estable, y condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes. Las categorías a evaluar son: ***cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad***.⁸

Consiste en 14 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta (1 = casi nunca, 2 = pocas veces, 3 = a veces, 4 = muchas veces y 5 casi siempre).

Evalúa las siguientes áreas: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad (López-Nicolás, 2007). La confiabilidad detectada en esta prueba fue de 0.71.⁹

Depresión

Una de cada 4 personas acude a atención médica con un trastorno mental diagnosticable, en los que la depresión es el más diagnosticable, 2 de cada 100 habitantes entre 16 a 65 años presenta este problema, y, si se le añade el trastorno mixto ansioso-depresivo, la cifra asciende a 10 de cada 100; siendo esta la tercer causa por la cual acude un paciente a consulta médica familiar.

Los trastornos depresivos producen elevadas discapacidad e impacto en la calidad de vida y se asocia con mayor utilización de los recursos sanitarios, importante morbilidad, enormes costos económicos y marcada mortalidad por suicidio, es la elevada asociación a enfermedades físicas concomitantes.

La consulta externa de la atención primaria constituye el lugar ideal para el abordaje en esta clase de problemas, siendo así recomendada por la OMS.

El médico familiar es el encargado de diagnosticar y tratar en primera instancia trastornos depresivos en fases tempranas.¹⁰

Presentación Clínica

Depresión Mayor

Un episodio depresivo mayor puede comenzar en cualquier momento de lo vida, generalmente entre los 20 y los 30 años. El curso de un episodio depresivo mayor es variable. Algunas personas han tenido un único episodio, separado por muchos años de cualquier síntoma depresivo, mientras otras tienen grupos de episodios y continúan teniéndolos con mayor frecuencia a medida que envejecen. Los síntomas del episodio depresivo mayor generalmente se desarrollan en días o semanas. Un período prodrómico puede incluir síntomas de ansiedad y sintomatología depresiva leve, que pueden durar semanas a meses, previos al comienzo del desarrollo completo del episodio depresivo mayor. La duración del episodio depresivo mayor también es variable. Un episodio no tratado, típicamente es de 4 meses o más, sin contemplar la edad de inicio.

Distimia

Se distingue de la depresión en la duración del curso (2 años versus 2 semanas) y en la menor severidad de los síntomas (3 o más síntomas presentes la mayoría del tiempo, versus 5 o más síntomas casi todos los días). Para El clínico, existen dificultades en la distinción

de ambos cuadros en algunas áreas específicas tales como la depresión crónica o depresión en remisión parcial. En estos casos, la severidad de los síntomas indican el diagnóstico de depresión o distimia; se distingue de la depresión en la duración del curso (2 años contra 2 semanas) y en la menor severidad de los síntomas (3 o más síntomas presentes la mayoría del tiempo, versus 5 o más síntomas casi todos los días). Existen dificultades en la distinción de ambos cuadros en algunas áreas específicas tales como la depresión crónica o depresión en remisión parcial; la severidad de los síntomas indican el diagnóstico de depresión o distimia.

La distimia tiene a menudo un comienzo en la infancia, adolescencia o período de adultez temprana, así como un curso crónico. En el ambiente clínico las personas con distimia generalmente tienen además un episodio depresivo mayor, el cual es la razón por la que buscan tratamiento. Si la distimia precede el trastorno depresivo mayor es menos probable que exista una recuperación completa inter episodios.

En el ámbito laboral, la depresión además de tener graves consecuencias en términos de sufrimiento individual, tiene un gran impacto en el funcionamiento social y la capacidad laboral de las personas. Ya que, conjuntamente con el ausentismo, existen además, tres consecuencias de la depresión sobre la capacidad de trabajar relevantes desde lo individual. Primero, los trabajadores deprimidos necesitan un esfuerzo extra para ser productivos durante su trabajo. En segundo lugar, los trabajadores deprimidos experimentan limitaciones específicas en su capacidad de trabajar. Estas limitaciones incluyen la realización de tareas cognitivas e interpersonales, el manejo y la gestión del tiempo, y el cumplimiento de las demandas de resultados. Finalmente los trabajadores con depresión tienen un mayor riesgo de perder sus puestos de trabajo.

En las personas con problemas de salud crónicos no sólo disminuye la supervivencia, sino que también tiene un impacto en la calidad de vida de las personas. En el caso de las personas con depresión y con una enfermedad crónica concomitante, el pronóstico de la depresión suele ser substancialmente peor, dado que el problema de salud físico seguirá estando presente, aunque la evidencia objetiva de esta afirmación no está disponible.

Frecuentemente acuden a la atención primaria personas con depresión y un problema crónico de salud física, pero sólo una minoría de los pacientes señala algún problema

psicológico como motivo de consulta. La mayoría se queja de dolor y otros síntomas somáticos y el resto menciona problemas como sueño y fatiga.

Por consiguiente la primera tarea del médico de primer nivel consiste en investigar las posibles causas de estos síntomas y cuando un problema crónico es hallado, la atención tiende a dirigirse a éste y la depresión puede ser pasada por alto. ¹⁰

Diagnostico

Se elabora diagnostico si presenta humor depresivo (o pérdida del interés) y cuatro de los siguientes síntomas, la mayor parte durante al menos dos semanas.

Diagnóstico del episodio depresivo:

- P.- Psicomotricidad disminuida o aumentada
- S.- Sueño alterado (aumento o disminución)
- I.- Interés reducida (perdida de la capacidad del disfrute)
- C.- Concentración disminuida
- A.- Apetito y peso (disminución o aumento)
- C.- Culpa o auto reproché
- E.- Energía disminuida, fatiga
- S.- Suicidio

Además si estos síntomas han afectado negativamente su rendimiento (personal, laboral, académico, familiar, social).

Siempre se deberá evaluar el riesgo suicida haciendo énfasis quien presente los siguientes síntomas:

- ◆ Idea de muerte
- ◆ Pérdida del sentido de la vida
- ◆ Desesperanza
- ◆ Intentos previos
- ◆ Sexo masculino
- ◆ Edad avanzada
- ◆ Vivir solo
- ◆ Intentos suicidios previos
- ◆ Historia familiar de suicidio

- ◆ Historia familiar o personal de abuso de sustancias (principalmente alcohol)
- ◆ Psicosis
- ◆ Enfermedades crónicas, terminales, invalides, dolorosas
- ◆ Impulsividad
- ◆ Pobre capacidad del manejo del estrés

Tratamiento

El tratamiento es indicado en los casos de depresión leve a grave, ningún antidepresivo tiene superioridad sobre otro.

Inhibidores de la recaptura de serotonina: tienen mayor tolerabilidad con menos efectos colaterales comparados con los tricíclicos

La meta del tratamiento es la remisión total de los síntomas y restableciendo la función, los antidepresivos no causan adicción. La respuesta se inicia a la tercera semana de recibir la dosis terapéutica, se deberá mantener la dosis con la que se obtuvo la remisión durante todo el tratamiento.

La duración del tratamiento deberá de ser 8 a 12 meses posterior a obtener remisión en el primer episodio y continuarlo por dos años después de 2 episodios en el transcurso de 5 años y considerarlo como mantenimiento definitivo en los siguientes casos:

Estado depresivo con una duración mayor a un año

Dos o más episodios durante los últimos 5 años. ¹¹

Escala de Hamilton

Este instrumento valora la severidad de la depresión en la población adulta de todas las edades afectadas por esta enfermedad.

Esta escala se caracteriza por presentar nueve temas que se puntúan de 0 a 4 y ocho de 0 a 2. Una persona no afectada por la depresión deberá puntuar 0. El punto de corte entre ausencia de depresión y posible depresión es de 6.

La escala máxima es de 52 (temas 1 a 17) Los últimos cuatro síntomas no miden intensidad de depresión, sino definen el tipo clínico de depresión o corresponden a síntomas raros. Para su aplicación son necesarios de 15 a 20 minutos. Se recomienda aplicar siempre que aparece un deterioro funcional (físico o cognitivo). ¹²

Depresión en pacientes con tuberculosis

La tuberculosis desestabiliza la estructura social separando a los niños de la escuela, a los adultos del trabajo, estigmatiza socialmente a las personas afecta a todas las clases sociales, teniendo en consideración que 1 de cada 4 adultos son jóvenes, consumidos en plenitud de sus vidas. Van generando tristeza, sentimientos de culpa, rechazo al tratamiento por lo prolongado del mismo, temor al no saber si lograra la curación completa y en relación a lo social tendrá un estigma producido por la enfermedad. De igual manera constituyen constantes frustraciones por lo tanto se sienten aislados, generando depresión y con esto puede conllevar a ser susceptibles a ser irregulares o abandonar el tratamiento ocasionando casos multidrogoresistentes afectando con mayor frecuencia su salud, su entorno familiar y social.

Entonces el portador de una enfermedad altamente contagiosa como la tuberculosis, en cualquiera de sus formas, iniciar un esquema terapéutico antituberculoso prolongado y supervisado, pertenecer a un entorno social pequeño, conllevando problemas sociales y económicos, con los que tiene que relacionarse un paciente con tuberculosis, alterando su estado psicológico y su interacción social negativamente.¹³

Calidad de Vida

Definiciones

Calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo y de felicidad, satisfacción y recompensa.

Es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo.

Apreciación que el paciente hace de su vida y satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal.

