



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

Calidad de vida del cuidador primario de paciente con enfermedad mental

Tesis para obtener el Título de Licenciado en enfermería

Presenta:

PLESS. Jonathan Solorio Vargas

Asesora: DE. Elva Rosa Valtierra Oba

Coasesora: DCE. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Coasesor estadístico: DRA. María de Jesús Ruiz Reséndiz

Morelia, Michoacán, Noviembre, 2020

DIRECTIVOS

MSP. Julio César González Cabrera

Director de la Facultad de Enfermería

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria Académica

LEI. Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

MESA SINODAL

DRA. Elva Rosa Valtierra Oba

Presidente

DRA. Ma. Lilia Alicia Alcantar Zavala

Primer Vocal

DRA. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Segundo Vocal

Dedicatorias:

Este trabajo lo dedico principalmente a Dios, por darme la vida y permitirme llegar hasta este momento tan importante en mi formación y darme la fuerza para continuar este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados para mí.

Por supuesto a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo mi *Alma Mater* por permitirme concluir con una etapa de mi vida, por ayudarme en mi formación académica.

A la Facultad de Enfermería por haberme compartido sus conocimientos durante la preparación en mi profesión, de manera especial a los docentes que a lo largo de mis estudios estuvieron apoyando en este proceso, ya que me motivaron a desarrollarme como persona, brindándome su amistad en los momentos difíciles

to Thomas Young yoo for being a support in my professional career, his sacrifice in this dream of being a nurse is an important part of this path, which is why I could not have achieved it, since without receiving anything in return he is the most important person in my professional development.

Con mucho cariño a mis padres que han estado conmigo en estos momentos, por su trabajo, sacrificios y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona, brindándome su apoyo incondicional en todo momento.

Agradecimientos:

Agradezco a Dios por guiarme a lo largo de mi existencia, ser mi apoyo y fortaleza en los momentos difíciles y en el tiempo que me encontraba en situaciones de vulnerabilidad.

Gracias a mis padres Carmen y Luis por fomentar mis valores, principios que me fortalecieron a lo largo de mi vida, no tengo palabras para expresar mi amor y cariño, apoyarme en todo momento.

I want to thank Tom for being the promoter of my dreams, for trusting and believing in my expectations, so that I can finish my career, giving me the necessary tools to continue studying.

Al personal docente que me apoyaron en adquirir nuevos conocimientos, en especial a la maestra Graciela y la doctora Elizabeth quienes supieron compartir sus conocimientos y hacer posible mi preparación académica y de igual manera a mi tutora Dra. Oba por su parte a la realización de esta tesis.

A mis amigos Fernando y Araceli por estar apoyándome en todo el proceso de mi carrera y ser mis compañeros de clases a lo largo de cuatro años y ser promotores de muchas aventuras. Para Jaxayra por acompañarme y ayudarme en todo momento de mis momentos difíciles, cuando más lo necesitaba.

Así mismo agradecerle a Andrea Guadalupe, por ser la persona que me apoyo moralmente al realizar esta tesis, siempre hablándome por teléfono y dándome palabras de aliento y ser mi distractor.

Y por último a mis hermanos por estar siempre presentes a Karen, Evelyn, Jesús y Luis, su cariño y apoyo incondicional durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento, sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mi lo que ahora soy, así como mi hermano Fernando que a pesar que nos conocimos en circunstancias diferentes su ayuda y protección siempre estuvieron presentes.

Para ellos,

Muchas gracias.

Resumen

Introducción: En México cada día hay más personas diagnosticadas con enfermedades mentales. Dichas enfermedades son crónicas y ocasionan pérdida de independencia, por este motivo es importante el cuidador primario (CP) quien no recibe remuneración alguna dejando de lado su vida personal para dedicarse al cuidado de su familiar, situación que puede cambiar la percepción de su calidad de vida (CV).

Objetivo: Describir la CV del CP de pacientes con enfermedad mental, Identificar al CP de pacientes con enfermedad mental. **Material y**

Métodos: estudio cuantitativo, no experimental, prospectivo y transversal, Muestreo no probabilístico por conveniencia, muestra 76 CP de pacientes con enfermedad mental; instrumento WHOQOL-BREF para CV. Estadística descriptiva, se utilizó *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) V.25. **Resultados:** se encontró que la edad de los CP el 36 (47.4%) tenían entre 31 y 50 años de edad, 40 (52.6 %) de CP eran del sexo femenino, 66 (86.8%) con tiempo como CP por más de tres años, 43 (56.6%) refirieron estar casados; 15 (19.7%) mencionaron que viven con esposa(o), 42 (55.3) señalaron que no cuentan con empleo remunerado, 20 (26.3%) comentaron ser amas de casa, referente a CV 64 (84.2%) mostraron CV alta, y por dominios: en el dominio salud física 64 (84.2%) CV alta y también en el dominio salud psicológica con 41 (53.9%), mientras que en los dominios: relaciones sociales con 51 (67.1%) y el dominio ambiente 49 (64.5%) la percepción de CV fue baja. **Conclusiones:** Se encontró que el CP poseen alta CV en general, sin embargo, en los dominios ambiente y salud psicológica la percepción de la CV fue baja, por lo que es importante que el CP reciba atención integral y que cuente con redes de apoyo, para delegar el cuidado y que con esto se contribuya al cambio de la percepción de su CV.