Es el indicador multidimensional y espiritual del hombre en un marco social y cultural.

Como aspectos subjetivos

- ◆ Intimidad
- ◆ Expresión emocional
- ◆ Seguridad percibida
- ◆ Productividad personal
- ◆ Salud percibida

Para tener calidad de vida necesitamos sentirnos sanos, productivos y seguros y ser capaces de expresar nuestras emociones y compartir nuestra intimidad.¹⁴

Perspectiva en México

En México al hablar de “calidad de vida” no existe un consenso acerca de qué significa ésta ni de cómo debe medirse, aunque la literatura existente en el tema ha puesto de manifiesto que la *calidad de vida* puede abordarse como un concepto teórico que se basa en el planteamiento de la pregunta de lo que significa una “buena vida” y de los medios para lograrla existen actualmente diversos indicadores sobre condiciones de vida cuyo acercamiento habitual ha sido tomar como espacio de análisis las carencias o los logros desde un plano objetivo, tal es el caso del Índice de Marginación y, más recientemente, el Índice de Rezago Social del Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), por un lado, y del Índice de Desarrollo Humano, por el otro.

El concepto de *calidad de vida* ha sido estudiado desde el campo de la psicología y de la sociología. Desde estas disciplinas existen dos acercamientos al significado de *calidad de vida*. Por un lado está el movimiento de indicadores sociales, en el cual se buscaba tener indicadores objetivos de tipo económico y social para describir el nivel de vida en una sociedad. Por el otro lado se encuentra el estudio del bienestar subjetivo, que considera que tanto los indicadores económicos como los sociales son insuficientes para determinar la calidad de vida de una persona.

Para medir la calidad de vida y, por tanto, para juzgar qué tan bien viven las personas, es necesario obtener las percepciones de las mismas acerca de su vida. Esto se aborda principalmente a través de las preguntas que contienen tanto elementos cognitivos como afectivos, como la satisfacción con la vida, por lo que no debe entenderse únicamente como un estado de ánimo sino como una evaluación global de la vida.¹⁵

La calidad de vida en el paciente con tuberculosis

Este concepto aparece hacia los años cincuenta y tiene una gran expansión a lo largo de los años ochenta, su origen proviene principalmente de la medicina y se amplía rápidamente a la sociología y la psicología, desplazando a otros términos difíciles de operativizar, como “felicidad” y “bienestar”; si bien, el término es reciente como forma de preocupación

individual y social por la mejora de las condiciones de vida, existe desde los comienzos de la historia de la humanidad.

Inicialmente este concepto consistía en el cuidado de la salud personal, luego se convirtió en la preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió después a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó con la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se transformó en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud.

El concepto incluye términos afines, como salud y bienestar, los que se ven seriamente afectados cuando aparece una enfermedad crónica donde el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades, afectando asimismo al auto concepto, al sentido de la vida y provocando estados depresivos. Afirmando que el aumento en la esperanza de vida, hace que la calidad de vida sea el objetivo primordial en la atención de éstos pacientes.

El uso de instrumentos de recolección de datos que miden y caracterizan el estado multidimensional de salud promete el acercamiento en la relación médico-paciente, de forma tal que los pacientes tendrán un nuevo marco de referencia respecto a sus prestadores de servicios de salud, y estos últimos podrán juzgar la efectividad del manejo de la población atendida. La rigurosidad psicométrica de los instrumentos actuales ha permitido la incorporación del concepto de evaluación de la calidad de vida, o lo que otros autores refieren como calidad de vida relacionada con la salud y lo ha convertido en la unidad fundamental para la medición de resultados en investigaciones dentro de este campo. Aunque no existe consenso, la calidad de vida relacionada con la salud se mide por medio de la función física, del estado psicológico, de la función y la interacción sociales, y de los síntomas físicos.

El espectro de indicadores para la medición de dichos resultados incluye cinco dominios principales: a) mortalidad, b) morbilidad, c) incapacidad, d) incomodidad e) insatisfacción. Tradicionalmente, los informes comparativos del estado de salud y enfermedad en diversos grupos poblacionales sólo incluyen datos de mortalidad y morbilidad. En la actualidad, hay una explosión en la literatura médica respecto a la inclusión de las opiniones de los usuarios

de servicios médicos para la evaluación de las percepciones del estado de salud. Esta tendencia también se presenta en la literatura mexicana.

Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes del concepto de calidad de vida. La incapacidad se mide por la habilidad de realizar actividades y por el impacto físico que esta última produce en la actividad física, en la ocupacional y en la cotidiana. La incomodidad se caracteriza por la presencia o ausencia del dolor físico y la fatiga. La insatisfacción se mide por el funcionamiento social, el bienestar general y la satisfacción con la atención que brindan los prestadores de servicios de salud.

Para comparar el estado de salud de las poblaciones de diferentes países se requiere de instrumentos estandarizados, en 1991 se inició el proyecto conocido como “Evaluación internacional de la calidad de vida” (International Quality of Life Assessment Project, IQOLA) para traducir, adaptar y probar la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado Encuesta de Salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey).

Inicialmente, este instrumento se usó en el estudio de resultados médicos donde se demostró su validez y confiabilidad; asimismo, se determinaron las normas de comparación para la población de Estados Unidos de América (EUA). Posteriormente, el proyecto IQOLA incluyó 14 países industrializados, y en la actualidad hay más de 40 naciones participantes. Existen seis versiones de la Encuesta SF-36 en castellano que se han adaptado y utilizado en Argentina, Colombia, España, Honduras y México, así como entre la población México-norteamericana de EUA. Los investigadores de estos países tienen como objetivo final la adaptación y el establecimiento de normas de las escalas de la Encuesta SF-36 para su uso en poblaciones genéricas y específicas. La SF-36 se ha utilizado en investigaciones clínicas también específicas.¹⁶

La SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son: a) función física (FFis), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud

mental (SM). Además de los ocho conceptos de salud, la SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior.

La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. La versión autorizada de la SF-36 para su uso en México siguió un procedimiento estandarizado de traducción/retraducción por expertos bilingües; asimismo, se hicieron análisis por grupos focales representativos y se llevó a cabo una evaluación formal de la calidad de cada traducción. Esta metodología se describe con detalle en otras publicaciones. La SF-36 es un instrumento auto aplicado, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud).¹⁷

Tuberculosis y calidad de vida

Las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida.¹⁸

La tuberculosis tiene un curso crónico y lentamente progresivo y produce un importante impacto en la vida de los pacientes que la sufren, el desarrollo de una enfermedad como la tuberculosis altera la calidad de vida del paciente, asumiendo que el concepto de “calidad de vida” es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario.

Estudios en pacientes con tuberculosis con depresión, funcionalidad y calidad de vida.

En el año 2003 se realizó un estudio en que analizaron la calidad de vida: una definición integradora realizada por Fundación Universitaria Konrad Lorenz; Colombia. En el año 2007 se realizó un estudio de investigación el cual trata acerca de la calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes diagnóstico de tuberculosis pulmonar en Murcia España, además en ese mismo año se realizó otro estudio en cual analizaron la calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar por la Universidad de San Buena aventura

Medellín; Colombia.¹⁹ En el año 2008 fue realizado otro estudio de investigación el cual trata acerca del Impacto de Tb en calidad de vida realizado por el Instituto Nacional de enfermedades respiratorias (INER); México. En el año 2010 se realizó una evaluación de la calidad de vida de pacientes pediátricos con asma y su relación con el funcionamiento familiar, por la revista médica de salud y sociedad; Tampico México. Este mismo año fue realizado otro estudio el cual trata acerca del funcionamiento familiar de los pacientes hipertensos con y sin la experiencia de la migración realizado en el IMSS; Morelia México. En el año 2011 se realizó un estudio de investigación más en el cual analizaron el bienestar y calidad de vida por la Universidad de Monterrey; México. Ese mismo año se realizó otro estudio de investigación el cual trata acerca de funcionalidad familiar y conductas de riesgo en estudiantes de nivel medio superior realizado por la secretaria de salud Tabasco; México.²⁰ En la actualidad hemos observado que existen diversos estudios de investigación que observan la funcionalidad familiar, la depresión o calidad de vida en los pacientes con tuberculosis además de diferentes tipos de enfermedades infecto-contagiosas, sin embargo hasta el momento no se han realizado estudios de investigación en los que se engloben las tres variables propuestas hasta el momento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Tuberculosis en México se observaron que en el año 2013 se registraron en promedio 5 mil 50 cincuenta casos nuevos de Tuberculosis de todas las formas, de los cuales aproximadamente 3,964 tres mil novecientos sesenta y cuatro fueron de TBP. Las proporciones que cada localización alcanzó fueron: Tuberculosis pulmonar 78.49%, Tuberculosis meníngea 1.02% y Tuberculosis otras formas 20.47%. La tasa de incidencia general de Tuberculosis todas las formas fue de 11.95 casos por 100 mil habitantes y se reportaron 32 entidades federativas que superaron la media nacional, en relación del año en curso la tuberculosis pulmonar en la actualidad hasta el mes de junio a nivel nacional se han detectado 1,750 casos de tuberculosis pulmonar con una incidencia 4.14%, extra pulmonar 1,034 casos con incidencia 2.45%, Meníngea 25 casos con incidencia 0.12%, a nivel de la Delegación de Michoacán se han detectado 13 casos con incidencia 1.23% de tuberculosis pulmonar, 3 casos extra pulmonar con incidencia 0.28%, Meníngea 1 caso con incidencia 0.09%; y en la Unidad Medico Familiar #80 se han detectado 2 casos con incidencia 0.9%, extra pulmonar 2 casos con incidencia 0.92%, meníngea 1 caso con incidencia 0.46% Al hacer el análisis por grupo etario, se observó que a partir de los 15 años, la tasa de incidencia aumenta considerablemente, siendo en los mayores de 65 años el registro más alto (46.3 casos). El mayor número de casos se registró en el grupo de 25 a 44 años.

Dentro de las comorbilidades registradas se encontró que el 21% de los casos tuvieron Diabetes mellitus, 14% fueron diagnosticados con Desnutrición, 6% presentaron coinfección con VIH-SIDA (a nivel mundial se registra en 12% según el documento "Global Tuberculosis Control, WHO, 2010); y en 1% se encontró la asociación con Usuarios de Drogas Intravenosas (UDI). En el año 2010 la tasa de incidencia TB/VIH-SIDA se ubicó en 1.1 casos coinfectados por cada millón de habitantes; para la comorbilidad con DM se registró una tasa de incidencia de 3.6 casos por cada 100 mil habitantes. La presentación más frecuente en la coinfección TB/VIH-SIDA fue la pulmonar en 71%, igualmente en Tuberculosis/DM 94%. Por lo cual es necesario hacer énfasis en el tamizaje y prevención en estos grupos de riesgo.

Teniendo en consideración que los pacientes diagnosticados con tuberculosis oscilaran entre 14 a 65 años, encontrándose en edad productiva, ocasionando con esto una inestabilidad social, económica y psicológica, sintiéndose en muchas ocasiones avergonzados y rechazados tanto por la sociedad, la familia, sintiéndose culpables de haber contraído una enfermedad infectocontagiosa, presentando una limitante para laborar o realizar esfuerzos físicos, adjuntándose la pérdida de parcial o total de independencia.

Por lo tanto es importante identificar no solo las necesidades físicas derivadas del problema de salud-enfermedad que se encuentra atravesando dichos pacientes, sino también las necesidades de índole mentales (crisis situacional), conllevándolo a esto en depresión por la disminución de su autoestima, entre otros.

Debemos observar que el paciente que deba de dejar su ámbito social-laboral ordinario tendrá alteraciones tanto en la calidad de vida, la función familiar y conllevando a esto a un cuadro depresivo

En la actualidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social en especial en la UMF No. 80 Morelia Michoacán, no se han realizado actualmente estudios acerca de la funcionalidad familiar, depresión y calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y a su vez el control únicamente se encuentra a cargo del departamento de epidemiología, puesto que el médico familiar no se involucra en este tipo de pacientes en el seguimiento; las exploraciones físicas, los estudios laboratoriales posteriores o incluso algún síntoma de resistencia al medicamento, para poder ser referido en su caso a una unidad de nivel superior.

Por lo que el presente estudio plantea resolver la siguiente interrogante:

¿La funcionalidad familiar, calidad de vida y la depresión serán condicionadas en pacientes con tuberculosis?

JUSTIFICACIÓN

Conforme a la información proporcionada en el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades 2011 (Gobierno Federal Salud) OMS reporto 8.8 millones de casos nuevos de TBTF (59% Asia, 26% África, 7% Mediterráneo, 5% Europa, 3% América), se notificaron 5.7 millones de casos nuevos y recurrentes, 1.1 millones de defunciones y el 31.8% asociado a VIH. En América 2010 se registraron 267, 147 casos nuevos de TBTF, 86% en 11 países (Argentina, Brasil, Perú, Haití, México, Colombia, Bolivia, Ecuador, Guatemala, USA y Venezuela) y a su vez 20,085 defunciones. En México 2011 se encontraron 19,445 casos nuevos en todas sus formas (81.5% Pulmonar, 1.6% Meníngea, 5.6% Ganglionar, 11.4% otras formas), de estos los 15,843 casos de Tb pulmonar 20.8% asociado a Diabetes, 7.8% con relación Tb/SIDA, 9.5% en Pediatría (<19 años), 2,414 defunciones, el grupo etario con mayor índice fue masculino 60.8% y femenino 39.2%, la incidencia de TBTF en el 2011 en el estado de Michoacán fue 9.2%, así como la incidencia de TB pulmonar fue 7.2% con esto conllevando a muertes en todas las formas 1.34 y tipo pulmonar 0.81%. La tuberculosis como enfermedad en la atención de primer contacto brindando al paciente una calidad médica, considerándolo como persona, no como un ser histológico identificando precozmente conductas de riesgo que le impida desarrollar actividades y con esto orientando al núcleo familiar a prevenir las complicaciones mediante medidas preventivas y a fortalecer el autoestima y capacidad de enfrentar la crisis situacional derivado de la enfermedad mejorando su calidad de vida, ya que en muchas ocasiones el paciente no sabe enfrentar la enfermedad, existiendo mayor riesgo de abandono, lo que ocasionara mayor número de casos nuevos , a su vez existen casos multidrogoresistentes afectando en su gran mayoría a la salud, el entorno familiar y social e incluso la muerte. A.

A su vez muchos de los médicos de primer contacto no diagnostica alteraciones en la función familiar, depresión y la calidad familiar adyacentes ante una enfermedad de carácter infecto-contagiosa en más de la mitad de los pacientes, teniendo la necesidad de tener a personal de psicología en tratamiento conjunto por las necesidad de manifestar sus inquietudes, temores o situaciones que presenten en la vida diaria.

HIPÓTESIS

- ◆ Las alteraciones en la funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes con tuberculosis se asocia a depresión

OBJETIVOS

General.-

- ◆ Identificar si el paciente con tuberculosis altera su funcionamiento familiar, calidad de vida y condiciona un estado depresivo.

Específicos.-

- ◆ Distinguir cual es la calidad de vida en el paciente con tuberculosis.
- ◆ Explicar la función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental en pacientes con tuberculosis
- ◆ Conocer la funcionalidad familiar, calidad de vida y depresión en el paciente con tuberculosis.
- ◆ Identificar los diversos esquemas de tratamientos afectan la calidad de vida en el paciente con tuberculosis.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño de estudio

Tipo de Investigación: Observacional

Método de Observación: Longitudinal (Se realizaron 2 mediciones al confirmar el diagnóstico y al termino del tratamiento)

Temporalidad: Prospectivo

Diseño de estudio: Estudio de Casos

Población de estudio

Se realizó en pacientes con diagnóstico de tuberculosis en la UMF No. 80

Estimación del tamaño de la muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico o por conveniencia al total de pacientes con diagnóstico de tuberculosis que acuda a control a la UMF No. 80, de 1 de Mayo 2015 al 1 Diciembre 2015.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- ◆ Pacientes con diagnóstico confirmado de tuberculosis
- ◆ Adscritos a la UMF No. 80,
- ◆ Que acepten participar en el estudio.
- ◆ Pacientes mayores de 16 años con consentimiento informado firmado por el padre o tutor.
- ◆ En caso de ser menor de 18 años, deberá firmar el consentimiento informado su padre o tutor

Criterios de no inclusión

- ◆ Pacientes que cuenten con diagnóstico de depresión
- ◆ Pacientes con otra enfermedad crónica degenerativa que condicione alteración en los rubros a analizar

Criterios de exclusión

- ◆ Pacientes que no completen las encuestas
- ◆ Paciente que no complete el estudio por fallecimiento

Variables

Dependiente

- ◆ **Tuberculosis** (Infección bacteriana contagiosa implicando principalmente a nivel pulmonar, así como otros órganos)

Independiente

- ◆ **Funcionalidad Familiar** (Capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa)
- ◆ **Depresión** (Trastorno del estado de ánimo caracterizado por tristeza o culpabilidad)
- ◆ **Calidad de vida** (“Salud y Bienestar” preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud)

Operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Unidad de Medición
Tuberculosis	Infección bacteriana contagiosa implicando principalmente a nivel pulmonar, así como otros órganos	3 Baciloscopías +++ = positivo < 3 Baciloscopía +++ = negativo	Cualitativa	1. Positivo 2. Negativo
Depresión	Trastorno del estado de ánimo	Conforme al test de Hamilton los valores de referencia serán:	Cualitativa	1. Sin depresión 2. Posible depresión 3. Depresión

	caracterizado por tristeza o culpabilidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin depresión puntuación igual a 0 2. Posible depresión con puntuación de 1-6 3. Depresión con puntuación mayor a 7 		
Funcionalidad Familiar	Capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa	<p>Conforme al test de FF-SIL los valores de referencia serán:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Familia Funcional 75-57 puntos 2. Familia moderada funcional 56-43 puntos 3. Familia disfuncional 42-28 puntos 4. Familia severamente disfuncional 27-14 puntos 	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Funcional 2. Moderadamente funcional 3. Disfunción 4. Severamente disfunción
Calidad de vida	“Salud y Bienestar” preocupación por la experiencia del sujeto, la	<p>Conforme al test de SF-36 los valores de referencia serán:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salud optima puntuación igual a 100 	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Optima 2. Regular 3. Mala 4. Muy Mala

	vida social, la actividad cotidiana y la propia salud	2. Salud Regular puntuación 99-50 3. Salud Mala puntuación 49-1 4. Salud muy mala puntuación 0		
Función física	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.	1. No limitada puntuación 100 2. Limitada puntuación 0	Cualitativa	1. No limita 2. Limita
Rol físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo	1. No limitada puntuación 100 2. Limitada puntuación 0	Cualitativa	1. No limita 2. Limita

	como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.			
Dolor corporal	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor muy intenso y limitante puntuación 0 2. Asintomático puntuación 100 	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor Limitante 2. Sin dolor

Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna limitación puntuación 100 2. Mala o posiblemente empore puntuación 0 	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna limitación 2. Con limitación
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dinámico puntuación 100 2. Cansado y 	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dinámico 2. Cansado y exhausto

		exhausto puntuación 0		
Función social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.	1. Actividades normales puntuación 100 2. Interferencia extrema y muy frecuente puntuación 0	Cualitativa	1. Actividades normales 2. Interferencia extrema y muy frecuente
Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.	1. Ningún problema puntuación 100 2. Problemas con el trabajo y otras actividades puntuación 0	Cualitativa	1. Ningún problema 2. Problemas con el trabajo y otras actividades

Salud mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.	1. Felicidad, tranquilidad y calma puntuación 100 2. Angustia y depresión puntuación 0	Cualitativa	1. Felicidad, tranquilidad y calma 2. Angustia y depresión
--------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	---------------------------------------------------------------

Biometría hemática	Conteo sanguíneo de la cantidad de todos los diferentes tipos de células sanguíneas.	1. Hemoglobina (hombres 14-16 y mujeres 12-14 mg/dl) 2. Anemia Hemoglobina (Hombres menor 14 y mujeres menor 12 mg/dl)	Cuantitativa	1. Normal 2. Anemia
Glucosa	Nivel de azúcar sanguínea.	1. Normal (70-110 mg/dl) 2. Alto (>110 mg/dl)	Cuantitativa	1. Normal 2. Alto
Urea	Resultado final del metabolismo de las proteínas. Se forma en el hígado a partir de la destrucción de las proteínas; indica la función renal, aunque puede estar alterado en enfermedades del hígado o en la deshidratación.	1. Normal (7-20 mg) 2. Alto (>20 mg)	Cuantitativa	1. Normal 2. Alto

Creatinina	Compuesto nitrogenado de gran importancia producido en el proceso	1. Normal es de 0.7 a 1.3 mg/dL para los hombres y de 0.6 a 1.1	Cuantitativa	1. Normal 2. Alto
------------	-------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------	----------------------

	metabólico del organismo. Evalúa la función renal	mg/dL para las mujeres 2. Alto (>1.3 mg/dl hombre, >1.1 mg/dl mujeres)		
Colesterol total	Medida del colesterol y triglicéridos totales de la sangre. Ayuda en la producción de las membranas celulares, algunas hormonas y la vitamina D.	1. Normal (< 200 mg/dl) 2. Alto (200 mg/dl o más)	Cuantitativa	1. Normal 2. Alto
HDL	Colesterol de alta densidad. Ayuda a eliminar el colesterol de la sangre, evitando la acumulación de grasa y la formación de placa.	1. Normal hombres 40 mg/dl y mujeres 50 mg/dl 2. Alto (hombres >40 mg/dl y mujeres >50 mg/dl)	Cuantitativa	1. Normal 2. Alto

LDL	Colesterol de baja densidad. Contribuye a la formación de una acumulación de placas en las arterias, una condición conocida como aterosclerosis.	1. Normal (< 70 mg/dl) 2. Alto (70 mg/dl o más)	Cuantitativa	1. Normal 2. Alto
Triglicéridos	Lípido sanguíneo unido a proteína formando lipoproteínas de alta o baja densidad.	1. Normal (150-200 mg/dl) 2. Alto (>200 mg/dl)	Cuantitativa	1. Normal 2. Alto
Ácido úrico	Producto de desecho del metabolismo de nitrógeno en el cuerpo humano, y se encuentra en la orina en pequeñas cantidades.	1. Normal (3.5 y 7.2 mg/dL) 2. Alto (>7.2 mg/dL)	Cuantitativa	1. Normal 2. Alto
AST	Niveles de AST (en especial en relación con las cantidades de otras enzimas del hígado) información importante sobre el	1. Normal (10 a 34 UI/L) 2. Alto (>34 UI/L)	Cuantitativa	1. Normal 2. Alto

	funcionamiento del hígado y el tipo de enfermedad o problema que puede estarlo afectando.			
--	-------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

ALT	<p>Presente en cantidades particularmente altas y desempeña un papel importante en el metabolismo, el proceso por el cual la comida se transforma en energía.</p> <p>Determinación de inflamación o lesión del hígado.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Normal (10-40 UI/L) Alto (>40 UI/L) 	Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> Normal Alto
Bilirrubina directa	<p>Se encuentra unida con ácido glucurónico, para luego ser acumulada en la vesícula biliar y constituir parte de la bilis, para su posterior eliminación.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Normal (0 a 0,3 mg/dl adultos) Alto (>0,3 mg/dl) 	Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> Normal Alto

<p>Bilirrubina indirecta</p>	<p>Se encuentra unida a la albúmina ya que aún no se ha unido a ácido glucurónico, en el hígado para su eliminación, porque aún no ha tenido el proceso adecuado de degradación para formar parte de la bilis. También encontramos formas no unidas a albúmina que pueden atravesar la BHE y producir daño cerebral (kernicterus). Así pues, la bilirrubina indirecta</p>	<p>1. Normal (0,1 a 0,5 mg/dl adultos) 2. Alto (>0,5 mg/dl adultos)</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>1. Normal 2. Alto adultos)</p>
------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	---------------------	---------------------------------------

	viene determinada por la bilirrubina no conjugada, ligada y no ligada a albúmina.			
Examen general de orina	Evaluación física, química y microscópica de la orina	<ol style="list-style-type: none"> Normal sin albuminuria Anormal Albuminuria 	Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> Normal Anormal
Rx's Tórax	Método de estudio radiológico en el que podemos encontrar alteraciones tipo nodular difuso con predominio en ápices	<ol style="list-style-type: none"> Normal Rx's sin alteración Anormal: Cavidades pulmonares 	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> Normal Anormal
Baciloscopia	Prueba de laboratorio en la cual se puede observar el Bacilo acido-alcohol	<ol style="list-style-type: none"> Positivo (+++) Negativo (<+++) 	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> Positivo Negativo

	resistente con la tinción de Ziehl-Nielsen			
Cultivo de expectoración	Examen de secreción bronquial y pulmonar para identificación de la bacteria	1- Positivo 2- Negativo	Cualitativo	1. Positivo 2. Negativo

Descripción operativa

Previa autorización del protocolo por el Comité Local de Ética e Investigación. Se identificaron a los pacientes que reunieron los criterios de selección en la Unidad Médica Familiar No. 80 del IMSS en Morelia, Michoacán turno matutino y vespertino en el módulo de atención de epidemiología en el periodo de Mayo 2015 a Diciembre 2015.

Se citaron a los pacientes en las aulas de la UMF No. 80 a las 09:00 horas para darles a conocer el protocolo de estudio, se solicitara la firma del **consentimiento informado** (Anexo 1). Y todos aquellos que acepten participar en el estudio se les llenara de la ficha de recolección de datos, incluyendo estudios laboratoriales con los que cuenten hasta el momento, se les entregaran los test FF-SIL para Funcionalidad Familiar (anexo 3), Hamilton para depresión (anexo 4), SF-36 para Calidad de vida (anexo 5) los cuales deberán ser llenados con pluma, seleccionando una opción, no podrán utilizar corrector con esto teniendo información fidedigna.

Además se elaboró **historia clínica** (Anexo 2): exploración física general que incluya la toma de los signos vitales:

a) La toma de la TA se efectuará de conformidad con los procedimientos establecidos en las guías de práctica clínica

- ◆ La medición se efectuará después de por lo menos, cinco minutos en reposo.
- ◆ El paciente se abstendrá de fumar, tomar café, productos cafeinados y refrescos de cola, por lo menos 30 minutos antes de la medición.
- ◆ No deberá tener necesidad de orinar o defecar.
- ◆ Estará tranquilo y en un ambiente apropiado.
- ◆ Posición del paciente:
 - ◆ La P.A. se registrará en posición de sentado con un buen soporte para la espalda, y con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.
 - ◆ En la revisión clínica más detallada y en la primera evaluación del paciente con HAS, la P.A. debe ser medida en ambos brazos y, ocasionalmente, en el muslo. La toma se le hará en posición sentado, supina o de pie con la intención de identificar cambios posturales significativos.
- ◆ Equipo y características:

- ◆ Preferentemente se utilizará el esfigmomanómetro mercurial, o en caso contrario un esfigmomanómetro aneroide recientemente calibrado.
- ◆ El ancho del brazalete deberá cubrir alrededor del 40% de la longitud del brazo y la cámara de aire del interior del brazalete deberá tener una longitud que permita abarcar por lo menos 80% de la circunferencia del mismo.
- ◆ Para la mayor parte de los adultos el ancho del brazalete será entre 13 y 15 cm y, el largo, de 24 cm.
- ◆ Técnica:
- ◆ El observador se sitúa de modo que su vista quede a nivel del menisco de la columna de mercurio.
- ◆ Se asegurará que el menisco coincida con el cero de la escala, antes de empezar a inflar.
- ◆ Se colocará el brazalete, situando el manguito sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo.
- ◆ Mientras se palpa la arteria humeral, se inflará rápidamente el manguito hasta que el pulso desaparezca, a fin de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica.
- ◆ Se desinflará nuevamente el manguito y se colocará la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral.
- ◆ Se inflará rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mm de Hg por arriba del nivel palpable de la presión sistólica y se desinflará a una velocidad de aproximadamente 2 mm de Hg/seg.
- ◆ La aparición del primer ruido de Korotkoff marca el nivel de la presión sistólica y, el quinto, la presión diastólica.
- ◆ Los valores se expresarán en números pares.
- ◆ Si las dos lecturas difieren por más de cinco mm de Hg, se realizarán otras dos mediciones y se obtendrá su promedio.

b) Mediciones antropométricas

Constitución corporal la cual se realizó con el paciente portando ropa, descalzo, de pie, con el cuerpo erguido en máxima extensión y cabeza erecta, ubicándose de espalda al estadímetro, disminuyendo 500 gr al peso por la ropa del paciente.