Palabras clave: calidad de vida, cuidador informal, paciente psiquiátrico.

Summary

Introduction: In Mexico every day there are more people diagnosed with mental illness. These diseases are chronic and cause loss of independence, for this reason it is important the primary caregiver (PC) who does not receive any remuneration leaving aside his personal life to devote to the care of his family, a situation that can change the perception of their quality of life (QL). **Objective:** To describe the QL of the PC of patients with mental illness, to identify the PC of patients with mental illness. **Material and Methods:** quantitative, non-experimental, prospective and cross-sectional study, non-probabilistic sampling for convenience, shows 76 PC of patients with mental illness; WHOQOL-BREF instrument for QL. Descriptive statistics, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) V.25 was used. **Results:** It was found that 36 (47.4%) of the PC were between 31 and 50 years old, 40 (52.6%) of the PC were female, 66 (86.8%) had been primary caregivers for more than three years, 43 (56.6%) reported being married; 15 (19.7%) mentioned that they live with a spouse, 42 (55.3) indicated that they are not in paid employment, 20 (26.3%) commented on being housewives, referring to QL 64 (84.2%) showed high QL, and by domains: in the physical health domain 64 (84.2%) high QL and also in the psychological health domain with 41 (53.9%), while in the domains: social relations with 51 (67.1%) and the environmental domain 49 (64.5%) the perception of QL was low. **Conclusions:** It was found that the PC has high QL in general, however, in the domains environment and psychological health the perception of QL was low, so it is important that the PC receives comprehensive care and support networks, to delegate care and that this contributes to changing the perception of their QL.

Key words: quality of life, informal caregiver, psychiatric patient.

Índice

Contenido

Introducción	1
Capítulo 1.....	3
1.1 Justificación	4
1.2 Planteamiento del problema	10
1.3 Objetivos	11
1.3.1 General.....	11
1.3.2 Específico.	11
1.4 Hipótesis.....	12
Capítulo II.....	13
2.1 Marco teórico conceptual.....	14
2.1.1 Calidad de Vida	14
2.1.2 Cuidador primario	15
2.1.3 Enfermedad mental	17
2.1.4 Trastorno mental.	18
CAPITULO III	20
3.1 Material y método	21
3.1.1 Tipo de estudio.	21
3.1.2 Universo.	21
3.1.3 Tamaño de muestra.	21
3.1.4 Muestreo.....	21
3.1.5. Unidad de observación	21
3.1.6 Límites.....	21
3.1.6.2 Límites de lugar	21
3.1.7 Criterios de selección.	21
3.1.8 Criterios de inclusión.	21
3.1.9 Criterios de Exclusión	22
3.1.10 Criterios de eliminación	22

3.1.11 Definición y operacionalización de variables sociodemográficas.	22
3.1.12 Selección de fuentes, de métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información.	23
3.1.13 Instrumento WHOQOL-BREF	23
3.1.14 Procedimientos de recolección de datos.	24
3.1.15 prueba piloto	25
3.1.16 Análisis estadístico.	25
3.1.17 Aspectos éticos y legales.	26
<i>CAPITULO IV</i>	28
4.1 Resultados	29
4.2 Discusión	33
4.3 Conclusiones	34
4.4 Sugerencias	35
<i>Referencias bibliográficas</i>	36
<i>Anexos</i>	41

Indice de Tablas

Tabla 1

Caracterización de los Cuidadores Primario de Paciente con Enfermedad Mental Según sus Variables Sociodemográficas Agosto 2020.....	30
---	----

Tabla 2.

Calidad de vida del cuidador primario de paciente con enfermedad mental, Morelia, Michoacán, Agosto del 2020. .	32
---	----

Tabla 3.

Calidad de Vida por Dimensiones del Cuidador Primario de Paciente con Enfermedad Mental, Morelia, Michoacán, Agosto del 2020	32
--	----

Introducción

En el mundo, cada día hay mayor número de personas que son diagnosticadas con alguna enfermedad mental, siendo estas enfermedades crónicas y por ende esta población va perdiendo independencia, teniendo cada vez más la necesidad de ser cuidada.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 17% de las personas en México presenta al menos un trastorno mental y una de cada cuatro lo padecerá como mínimo una vez en su vida. Actualmente, de las personas afectadas, sólo una de cada cinco recibe tratamiento médico, es por ello que todas estas personas requieren de un cuidador primario mismo que ocupa un lugar esencial en la atención de estos enfermos, absorbiendo la carga principal de los cuidados (OMS, 2019)

El propósito de la presente investigación es medir la calidad de vida del cuidador principal de pacientes con enfermedad mental del Hospital Psiquiátrico “Dr. José Torres Orozco” en la ciudad Morelia, Michoacán.

El documento se estructuró de la siguiente manera, en el primer apartado aparece la justificación, un análisis breve en los niveles internacional, nacional, regional y local del fenómeno de la calidad de vida de pacientes con enfermedad mental y de sus cuidadores.

El apartado número dos corresponde al planteamiento del problema, que presenta y delimita el objeto de estudio, es decir, la calidad de vida del Cuidador Principal (CP) del paciente con enfermedad mental y que deriva finalmente en la formulación de pregunta de investigación.

Los objetivos de la presente investigación se desglosan en el siguiente apartado y en el cuarto, llamado marco teórico, se organizan los elementos derivados del planteamiento del problema, como son la calidad de vida, cuidador primario o principal y enfermedad mental.