En el que se incluyeron:

Peso cuyo resultado se expresa en kilogramos (kg)

Talla cuyo resultado se expresa en metros (m)

Índice de masa corporal (IMC)

- ◆ Obesidad, a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25.
- ◆ Sobrepeso, al estado premórbido de la obesidad, caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal mayor de 25 y menor de 27, en población adulta general y en población adulta de talla baja, mayor de 23 y menor de 25.

En caso de que no cuenten con estudios radiográficos y paraclínicos se les otorgaran las solicitudes y se enviaran a la consulta externa en el consultorio correspondiente de la unidad médico familiar No. 80 determinando y corroborando si existirá alguno efecto secundario previo y posterior a la administración de los medicamentos para el control de la patología de base.

Seguimiento Clínico

A todos los pacientes que aceptaron participar en el estudio se les cito al término del tratamiento posterior al diagnóstico corroborado de tuberculosis para realizar por segunda ocasión los cuestionarios analizando posibles cambios en la funcionalidad familiar, calidad de vida o posible diagnóstico de depresión, revisar o solicitar estudios radiográficos y paraclínicos para comprobar si existió algún efecto secundario en la administración de los medicamentos antituberculosos.

Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva en términos de media y desviación estándar para las variables continuas, frecuencias y porcentaje para las variables de tipo categórico cualitativas. A los instrumentos utilizados en el presente trabajo se les realizó el procedimiento del análisis de fiabilidad mediante alfa de Cronbach. Para las asociaciones se utilizara el estadístico de prueba no paramétrica Chi cuadrado, para contrastar variables continuas T de Student para muestras independientes así como muestras relacionadas o pareadas. El proceso de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico para las ciencias

sociales (SPSS. Versión 21 para Mac Os X) se consideró estadísticamente significativo el valor de $p < 0.05$ en un intervalo de confianza del 95%.

Consideraciones éticas

Este estudio se realizó de acuerdo con las buenas prácticas clínicas, según lo definió la Conferencia Internacional sobre Armonización y de acuerdo con los principios éticos subyacentes en las disposiciones contenidas en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud. De acuerdo a este reglamento, este tipo de investigación estuvo clasificada como: Investigación con riesgo mínimo (sección de aspectos éticos de la investigación en seres humanos) pág. 424, Cap. 1, Art 17. El protocolo en ninguno de sus procedimientos, atenta en contra de la integridad física y moral de las personas que se involucren en él.

La identidad de los pacientes se mantendrá en la unidad de investigación en Epidemiología Clínica, donde acudió para su evaluación inicial y seguimiento. El personal médico que participo en la realización de este estudio es calificado por su educación, capacitación y experiencia para realizar sus respectivas tareas. Para el acceso a otros datos de la historia clínica del paciente fue el investigador principal del proyecto quien acudió a los diferentes servicios clínicos para conseguir dicha información, salvaguardando el principio de la confidencialidad. Por lo tanto los datos personales de todos los individuos que participaron en el estudio se manejaron con confidencialidad.

El protocolo se ajustó a los principios científicos y éticos prescritos para realizar estudios de investigación en sujetos humanos, tomando en cuenta lo contenido de la Norma Oficial Mexicana. En el presente estudio, el procedimiento que se realizó para la obtención de datos está asociado a riesgos mínimos para el paciente.

Se respetó cabalmente las enmiendas de la declaración de Helsinki de 1964, revisado por última vez en el 2004, los principios contenidos en el Código de Núremberg, el informe de Belmont y el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

Este estudio fue factible de realizar: contando con los elementos previamente comentados, los instrumentos que se aplicaron fueron fáciles de realizar, entendibles y rápidos de contestar estimando un tiempo de 20 minutos.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 4 hombres (67%) y 2 mujeres (33%), con edad mínima de 31 años y máxima de 75 años, con una mediana de edad de 43 años. Se observó que el 67% de los pacientes vivían en unión libre, mientras que 33% eran casados. En cuanto al nivel académico el grado escolar más frecuente fue el de secundaria en 33% de los pacientes, seguido de nivel superior con 16.5%, primaria el 16.5%, primaria incompleta 16.5%, sin instrucción formal 16.5%. Respecto al nivel socioeconómico observamos que 33% calificaron su nivel socioeconómico como bajo, mientras que 67% consideraron de nivel medio. (Tabla I)

TABLA I. Características de la muestra de pacientes en pacientes con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.		
Variables	n	%
Género		
Femenino	2	33
Masculino	4	67
Estado Civil		
Casado	2	33
Unión Libre	4	67
Escolaridad		
Primaria	1	16.5
Primaria incompleta	1	16.5
Secundaria	2	33
Medio Superior	1	16.5
Sin instrucción formal	1	16.5
Nivel Socioeconómico		
Medio	4	67
Bajo	2	33

En cuanto a los antecedentes personales patológicos el 33% de los pacientes tenía diabetes e hipertensión, 17% solamente Diabetes mellitus y el 50% no tenía enfermedades crónicas. Respecto a los parámetros de somatometría tomando como referencia el IMC de los pacientes más frecuente con 50% de los pacientes cursaba con sobrepeso, 33% con Obesidad y 17% normal, se encontró que el 33% (2) de los pacientes presentó tuberculosis pulmonar y el 67% (4) restante extrapulmonar. El 100% de los pacientes tuvo buen apego al tratamiento, sin llegar a presentar resistencia o alteraciones anexas (*Tabla II*)

TABLA II. Características de la muestra de pacientes APP, IMC, Diagnostico en pacientes con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.		
Variables	n	%
Antecedentes personales Patológicos		
Diabetes e hipertensión	2	33
Diabetes Mellitus	1	17
Sanos	3	50
IMC		
Normal	1	17
Sobrepeso	3	50
Obesidad	2	33
Tipo de Tuberculosis		
Pulmonar	2	33
Extrapulmonar	4	67

También estudiamos a esta población en base a la clasificación de Irigoyen, se observó en la clasificación de familia en base a desarrollo 83.5% es moderna y 16.5% tradicional. Con base a su demografía 100% fue urbana. Con respecto a su integración 33% fue integrada, seguida de semiintegrada con 67%. Por último, en relación con su composición encontramos que predominó la familia extensa con 50%, seguida de familia extensa compuesta con 33% y nuclear 17%. (Tabla III)

TABLA III. Características de la muestra según tipo de familia en pacientes con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.		
Desarrollo	n	%
Tradicional	1	16.5
Moderna	5	83.5
Integración		
Integrada	2	33
Semiintegrada	4	67
Composición		
Nuclear	1	17
Extensa	3	50
Extensa Compuesta	2	33

Las características de la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de TB, según la evaluación SF-36 mostró mejoría al término del tratamiento, teniendo como resultado de “regular”. Existe alteración en los dominios dolor corporal, vitalidad, función social, salud mental. (Tabla IV)

TABLA No. IV. Calidad de vida al inicio y al final del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Cuestionario de calidad de vida SF-36.				
VARIABLE	PREMEDICION n = 6 $\bar{X} \pm E.E$	POSTMEDICION n = 6 $\bar{X} \pm E.E$	t	Sig.
Función Física	25.33 ± 2.10	20.83 ± 1.57	2.016	.100
Rol Físico	3.50 ± 1.54	4.67 ± 0.66	- .624	.560
Dolor Corporal	2.83 ± 1.37	5.67 ± 0.61	- 2.890	.034*
Salud General	9.83 ± 2.83	15.67 ± 0.21	- 2.222	.077
Vitalidad	7.00 ± 2.89	16.00 ± 0.44	- 3.265	.022*
Función Social	3.00 ± 1.21	6.17 ± 0.40	- 3.348	.020*
Rol Emocional	3.50 ± 1.20	3.83 ± 0.54	- .349	.741
Salud Mental	8.33 ± 3.80	23.17 ± 2.22	- 3.266	.022*
Calidad de Vida	80.50 ± 6.09	87.66 ± 7.42	-1.037	.347

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); $\bar{X} \pm E.E$ = media ± Error Estándar