El apartado cinco describe la metodología y detalla los procedimientos y herramientas que permitieran al investigador cumplir con el objetivo de la

investigación, también se incluyen las consideraciones éticas y legales que se tomaron en cuenta para el desarrollo de este trabajo, con fundamento en la ley general de salud en materia de investigación en seres humanos, se incluye la descripción de variables sociodemográficas, se continúa con las variables de estudio, se realizó un análisis de los resultados obtenidos y se comparan con los resultados de otros investigadores.

El último apartado incluye los apéndices que comprende la escala Word Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF) y en el apartado de anexos donde se localiza el financiamiento, el consentimiento informado y la ficha de variables sociodemográficas.

Capítulo 1

1.1 Justificación

Desde una perspectiva internacional la Organización Mundial de la Salud, en su plan de acción de salud mental, estima que entre 450 y 500 millones de personas en el mundo presentaron algún trastorno mental durante el año 2016. Si bien, existen discrepancias en cuanto a los números precisos, se calcula que más de 300 millones de personas padecen depresión, 60 millones trastorno bipolar y casi 21 millones esquizofrenia. Además, casi un millón de personas se suicidan al año, lo que representa más muertes que las producidas por las guerras y los desastres naturales (OMS, 2013-2020). Para INCyTU en el año 2018, en su publicación salud mental en México, el 15% de la carga económica mundial por enfermedad y el 33% de los años vividos con discapacidad son atribuibles a los trastornos mentales. La depresión, los problemas asociados al consumo de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar están entre las seis causas principales de discapacidad, con una tendencia al alza. Para el 2030 la depresión será la segunda causa de disminución de años de vida saludable a escala mundial y la primera en los países desarrollados (INCyTU y Rentería M.E., 2018).

Las enfermedades mentales no tratadas cobran un alto precio, ya que representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. De acuerdo con los costos asociados con la salud mental (Torres, 2018) existen más de 600 mil millones de CP de personas con algún tipo de enfermedad en los que se incluyen los trastornos de salud mental y que representan cuatro de las 10 causas principales de discapacidad (INCyTU y Rentería M.E., 2018).

Teniendo en cuenta que cada uno de estos pacientes con enfermedad mental en algún momento de la enfermedad requiere de un CP, debido a que trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad del trabajo y la productividad.

Más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión y más de 260 millones presentan trastornos de ansiedad, por lo anterior se dice que la

depresión es la tercera entre las principales causas de morbilidad, representando el 4.3% de la carga, mientras que el suicidio figura entre las 20 causas de defunción más importantes a todas las edades a nivel mundial, cada año se suicidan casi un millón de personas, según reporte de INEGI en el 2016, es decir, la morbilidad de los trastornos mentales representa el 25.3% y el 33.5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente, para 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial (OMS, 2017).

Por lo que la depresión es la cuarta enfermedad incapacitante a nivel mundial, se estima que para el año 2020 será la segunda causa, y representa 36.5% del total de la población, en los próximos 20 años, en el 2014 la OMS estimó que la carga de los trastornos mentales aumentó significativamente.

De acuerdo con la encuesta nacional de ocupación y empleo (ENOE), el tercer trimestre de 2016 la población con esta ocupación asciende a cerca de 286 mil personas, de las cuales 96.7% son mujeres y 3.3% hombres. De cada 100 cuidadores de personas dependientes, 38 se desempeñan en establecimientos y 62 en casas particulares. La proporción de estos ocupados a nivel nacional es de 0.5% con respecto al total de ocupados. Se distribuyen por toda la geografía nacional, especialmente en siete entidades (Baja California, Ciudad de México, México, Jalisco, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas) que en conjunto concentran 42.9% del total de estos trabajadores en el país (INEGI, 2017).

En México, según el Panorama Epidemiológico de los Trastornos mentales, su impacto entre el balance trabajo familia, La carga de la mala salud mental es muy alta Afectan a alrededor del 30% de la población (en un momento de su vida) y son en su mayoría trastornos con buena respuesta a tratamiento como la ansiedad y la depresión, tienen un costo social elevado: contribuyen al desempleo, el ausentismo por enfermedad y la pérdida de productividad en el trabajo. Las personas con enfermedades mentales severas mueren de 20 a 30 años más jóvenes, tienen tasas más altas de desempleo y son más pobres que la población general. Los costos

directos e indirectos de la mala salud mental son muy altos y pueden llegar a 4% (Carreño y Medina, 2018).

Se señala que ser CP es una ocupación predominantemente femenina, pues 97 de cada 100 que la ejercen son mujeres, también se destaca que de cada 100 de estos ocupados, 38 se desempeñan en establecimientos y 62 en viviendas particulares y la edad promedio de los cuidadores fue de 37.6 años y contaban con 9.6 años de escolaridad en promedio (equivalente a tener cubierto el nivel básico de educación) y en promedio, laboran 38.5 horas a la semana y ganan 24.3 pesos por hora trabajada (INEGI, 2017).

Michoacán presenta cada vez mayor incidencia en lo que respecta a padecimientos mentales, se estima que el 14% de la población llega a presentar trastornos de ansiedad, 1% esquizofrenias o bipolaridad y cinco por ciento muestran diferentes trastornos mentales y solo el 40% reciben atención médica a tiempo, así lo menciona el Centro Michoacano de Salud Mental (CEMISAM), la Organización panamericana de la salud, (OPS) y la OMS advierten que para el 2020 la depresión será la primera causa de discapacidad económica de una persona en Michoacán.