Las características de la dinámica familiar de nuestra población según la escala de evaluación FF-SIL en los pacientes con diagnóstico de TB se observa sin afección su vida persona al momento del diagnóstico, con ello negando abandono, apoyo económico, buena relación de pareja. Sin embargo al realizar la comparación al término del tratamiento determino la presencia de disfunción familiar (50% con disfuncionalidad y 50% con severa disfuncionalidad). Es de considerar que el coeficiente *alfa* de Cronbach fue superior a 0.80 indicando muy buena fiabilidad en todo el estudio, n= 6, P= no significativa para la muestra observada. (Tabla V)

TABLA No. V. Dinámica Familiar inicio y final en pacientes con tuberculosis. Test FF-SIL			
Funcionalidad	PREMEDICION n = 6 <i>F (%)</i>	POSTMEDICION n = 6 <i>F (%)</i>	<i>Sig.</i>
Dinámica Familiar			.050
Funcional	6(100.0)	-	
Moderadamente Funcional	-	3(50.0)	
Disfuncional	-	3(50.0)	
Severamente Disfuncional	-	-	

Chi² * Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); *F (%)* Frecuencia y porcentaje

De acuerdo con los resultados de la escala de depresion en los pacientes con diagnostico de tuberculosis encontramos 66.7% (n=4) presento sintomas habituales y representativos del trastorno depresivo al termino del tratamiento en comparacion al momento de ser diagnosticados, el coeficiente *alfa* de Cronbach fue superior a 0.80 indicando muy buena fiabilidad en todo el estudio, n= 6, P= no significativa para la muestra observada. (Tabla VI)

TABLA No. VI. Trastorno depresivo inicio y final en pacientes con diagnostico de tuberculosis. Test Hamilton.			
Depresión	PREMEDICION n = 6 <i>F (%)</i>	POSTMEDICION n = 6 <i>F (%)</i>	<i>Sig.</i>
Nivel de Depresión			.517
Sin Depresion	4(66.7)	2(33.3)	
Posible depresion	2(33.4)	-	
Depresion	-	4(66.7)	

Chi² * Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); *F (%)* Frecuencia y porcentaje

De acuerdo con los resultados en marcadores bioquímicos como efecto secundario propios de la enfermedad al inicio y posterior al tratamiento farmacológico no hay relación con la dinámica familiar, depresión y la calidad de vida, se determinó al 33% (2) con tuberculosis pulmonar realizando como diagnostico bioquímico baciloscopía, cultivo de expectoración y Rx's de tórax en apoyo radiológico; el 67% (4) extrapulmonar con apoyo diagnostico en base a biopsia. (Tabla VII).

Tabla VII. Marcadores bioquímicos inicio y final en pacientes con diagnóstico de TB.		
Variable	Inicio	Final
Hemoglobina (g/dl)	(14.16±1.24)	(14.16±1.54)
Glucosa (mg/dl)	(107.00±20.10)	(103.83±13.14)
Urea (mg)	(13.83±4.74)	(17.5±1.5)
Creatinina mg/dl)	(0.91±0.18)	(0.85±0.25)
Colesterol Total (mg/dl)	(186.83±24.18)	(177.5±2.5)
Triglicéridos (mg/dl)	(201.4±27.05)	(207.5±7.5)
HDL (mg/dl)	(43.33±5.02)	(47.5±2.5)
LDL (mg/dl)	(68.2±1.93)	(64.5±1.5)
Ácido Úrico (mg/dl)	(5.9±1.28)	(6±1)
AST (UI/L)	(22.2±5.81)	(31.5±1.5)
ALT (UI/L)	(32.6±7.14)	(39±1)
BD (mg/dl)	(0.14±0.10)	(0.15±0.15)
BI (mg/dl)	(0.34±0.18)	(0.35±0.05)
EGO (albumina)	Negativo	Negativo

AST: Alanino Aspartato transferasa, ALT: Alanino Transaminasa, BI: Bilirrubina Indirecta, BD: Bilirrubina Directa, EGO: Examen General de Oria, HDL: Colesterol de alta densidad, LDL: Colesterol de baja densidad, TB: Tuberculosis.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se observó que las interacciones familiares son muy importantes tanto en el origen como en el curso y resultado de las enfermedades. La familia posee una influencia directa (pudiendo dificultar o facilitar funciones corporales) como indirecta (ayudando o interfiriendo en la aplicación de tratamientos médicos). En nuestro estudio observamos que la familia puede ejercer un efecto sobre la salud, si la persona cuenta con un buen funcionamiento de la familia, ésta se convierte en el principal centro de apoyo, en cambio si el funcionamiento de la familia es inadecuado, puede generar un estrés adicional, comparándolo y relacionándolo al compararlo concordamos con los resultados que obtuvo la investigación de Luz-Quevedo 2015 ²¹ en su estudio nos muestra el soporte familiar y social es un eje importante en la recuperación del paciente, ya que cuando se siente más confiado y motivado a culminar con su tratamiento para recuperarse pronto y reinsertarse a su vida cotidiana. En nuestro estudio observamos la presencia de alteración en la funcionalidad familiar en conjunto con cuadros depresivos por lo que al compararlo tuvimos casi en su totalidad los mismos resultados con menor muestra con el estudio que realizó Balcázar-Rincón 2015 ²² el cual menciona la funcionalidad familiar es esencial en la facilitación o la obstrucción en el curso del tratamiento del paciente con diagnóstico de tuberculosis, siendo importante implementar medidas de apoyo evitando síntomas depresivos.

Encontramos una calidad de vida regular en la población de nuestro estudio, con esto se asocia la presencia de disfunción familiar en pacientes con tuberculosis, concordando con la intervención realizada por González-Baltazar R. 2013 ²³, en nuestro estudio con un puntaje de 87.66% lo cual determina regular calidad de vida, afección en los dominios dolor corporal, vitalidad, función social y salud mental encontrando gran diferencia con menor muestra con el estudio realizado por Ma. del Rosario Fernández-Plata 2011 ²⁴ demostró un puntaje global de 51.1% en la calidad de vida, afectando principalmente en los dominios función física, rol físico, vitalidad y rol emocional.

En nuestro estudio todos los pacientes tuvieron buena adhesión al tratamiento, a pesar de que tienen una calidad de vida regular por lo que diferimos a pesar que fueron patologías

diferentes las evaluadas en el estudio que realizo García-Llana H. 2014 ²⁵ el cual menciona que la adhesión a tratamiento se relaciona directamente con factores psicológicos además de repercusión en la calidad de vida. Al encontrar la presencia de depresión en el 94% de nuestros pacientes con una calidad de vida regular concordamos con la tesis doctoral de Espíldora-Hernández F. 2014 ²⁶ el cual refiere que existe relación entre la alteración de la calidad de vida con la presencia de riesgo elevado de cuadros depresivos y ansiedad.

Dentro de las fortalezas del estudio observo que cuando el paciente percibe el apoyo, ayuda y preocupación de la familia, se sentirá más confiado y motivado a culminar con el tratamiento para poder recuperarse pronto y reinsertarse a su vida cotidiana, por otro lado, el apoyo social incluye de manera directa en el paciente, ya que se sabe que la tuberculosis pulmonar daña su autoestima generando sentimientos de culpa, depresión, resentimiento y vergüenza, ya que son factores que van a incluir negativamente en el adecuado cumplimiento del tratamiento. En la mayoría de los pacientes causa un “debilitamiento general”, que se manifiesta con poca energía, agotamiento físico para el trabajo y estudio, así mismo, este debilitamiento se asocia a diferentes niveles de discapacidad por parte de los pacientes, con niveles variables de perturbación de sus actividades productivas y sociales (calidad de vida).

Sin embargo, este estudio carece de control de muestras, por lo que es difícil en el argumentar que la disfunción sea precursor de la patología o bien que la misma patología, sea precursora de la disfunción, ya que en estudios de control, se ha visto el incremento de las disfunciones familiares al presentarse enfermedad aguda, tanto del sujeto que la padece, como de los integrantes que le rodean. Pero no se puede manejar de una sola línea, ya que el hecho es que se incrementa el riesgo de infecciones al encontrarse familias disfuncionales. No existe evidencia bibliográfica en la que miden los efectos secundarios de los esquemas de tratamiento en la tuberculosis condicionando alteración en la calidad de vida de los pacientes.

Para aceptar que los factores psicológicos afectan la salud física de una persona, se requieren tres factores, uno la relación temporal de estímulos psicológicos y sociales para el inicio y la exacerbación de los síntomas de una enfermedad física, dos demostración de una

patología orgánica o de un proceso psicopatológico de la enfermedad física, tres que la enfermedad física identificada no sea causada por un trastorno somatomorfo.

La población en estudio mostró parámetros descriptivos de la alteración de la funcionalidad familiar ante la presencia de la tuberculosis, lo que hace sospechar que existe una relación entre funcionalidad familiar y tuberculosis. Esto se puede explicar por la presencia de la crisis para normativa que tiende a desestabilizar a la familia y pone en juego la funcionalidad familiar a través de mecanismos dinámicos.

El descubrir la presencia de la disfunción familiar, alteración en la calidad de vida condicionando estado depresivos sería tema de otro protocolo de investigación con otro escenario diferente.

Las principales limitantes de la investigación fueron el tamaño de muestra, el seguimiento de las diferentes fases de la enfermedad y el comportamiento de la funcionalidad familiar en cada una de ellas. Además debió realizar un tamizaje de exploración de ansiedad y depresión a cada uno los integrantes de la familia con la finalidad de evaluar si presentaban diagnóstico o cierto grado depresivo previo a la enfermedad.