Según los datos aportados por la OMS, la carga de trastornos mentales sigue aumentando y tiene grandes repercusiones en la salud, además de importantes consecuencias sociales, económicas y para los derechos humanos en todos los países del mundo.

Para aplicación de esta investigación se cuenta con la autorización de los directivos del Hospital Psiquiátrico “Dr. José Torres Orozco” de Morelia, Michoacán mismos que autorizan el protocolo a través de un comité de investigación y bioética, facilitan el acceso para poder encuestar a los familiares de pacientes con enfermedad mental que hacen el papel de cuidadores primarios y que acuden a visita familiar el día domingo, de igual manera, todos los gastos que se requieren para la realización de este trabajo serán absorbidos por el investigador principal, incluyendo transporte, material y equipo.

Los resultados obtenidos en este trabajo, fortalecerán la línea de generación y aplicación innovadora del conocimiento (LGAC), en las actividades o estudios que

profundicen en el conocimiento como producto de la investigación básica y aplicada con un conjunto de objetivos y metas de carácter académico, en temas disciplinares o multidisciplinarios. Es muy frecuente que LGAC, en todos los campos se fomente el desarrollo del estudio de la investigación en beneficio de la sociedad.

En la búsqueda bibliográfica, se encontraron los siguientes artículos que abordan la temática respecto a la calidad de vida del cuidador primario de pacientes con enfermedad mental.

En 2015, Barrón, Herazo y Aroca, realizaron una investigación en Barranquilla, Colombia con el objetivo de medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad crónica se trató de un estudio analítico de corte transversal realizado en 80 personas diagnosticadas con enfermedad renal crónica, aplicaron el cuestionario *Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-SF)*, que valora ocho dimensiones genéricas de la calidad de vida relacionada con la salud y tres específicas relacionadas con la enfermedad renal, compararon las variables socio demográficas y las relacionadas con la enfermedad con las dimensiones del KDQOOL-36. Los resultados mostraron que los puntajes promedios de las dimensiones que conforman la calidad de vida de los pacientes estudiados se encontraron diferencias significativas ($p < 0.05$) entre las medias de los dominios del componente genérico, el funcionamiento físico y el desempeño físico y emocional, obtuvieron puntajes menores en los sujetos dializados. El 23.5% de la población que estudiaron tenía entre 61 y 70 años y 51.3% eran hombres, obtuvieron promedios bajos en las dimensiones carga de la enfermedad renal (40.3), salud física (33.4) y salud mental (43.5) del componente genérico.

En otro trabajo en la Ciudad de Tapanca, Chile, en el año 2015, Cuadra, Medina y Salazar efectuaron una investigación con el objetivo de identificar la relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica, utilizaron muestreo no probabilístico por disponibilidad. Participaron 150 adultos mayores (42 hombres y 108 mujeres), pertenecientes a distintos sectores de la ciudad, realizaron las aplicaciones de los instrumentos de Calidad de Vida (*WHOQOL-OLD*), Escala de

Bienestar Psicológico de Ryff, Cuestionario de Apoyo Social Funcional Ducke-Unc-11, Cuestionario Genérico de Salud Física y Mental SF-36. Los resultados que de Calidad de vida les mostraron una correlación de manera positiva y estadísticamente significativa con Bienestar psicológico (0,763), Apoyo social (0,431) y Salud física y mental (0,586). No obstante, el modelo final de salud obtuvo $*0656 + \text{bienestar psicológico} *168 = \text{calidad de vida}$ (coeficiente de regresión no estandarizados), lo anterior les proporciono una correlación múltiple de 0,78.

Mientras que, en Colombia, en el año 2017, Silva et. al. Realizaron una investigación con el objetivo de determinar la sobrecarga de trabajo y la calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor, se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, realizado con 183 adultos mayores y sus respectivos cuidadores atendidos en un consultorio de geriatría. Para la recolección de los datos, utilizaron los instrumentos de perfil demográfico para el adulto mayor y su cuidador Escala de Zarit y las dimensiones de la calidad de vida, The Medical Outcomes Study 36-item (sf-36), en los resultados los adultos mayores, predominó el sexo masculino. En los cuidadores, predominó el sexo femenino; la edad promedio fue de 44,3 años, reportaron según la evaluación con la Escala de Zarit, que el 18,1% presentó algún tipo de sobrecarga; en cuanto a la calidad de vida, las dimensiones con menor puntuación fueron Salud general, Salud mental y Vitalidad. Obtuvieron una correlación inversa entre la puntuación total de la Escala de Zarit y todas las dimensiones de la calidad de vida.

Gómez en 2015, en México con el objetivo de Analizar las diferencias en la calidad de vida de pacientes con psicosis comparados de acuerdo con el curso de la enfermedad, usaron las historias clínicas y la SCID-I para establecer el curso de la enfermedad, que se clasificó conforme a 3 criterios: a) recaídas, b) síntomas residuales y c) diagnóstico clínico primario. La calidad de vida subjetiva la evaluaron con el cuestionario Sevilla. Los resultados les mostraron que participaron 61 pacientes (el 56% mujeres) que, en general, refirieron un nivel de calidad de vida adecuado. El curso de la enfermedad, caracterizado por la presencia de síntomas residuales, más que por la experiencia de recaídas o la evolución de un primer

episodio de psicosis a esquizofrenia, reveló un efecto negativo sobre la calidad de vida percibida por los pacientes.

En Morelia, Michoacán con el objetivo de medir el cansancio del cuidador primario de pacientes con enfermedad mental, en 2019, Valtierra et. al. realizaron un estudio cuantitativo, no experimental, prospectivo y transversal, con una muestra 102 CP de pacientes con enfermedad mental, con muestreo no probabilístico, utilizaron el cuestionario Zarit, que mide sobrecarga, con estadística descriptiva para frecuencias y porcentajes, con una prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov, para análisis de sobrecarga de CP, para identificar cansancio, por sexo y estado civil, emplearon la prueba estadística *U de Mann-Whitney*, su resultados mostraron que: 60 (58.8%), femeninas, 48 (52.9%) de zona urbana 74 (72.5%), católicos; escolaridad: 29 (28.4%) primaria, s 52 (51%), amas de casa 37 (36.3%), padecían enfermedad 100%, 22 (21.6%) diabetes mellitus, 26 (25.5%) viven con su esposo(a), 19 (18.6%) con sus padres, 18 (17.6%) con hijos, 17 (16.7) en familia, 11 (101.8%) en pareja, trabajaban 62 (60.8%) del padecimiento mental del paciente 23 (22.5%) esquizofrenia; 19 (18.6%) trastorno mental por uso de sustancias; 17 (16.7%) trastorno depresivo, 12(11.8%) trastorno bipolar; presentaron sobrecarga intensa 70 (68.6%) de CV.

1.2 Planteamiento del problema

La salud como necesidad básica del ser humano es una prioridad es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocuparan siempre por conservar y mantener niveles óptimos o saludables.

Es importante diversificar los medios para poder afrontar los padecimiento mentales, que se ha expandido de manera alarmante, es ahí donde la familia juega un papel importante en la recuperación y rehabilitación del afectado ya que ella refleja el camino recorrido que tienen que vivir con un miembro con alguna enfermedad mental, consideramos que es necesario mencionar el término calidad de vida del cuidador primario, ya que por los cuidados prolongados que le brinda puede verse afectada la plenitud en su desarrollo en diferentes áreas, Lo que imposibilita la realización de planes o metas personales (Villamar, 2014).

Por ello, es de suma importancia abordar esta problemática que no solo afecta al enfermo si no a su entorno familiar, sobre todo a la persona que se encarga principalmente de su cuidado, y es aquí donde el personal de salud como enfermería debe de realizar programas que ayuden a mejorar la calidad de vida del cuidador primario para que no se afecte su salud física y mental, y de esta manera el paciente encuentre la fortaleza para que cualquier tratamiento tenga buenos resultados (Ramírez, Salazar y Perdomo, 2017)

Con base a lo anterior, se formuló la siguiente interrogante: ¿Cuál es la calidad de vida del cuidador primario de paciente con enfermedad mental?

1.3 Objetivos

1.3.1 General

Describir la calidad de vida del cuidador primario de pacientes con enfermedad mental.

1.3.2 Específico.

1. Identificar al cuidador primario de pacientes con enfermedad mental con base en las variables sociodemográficas.
2. Identificar la calidad de vida del cuidador primario en la dimensión salud física.
3. Determinar la calidad de vida del cuidador primario según la dimensión psicológica.
4. Identificar la calidad de vida del cuidador primario en la dimensión relaciones sociales.
5. Identificar la calidad de vida del cuidador primario en la dimensión ambiente.

1.4 Hipótesis

H_i La calidad de vida del cuidador primario de paciente con enfermedad mental es alta.

H_o La calidad de vida del cuidador primario de paciente con enfermedad mental es baja.

Capítulo II

2.1 Marco teórico conceptual

En este apartado se abordan los conceptos, calidad de vida, cuidador primario y enfermedad mental que dan sustento al presente trabajo.

2.1.1 Calidad de Vida

Existen diferentes definiciones que abordan la calidad de vida, a continuación, se mencionan algunos.

Romina (2016), en su investigación conceptualiza la Calidad de Vida como de forma multidimensional, que incluye un número de dominios, que son considerados diferentes en cuanto a su peso por cada persona, en relación a la importancia que cada sujeto le otorga, en 1995, se funda la Internacional *Society for Quality of Life Studies (ISQOLS)* cuyo objetivo fue generar el incentivo para el desarrollo de estudios sobre calidad de vida a nivel mundial, desde la interdisciplinar y en las diferentes áreas.

Para Tuesca y Molina, la Calidad de Vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida “Estado de bienestar” (Tuesca y Molina, 2012).

Según Urzúa (2013) citado por Marcial (2016) menciona que la calidad de vida se define como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza un individuo de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida, la calidad de vida se refiere a la calidad de las condiciones de vida de una persona, como a la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos. Entre los elementos objetivos se consideran: al bienestar material, la salud objetivamente considerada, las relaciones armónicas con el ambiente y la comunidad, mientras en los elementos subjetivos se encuentra: la intimidad, la

expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibido (Nava, 2013).

Para fines de esta de investigación se aborda el concepto de Calidad de Vida definido por OMS en 1994 que dice que:

La Calidad de vida es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. La calidad de vida es un concepto subjetivo, que reflejara el punto de vista individual del bienestar y el funcionamiento de cada sujeto.