CONCLUSIONES

- ◆ La tuberculosis altero la funcionalidad familiar de los pacientes, repercute en su calidad de vida y condiciono un estado depresivo.
- ◆ La calidad de vida del paciente con tuberculosis antes y después del tratamiento se mantuvo regular, sin embargo, mostro mejoría al termino del tratamiento.
- ◆ En la calidad de vida, los dominios con mayor afectación fueron dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, salud mental.
- ◆ No existe relación entre los marcadores bioquímicos y alteraciones en la funcionalidad familiar, depresión y calidad de vida.

PERSPECTIVAS

- ◆ Es importante la implementación de estrategias *multidisciplinarias*, el apoyo del médico familiar, trabajo social fortaleciendo la funcionalidad familiar, detección oportuna de depresión y con ello mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- ◆ *Médico Familiar*: detección y atención oportuna adecuada e integral de los pacientes con tuberculosis que realmente impacte en la salud y derivarlos eficientemente al departamento epidemiología y en casos especiales al departamento de infectología, evitando resistencia, con ello poderlo integrar oportunamente a sus labores. Además deberá detectar oportunamente la alteración en la funcionalidad familiar, estados depresivos y alteración de la calidad de vida al departamento correspondiente o en conjunto (trabajo social o psicología).
- ◆ *Trabajo Social*: trabajar en conjunto con el médico familiar para integrar a los pacientes con tuberculosis a sus actividades de socialización e integración familiar para fortalecer el vínculo y red de apoyo familiar.

RECOMENDACIONES

- ◆ Las instituciones de salud deben de incluir programas de salud con acciones preventivas y de promoción, dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas con esta enfermedad.
- ◆ Se recomienda que los próximos estudios se puedan realizar en una población mayor, que permita demostrar la relación existente entre tuberculosis como causa de alteración en la funcionalidad familiar, y/o a la inversa. Lo anterior con la finalidad de lograr un beneficio a la sociedad, mejorando la calidad de vida en la familia.
- ◆ Este estudio permite continuar la investigación de este rubro para próximos análisis y aplicar nuevos y mejores instrumentos, ya que dada la capacidad de este mismo al ser un estudio descriptivo, no cuenta con la evaluación completa del seguimiento de pacientes en cuanto a su diagnóstico familiar, por lo que se podría utilizar otra metodología para realizar este estudio, por ejemplo casos y controles, o bien asociar con otros instrumentos las variables de enfermedad aguda infecciosa, como lo es la tuberculosis, con la funcionalidad familiar.
- ◆ De lo anterior, se recomienda no tomar este estudio como un reflejo de lo esperado a nivel nacional, mucho menos a nivel mundial, se debe considerar que la Ciudad de Morelia Michoacán (UMF No. 80) cuenta con características propias que por su complejidad de la población pudieran dar para metros similares de nivel nacional. Se recomienda un estudio multicéntrico que permita rechazar la asociación entre tuberculosis y funcionalidad familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA-2013 Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud. Diario oficial. 2013 (primera sección): 40-97.
- 2.- Dirección de Epidemiología-Ministerio de Salud de la Nación. Enfermedades infecciosas. Guía para el equipo de Salud. 2009; (3): 3-51.
3. - Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al. Tuberculosis. In: Raviglione MC, O'Brien RJ. Harrison's Principles Of Internal Medicine. United States of America: 18th ed; 2012: 1340-1359.
4. - Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Plan de Clonabilidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (AIAQS) de Cataluña; 2009: 7-142.
5. – Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento de Casos Nuevos de Tuberculosis. México, Secretaria de salud 2009: 30-33.
- 6.- Torres I, Vázquez F, et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes pediátricos con asma y su relación con el funcionamiento familiar. Rev. med sal y soc 2010; (1): 1-19.
- 7.- Hernández-Castillo L, Cargil-Foster N. R. Funcionalidad Familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta. Rev. Científ de Am Lat. 2011; (18):14-24.
- 8.- Kanan G, Rivera M, et al. Funcionamiento familiar de los pacientes hipertensos con y sin la experiencia de la migración. Psic y Sal. 2010; (20): 203-212.

- 9.- Louro I. Matriz de la salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. Rev. Cubana Med Gen Integr 2004; 20(3). 1-11.
- 10.- García-Herrera Pérez Bryan JM, Noguera Morillas EV, Muñoz Cobos Morales Ascencio JM. Guía de Práctica clínica para el tratamiento de la depresión en atención primaria. Dist sanit Málaga-UGC Sal ment hosp univ “Carlos Haya”. 2011; (1): 13-182.
- 11.- Secretaria de salud. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo, México; Inst mex seguro soc, 2009. 6-59.
- 12.- Oline Archivos de Revistas científicas, artículos y monografías online. Palma de Mallorca. España: Disponible en <http://www.bibliopsiquis.com>
- 13.- Valencia Miranda AG. Nivel de depresión en los pacientes con tuberculosis en la red de servicios de salud No. 5, [Tesis] Arequipa Sur: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Unidad de post grado; 2002: 1-73
- 14.- Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más; Santiago, MINSAL, 2013: 2-132.
- 15.- Ardilla R. Calidad de vida: una definición integradora, Rev Lat psic. 2003;35(2):161-164.
- 16.- Garcia JJ, Sales FI. Bienestar y calidad de vida en Mexico, Cent Est Soc Op Púb. 2011: 9-164.
- 17.- Zuñiga MA, Carillo GT. et al. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36. Sal Pub. 1999; 41(2): 110-118.

- 18.- Vinaccia S, Quinceno M. et al. Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnostico de tuberculosis pulmonar. *An psic.* 2007; 23(2):245-252.
- 19.- Hidalgo P, Moreno A, et al. Tuberculosis, un riesgo presente para los trabajadores en el area de salud. *Univ. Med Bogota.* 2011; 52(2):227-236.
- 20.- Secretaria de sald. Perfil Epidemiologico de la Tuberculosis en Mexico. *Dir Gen Epid.* 2012: 15-155.
- 21.- Quevedo L., Sánchez R., Villalba F., et al. Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar y en centros de salud, *Rev. enferm Herediana.* 2015;8(1):11-16
- 22.- Balcázar-Rincón L., Ramírez-Alcántara Y., Rodríguez-Alonso M. Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. *Rev. Esp Med Quir* 2015;20:135-143.
- 23.- González R., Lupercio A., Hidalgo G., et al. Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara (México). 2013;29(1):13-21.
- 24.- Fernández-Plata M., García-Sancho M., Pérez-Padilla J., Impacto de la tuberculosis pulmonar en la calidad de vida de los pacientes. Un estudio de casos y controles. 2011;63(1):39-45.
- 25.- García Llana H., Remor E., del Peso G., et al. El papel de la depresión, la ansiedad, el estrés, y adhesión al tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en diálisis: revisión sistemática de la literatura, *Rev. Nefrología* 2014; 34(5):637-57.

26 .- Espíldora H. Prevalencia e impacto de los síntomas de depresión y ansiedad en la calidad de vida de pacientes con bronquiectasias no fibrosis quística [Tesis doctoral]. Malaga: Universidad de Malaga; 2014.

ANEXOS

Anexo 1.- Aprobación Sirelsis

Carta Dictamen

Página 1 de 1



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1603
H GRAL ZONA NUM 8, MICHOACÁN

FECHA 20/07/2015

M.C. PAULA CHACON VALLADARES

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, DEPRESION Y CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-1603-18

ATENTAMENTE

DR.(A). GUSTAVO GABRIEL PÉREZ SANDI LARA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1603

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Anexo 2.- Consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN EN SALUD, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente manifiesto: acepto participar el protocolo de investigación llamado: Funcionalidad familiar, calidad de vida y depresión en paciente con tuberculosis en población del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Morelia Michoacán: 1 de Mayo de 2015 al 1 Mayo 2016

Número de registro:

Este estudio tiene como objetivo determinar si existirá alteración en la funcionalidad familiar, calidad de vida y posible diagnóstico de depresión en pacientes con diagnóstico de tuberculosis derechohabientes

Se realizaran en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y extra pulmonar adscritos de la UMF No. 80, en el periodo 1 Mayo 2015 – 1 Mayo 2016

Procedimiento: Se citara a los pacientes en las aulas de la unidad médica a las 09:00 horas para darles a conocer el protocolo de estudio, se solicitara la firma del consentimiento informado. Y todos aquellos que acepten participar en el estudio se les llenara de la ficha de recolección de datos, incluyendo estudios laboratoriales con los que cuenten hasta el momento, se les aplicara el test de Hamilton para depresión, SF-36 para calidad de vida y FF-SIL para funcionalidad familiar. En caso de que no cuenten con estudios radiográficos y paraclínicos se les otorgaran las solicitudes, determinando y corroborando a su vez relación de efectos secundarios posterior a la administración de los medicamentos para el control de la patología de base en cada detección.

Acepto que se me haga el siguiente procedimiento como la Elaboración de una Historia clínica completa que incluya la toma de presión arterial bajo, las condiciones establecidas en las guías de práctica clínica, Mediciones antropométricas (Constitución corporal la cual se realizó con el paciente portando ropa, descalzo, de pie, con el cuerpo erguido en máxima extensión y cabeza erecta, ubicándose de espalda al estadímetro, disminuyendo 500 gr al peso por la ropa del paciente) En el que se incluyeron: Peso cuyo resultado se expresa en kilogramos (kg), Talla cuyo resultado se expresa en metros (m), Índice de masa corporal (IMC), Posteriormente se les entregaran los test FF-SIL para Funcionalidad Familiar, Hamilton para depresión, SF-36 para Calidad de vida los cuales deberán ser llenados con pluma, seleccionando una opción, no podrán utilizar corrector con esto teniendo información fidedigna.