Una vez que se ha delimitado el concepto de la Calidad de Vida (CV) es necesario destacar que hay factores en cada una de las dimensiones de la persona que afectan la CV de las personas a lo largo de sus ciclos vitales, la enfermedad y el cuidar a una persona enferma se considera un estresor importante en la percepción de la calidad de vida.

2.1.2 Cuidador primario

Tradicionalmente cuando una persona en la familia enferma, los demás miembros se vuelcan a su cuidado y es habitual que una persona se haga cargo mayoritariamente de la atención de las necesidades del enfermo, convirtiéndose en el cuidador primario.

Algunos conceptos que existen sobre el Cuidador Primario (CP) son los siguientes. De acuerdo a Rangel en el 2014, el cuidador primario se define habitualmente cuando existe una persona que se hace cargo de la mayor parte del cuidado y apoya al paciente tanto en casa como en el hospital o las consultas. A esta persona se le conoce como cuidador primario (Rangel, 2014).

Según Cardona en el 2013, el CP es el individuo responsable de atender las necesidades diarias, le suministra tanto apoyo físico como emocional, la familia es la principal proveedora de cuidados, siendo las mujeres tradicionalmente quienes asumen este rol, generalmente el cuidador familiar no tiene formación en salud, no recibe remuneración económica y cumple con este papel sin someterse a normas,

ni procedimientos, pasan gran parte del día con la persona que cuidan y en muchas ocasiones conviven con ella. Este cuidador informal generalmente tiene un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios.

Para Flores (2017), El cuidador primario es aquella persona que día a día se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en la vida diaria, esta persona, normalmente tiende a interrumpir su ritmo de vida habitual y limitar su vida social, lo que con el tiempo conllevan a una negativa en su salud, que pueden presentar un conjunto de problemas físicos, mentales sociales y económicos, a lo que generalmente se le denomina cargas de trabajo

Es así que podemos definir, de manera muy general, que el cuidador primario es la persona que no es miembro de ninguna institución sanitaria o social y que se encarga de los cuidados totales o parciales de personas no autónomas que viven en su domicilio o muy cerca de este.

Dentro de esta investigación se considera como cuidador primario al que en 1999 la OMS describió como la persona del entorno del paciente que asume voluntariamente el papel del responsable del mismo en un amplio sentido; esta persona puede tomar decisiones por el usuario y mantener y brindar las necesidades básicas del mismo de manera directa o indirecta (OMS, 1999).

Es necesario mencionar que existen diferentes tipos de cuidador como los que a continuación se abordan.

Tipos de cuidador.

Dentro de toda la bibliografía citada resulta difícil encontrar una clasificación general de los tipos de cuidadores que existen, pero partiendo de nuestro interés en el estudio del CP mencionaremos el siguiente concepto.

Cuidador primario.

Es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del paciente. Por lo general este vive en el mismo domicilio o muy cerca. Es mayormente familiar en primer grado del paciente

Para mayor comprensión otro concepto propuesto; “Es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general su esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que le es significativo. Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia” (Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, 2002).

Según la NOM-025-SSA2-2014 para la atención Médico-psiquiátrica existen otros cuidadores que también son llamados acompañante terapéutico que son el personal capacitado que se inserta en la cotidianidad de la persona usuaria, trabaja dentro de un equipo interdisciplinario para facilitar la operación y funcionamiento de los servicios de atención en salud mental. Su función es la de compañero/a, guía y sostén en la construcción de la subjetividad singular de cada persona, con el fin de facilitar la construcción y/o continuidad del lazo social, la instauración de actitudes positivas respecto de su condición y habilidades disminuidas, el máximo grado posible de integración y competencias sociales, el máximo grado posible de autonomía, así como el fortalecimiento de sus capacidades y rasgos positivos de su personalidad.

Toda enfermedad, sin duda, genera estrés y puede llegar a ser una carga importante para el enfermo y para su familia, con mayor razón en el caso de un enfermo psiquiátrico. En América Latina, se ha determinado que los trastornos mentales son altamente prevalentes y representan una significativa carga para quienes los padecen y para sus cuidadores. (Minoletti A, Galea S, Susser E. 2013)

2.1.3 Enfermedad mental

Para la OMS las enfermedades mentales no deben definirse por la ausencia de salud mental, es decir, y señala que el análisis y comprensión de éstos debe hacerse con una perspectiva integral que los trastornos mentales se consideran afecciones de importancia clínica que están caracterizados por alteraciones en los

procesos de pensamiento, en la afectividad y en la conducta; están causados por complejas interacciones de factores biológicos, socioculturales y genéticos, y se asocian a deficiencias graves en el funcionamiento social, familiar e individual existen definiciones para cada uno de los diferentes trastornos mentales entre los cuales destaca los trastornos del desarrollo, incluido el autismo, trastornos alimenticios, trastornos obsesivo-compulsivo, fobias, bipolaridad, trastornos de la personalidad, trastornos del estado de ánimo y de la depresión (Joffre, 2009).

En lo referente a la atención en salud la Ley General de Salud (2020) en su capítulo IV que habla de la salud mental hace mención en su artículo 74. La atención de las enfermedades mentales comprende: I. La atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas, y II. La organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales (Ley General de Salud, Art. 74, 2020).

2.1.4 Trastorno mental.

Existe una gran variedad de trastornos mentales cada uno de ellos con distintas manifestaciones. En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Entre ellos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo (OMS, 2019). En el cuaderno formativo voluntariado en salud mental (Carrasco et al., 2015). La salud mental es fruto de todos los aspectos de la vida cotidiana, porque no solo depende de factores físicos sino en gran parte de factores psicológicos y ambientales. En este sentido, se puede decir que todas las personas son vulnerables, ya que están expuestas a sufrir un problema de salud mental en cualquier momento de la vida.

Se conoce como trastorno o enfermedad mental al síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad. En este marco, resulta interesante destacar

que una enfermedad de tipo mental es aquella que se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo, la cual se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones. (OMS, 2012).

Para la NOM-025-SSA2-2014, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral médico-psiquiátrica, que tiene por objetivo establecer criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Define al Trastorno Mental y del comportamiento: Conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociados la mayoría de los casos con el malestar y la interferencia con el funcionamiento personal. Sus manifestaciones suelen ser comportamentales, psicológicas o biológicas.

Se ha visto que el efecto del cuidado de la familia a nivel clínico y social, tanto en enfermedades mentales como en físicas, está influenciado considerablemente por ciertas variables, como son: la relación entre el paciente y el cuidador, la actitud de los familiares y en particular del cuidador primario, así como el soporte profesional que se recibe afecta positiva o negativamente en el cuidado que se brinda al paciente. (Perlick D et. al. 2001)

CAPITULO III

3.1 Material y método

3.1.1 Tipo de estudio.

Se trató de un estudio cuantitativo, no experimental, prospectivo y transversal.

3.1.2 Universo.

Estuvo constituido por cuidadores primarios de pacientes con enfermedad mental.

3.1.3 Tamaño de muestra.

La muestra estuvo conformada por 76 cuidadores primarios de pacientes con enfermedad mental del Hospital Psiquiátrico “Dr. José Torres Orozco” en Morelia, Michoacán.

3.1.4 Muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

3.1.5. Unidad de observación

Cuidadores primarios entre los 20 y 70 años de edad.

3.1.6 Límites.

3.1.6.1 Límites de tiempo. De febrero a agosto del 2020.

3.1.6.2 Límites de lugar. Hospital Psiquiátrico “Dr. José Torres Orozco” en Morelia Michoacán.

3.1.7 Criterios de selección.

Se tomaron en cuenta a los cuidadores de los pacientes que acudan como acompañantes a la consulta de seguimiento y a familiares que asistan a visita.

3.1.8 Criterios de inclusión. Cuidadores que sean familiares del paciente, no reciban remuneración por los cuidados que prestan, haber cuidado a un paciente con trastorno mental por lo menos los últimos tres meses anteriores a este estudio, no tener deterioro cognitivo, que el familiar que cuida sea paciente del Hospital

Psiquiátrico “Dr. José Torres Orozco” de Morelia Michoacán y que esté de acuerdo en participar y firme el consentimiento informado.

3.1.9 Criterios de Exclusión. Para los cuidadores primarios, no ser familiares, recibir remuneración por los cuidados que prestan, cuidar a un paciente con otro padecimiento que no sea enfermedad mental, presentar deterioro cognitivo, no aceptar participar, haber cuidado al paciente durante menos de tres meses anteriores a este estudio.

3.1.10 Criterios de eliminación. Cuestionarios incompletos con más del 30% y cuidadores de pacientes que fallezcan durante el desarrollo de la presente investigación.

3.1.11 Definición y operacionalización de variables sociodemográficas.

Sexo. Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer. El sexo viene determinado por la naturaleza, es una construcción natural, con la que se nace (Flores, 2003).

Edad. El diccionario de la Real Academia de la Lengua define la edad como el tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació y se contabiliza con años cumplidos (REA, 2010).

Parentesco. Lazo establecido a raíz de consanguinidad, adopción, matrimonio, afinidad u otro vínculo estable basado en el afecto genuino. Se trata, por lo tanto, de relaciones que pueden desencadenarse por factores biológicos o no y que se organizan de acuerdo a líneas que permiten reconocer múltiples grados (Pérez y Gardey; 2009).

Estado civil. Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

Escolaridad. Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. Tiempo que dura la escolaridad, según la Real Academia Española (2010).

Ocupación. La ocupación se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la Posición en el Trabajo (Luciano, 2012).

Trabajo. Se denomina trabajo a toda aquella actividad ya sea de origen manual o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica por las labores concretadas (Definición Mx 2005).

3.1.12 Selección de fuentes, de métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información.

Instrumento para la colecta de datos sociodemográficos que está conformado por dos partes: La primera contiene un folio, la fecha de la aplicación.

Para Robles y Rubio (2016) en su artículo Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud hizo mención de la OMS tomando la iniciativa para desarrollar un instrumento que mida la calidad de vida dado que se ha ampliado el enfoque de medir la salud más allá de indicadores como mortalidad y morbilidad, incluyendo otras variables que impactan la vida del enfermo y cómo sufre un deterioro en sus actividades rutinarias de la vida diaria y creó el WHOQOL-100 (1991) y WHOQOL-BRIEF (1994), único instrumento internacional de la OMS, de medición de la calidad de vida, logrado con la colaboración de diversos grupos culturales.