Seguimiento Clínico: A todos los pacientes que acepten participar en el estudio se les citaran al inicio del diagnóstico, al término del tratamiento para realizarle los cuestionarios correspondientes, revisar o solicitar estudios radiográficos y paraclínicos comprobando si existirá algún efecto secundario posterior a la administración de los medicamentos antituberculosos y analizando alguna modificación en la funcionalidad familiar, depresión y calidad de vida del paciente.

Tengo conocimiento acerca de las posibles molestias ya que se me hizo énfasis en el tiempo que puede durar la explicación sobre el llenado del test de FF-SIL (función familiar), Hamilton (depresión), SF-36 (calidad de vida), así mismo sobre la elaboración de la historia clínica completa, ya que pueden existir preguntas que involucren situaciones personales y familiares.

Participación o retiro: Usted puede decidir retirarse del estudio en el momento en que usted lo desee. Su decisión no afectará la atención médica que recibe en el IMSS en el momento y lugar que usted la requiera. Su participación en el estudio es completamente voluntaria.

Privacidad y confidencialidad: Todos sus datos, tanto personales como los relacionados a su enfermedad serán guardados de manera confidencial, de tal forma que únicamente el equipo Médico

y sus familiares sabrán que usted está participando en este estudio. Tampoco se utilizarán sus datos personales en conferencias, artículos o ningún otro medio de difusión conocido. Para garantizar los previos, a usted se le asignará un número en lugar de su nombre y con ese número se manejarán sus datos.

Declaratoria de consentimiento informado

Por todo lo anterior declaro que acepto participar en este estudio. Acepto que se me hagan las preguntas necesarias, que se tomen los datos que se requieran de mi expediente médico y así mismo acepto que los resultados sean utilizados con los fines que el investigador disponga. Y manifiesto que tengo derecho de retirarme del estudio en el momento que yo lo decida sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse con el secretario del CLIES 1602. Teléfono: (443)3109950 ext. 1305 y 1315.

O con los investigadores asociados:

Dr. Paula Chacón Valladares
Especialista en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar n: 80
Tel/Cel. (44) 31886235 email.pamelahannibalito@hotmail.com

Dr. Edgar Oswaldo Ruiz Chávez
Residente de Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar n: 80
Tel/Cel. (33) 1123-9622 email.drosruizmf@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante, podrá dirigirse a; Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP. 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN
OBTIENE EL CONSENTIMIENTO

Dr. Edgar Oswaldo Ruiz Chávez

TESTIGO 1

TESTIGO 2

NOMBRE, DIRECCIÓN, RELACIÓN Y FIRMA
FIRMA

NOMBRE, DIRECCIÓN, RELACIÓN Y

Anexo 3.- Historia Clínica

1.- Datos generales

Fecha / /

Nombre:

Fecha de nacimiento: / / Edad: años

Sexo:

Ocupación: Edo. Civil:

Escolaridad:

Origen: Residencia:

Numero de Seguridad Social:

2.- Motivos de consulta y padecimiento actual (Fecha de Diagnostico Tb)

3.- Antecedentes herdo/familiares

Diabetes, Hipertensión, Cardiopatías, Neuropatías, Cáncer, Malformaciones

4.- Antecedentes no patológicos

Tipo de vivienda, Vivienda con servicios básicos, Alimentación adecuada, Tabaquismo, Alcoholismo, Drogadicción, Alergias, Tipo de sangre

5.- Antecedentes patológicos

Enfermedades de la Infancia, Hospitalizaciones previas, Antecedentes Quirúrgicos, Transfusiones, Fracturas, Accidentes traumáticos, Otra enfermedad, Medicamentos actuales

6.- Antecedentes ginecológicos

Menarca, Ciclos, Fecha de última menstruación, Poli menorrea, Hipermenorrea, Dismenorrea, IVSA, No. Parejas Sexuales, Gestas, Para, Abortos, Fecha de última citología (Resultado), Métodos de Planificación Familiar:

7.- Exploración física

Peso kg Talla mts TA FC/Pulso
 x' FR x' Temp °C
Habitus Exterior, Piel y Anexos, Cabeza y Cuello, Tórax, Abdomen, Genitales,
Extremidades, Sistema nervioso

8.- Exámenes laboratoriales

BAAR

Bh

Química Sanguínea:

Glucosa mg/dl

Creatinina

Urea

Colesterol

Triglicéridos

Ácido Úrico

Pruebas de Función Hepática:

AST

ALT

GGT

BT

BD

BI

EGO:

Cultivos:

BAAR:

Rx's Tórax

Anexo 4.- Hoja de Recolección de datos

Nombre del paciente

Número de seguro social

Consultorio

Tuno

Talla

Peso

IMC

TA

FR

x' FC

x' Temp

°C

Diagnostico

Fecha de diagnostico

Día

Resultado Baciloscopia

Anexo 5- Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5)

1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia. _____
2. En mi casa predomina la armonía. _____
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades. _____
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. _____
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. _____
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. _____
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes. _____
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan. _____
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado. _____
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. _____
11. Podemos conversar diversos temas sin temor. _____
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas. _____
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar. _____
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. _____

PUNTUACIÓN=

Anexo 6.- Escala de Hamilton

(Depresión)

Instrucciones: Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 17 ítem.

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

0 = Ausente

1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente

2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente

3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)

4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa:

0 = Ausente

1 = Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente

2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones

3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo

4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

0 = Ausente

1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida

2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir

3 = Ideas de suicidio o amenazas

4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

0 = No tiene dificultad

1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño

2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

0 = No hay dificultad

1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche

2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:

0 = No hay dificultad

1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir

2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

0 = No hay dificultad

1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)

3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la

actividad motora):

0 = Palabra y pensamiento normales

1 = Ligero retraso en el habla

2 = Evidente retraso en el habla

3 = Dificultad para expresarse

4 = Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

0 = Ninguna

1 = Juega con sus dedos

2 = Juega con sus manos, cabello, etc.

3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado

4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. Ansiedad psíquica:

0 = No hay dificultad

1 = Tensión subjetiva e irritabilidad

2 = Preocupación por pequeñas cosas

3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla

4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como:

Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada.

Transpiración):

0 = Ausente

1 = Ligera

2 = Moderada

3 = Severa

4 = Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

0 = Ninguno

1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen

2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales:

0 = Ninguno

1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y

fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

0 = Ausente

1 = Débil

2 = Grave

15. Hipocondría:

0 = Ausente

1 = Preocupado de sí mismo (corporalmente)

2 = Preocupado por su salud

3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana

1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana

2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

17. Perspicacia:

0 = Se da cuenta que está deprimido y enfermo

1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus,

necesidad de descanso, etc.

3 = No se da cuenta que está enfermo

Anexo 7.- Cuestionario de Salud SF-36
(Calidad de vida)

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

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

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

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

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

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

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

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

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

- 5.- Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 6.- Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 7.- Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 8.- Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 9.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 10.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 11.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada

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

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

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

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

- 1 Sí
- 2 No

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

- 1 Sí
- 2 No

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

- 1 Sí
- 2 No

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

- 1 Sí
- 2 No

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

- 1 Sí
- 2 No

- 18.- Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
- 2 No
- 19.- Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
- 2 No
- 20.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho
- 21.- ¿Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo
- 22.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante

5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

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

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

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

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

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

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

- 26.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **calmado y tranquilo**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 27.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo **mucha energía**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 28.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **desanimado y triste**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 29.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **agotado**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca

- 30.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **feliz**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 31.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **cansado**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 32.- Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Algunas veces
 - 4 Sólo alguna vez
 - 5 Nunca

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

- 33.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
- 1 Totalmente cierta
 - 2 Bastante cierta
 - 3 No lo sé
 - 4 Bastante falsa
 - 5 Totalmente falsa

- 34.- Estoy tan sano como cualquiera.
1. Totalmente cierta
 2. Bastante cierta
 3. No lo sé
 4. Bastante falsa
 5. Totalmente falsa
- 35.- Creo que mi salud va a empeorar.
- 1 Totalmente cierta
 - 2 Bastante cierta
 - 3 No lo sé
 - 4 Bastante falsa
 - 5 Totalmente falsa
- 36.- Mi salud es excelente.
- 1 Totalmente cierta
 - 2 Bastante cierta
 - 3 No lo sé
 - 4 Bastante falsa
 - 5 Totalmente falsa

Anexo 8.- Cronograma de actividades

<u>Actividad</u>	<u>Periodo</u>									
	Abril - Junio 2014	3 de Julio 2014	Julio 2015	1 Mayo 2015- 30 Septiembre 2015	Diciembre 2015	Enero 2016	Febrero 2016	Noviembre 2016		
Determinación del tema y Recolección de protocolo	X									
Presentación de protocolo		X								
Aprobación del Sirelsis			X							
Recolección de muestra y aplicación del instrumento				X						
Revisión 50%					X					
Análisis de datos						X				
Resultados,, conclusiones							X			
Presentación de tesis completa								X		