3.1.13 Instrumento WHOQOL-BREF

El instrumento *World Health Organization Quality of Life instruments* WHOQOL-BREF por sus siglas en inglés, mide la calidad de vida y está constituido por cuatro dimensiones que son: a) dimensión física que toma en cuenta la funcionalidad, la energía, el dolor, la fatiga, la necesidad de tratamientos médicos,

capacidad de trabajo y sueño; b) dimensión psicológica, abarca la satisfacción de la vida y consigo mismo la capacidad de concentración, sentimientos positivos y negativos y espiritualidad (creencias); c) dimensión relaciones sociales, incluye la satisfacción con las relaciones personales, soporte social y actividad sexual, y d) dimensión entorno, contempla el ambiente físico, seguridad, recursos financieros, acceso a los servicios de salud, participación en actividades de ocio y recreación, transporte e información.

El instrumento proporciona un puntaje general relacionado con la percepción de calidad de vida en general con base a sus cuatro dimensiones físicas, psicológicas, relaciones sociales y entorno.

Para calcular el puntaje, se siguió el siguiente algoritmo.

1. Revertir las tres preguntas evaluadas negativamente: P3, P4 y P26 (Si contesta 1, entonces es 5).
2. Calcular puntajes por dominio: (SUM = Sumatoria). Los dominios corresponden a: a) salud física (P3, P4, P10, P15, P16, P17, P18) *4, b) salud Psicológica SUM (P5, P6, P7, P11, P19, P26) *4, d) relaciones sociales SUM (P20, P21, P22) *4 y d) ambiente SUM (P8, P9, P12, P13, P14, P23, P24, P25) *4 -

Por el enfoque transcultural que tuvo desde su elaboración y su ajuste a los objetivos de esta investigación, cubriendo las dimensiones más relevantes de la calidad de vida; se decidió utilizar el WHOQOL-BREF para el presente trabajo, tomando en cuenta además que éste instrumento es de fácil comprensión para la población en estudio (apéndice 2).

3.1.14 Procedimientos de recolección de datos.

Procedimiento

Previo a la aplicación del instrumento, la investigación se sometió a aprobación de la Comisión de Investigación y Bioética e la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y del Comité de Ética e

Investigación del Hospital Psiquiátrico” Dr. José Torres Orozco” de Morelia, Michoacán.

Con la aprobación de las instancias mencionadas se acudió al nosocomio para conformar la muestra con los participantes que cumplan con los criterios de inclusión, a quienes se les informó el objetivo del estudio y firmaron la hoja de consentimiento informado. Cuando todas las dudas sean aclaradas, se aplicó la hoja de colecta de datos dando el tiempo para contestar, intentando que las preguntas siempre sean claras. Se informó que los datos proporcionados serán tratados con confidencial y solo se darán a conocer en eventos académicos y de enfermería y posterior a esto se procederá a la aplicación del instrumento escala de WHOQOL-BREF.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo por el investigador de este estudio a cada uno de los participantes, con el objeto de que no exista ninguna pregunta sin ser contestada.

3.1.15 prueba piloto

Se realizó la prueba piloto en las colonias pertenecientes a Morelia, Michoacán nueva esperanza, San Juanito Itzicuaró y Tabiqueros es una población diferente a la de estudio, se incluyó a 20 cuidadores primarios de pacientes con enfermedad mental se utilizó el instrumento WHOQOL-BREF que esta validado para población mexicana y se encontró que 16 (80%) presentaron calidad de vida baja, mientras que el resto 4 (20%) el resultado fue, calidad de vida alto.

3.1.16 Análisis estadístico.

Para llevar a cabo el procesamiento de datos se utilizará el paquete estadístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 25. Se recurrirá a la estadística descriptiva para obtener frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas.

Recursos humanos. Esta investigación se realizó por el PLESS. Jonathan Solorio Vargas, quien fue el responsable de elaborar la presente investigación, realizó la colecta, captura y análisis de los datos, resultados y elaboración de tesis.

Programa de trabajo. Esta investigación se inició en febrero y concluirá en agosto 2020

Presupuesto. Este proyecto de investigación será financiado por el pasante de licenciatura en enfermería en su totalidad. Ya que se cuenta con el recurso económico, los recursos materiales y el tiempo, mismos que se describen en el anexo 2 (ver anexo 2).

3.1.17 Aspectos éticos y legales.

Para fines de este trabajo el investigador tomo en cuenta lo establecido por la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos basada de acuerdo los principios éticos y legales, en sus artículos 13, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 23 y 58.

1. En esta investigación se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieren ya que se contará con su autorización.
2. Esta investigación se considera de bajo riesgo, porque, el investigador principal aplicará solo un instrumento, al no advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realizará la investigación.
3. En esta investigación en la que el ser humano será sujeto de estudio, se respetará su dignidad derechos y bienestar.
4. Se elaboró el consentimiento informado por escrito para el sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.
5. Se contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, ética y la de bioseguridad.
6. Este trabajo se considera como sin riesgo ya que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, solo se aplicará un cuestionario llamado WHOQOL-BREF.
7. Se realizó el consentimiento informado por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autorizará su

participación en la investigación, con pleno conocimiento de decidir participar de forma libre y voluntaria y sin coacción alguna.

8. El participante recibieron a través del consentimiento informado una explicación clara y completa, sobre los aspectos de la presente investigación: justificación y los objetivos así como la aclaración a las dudas que le surgieron y podrá retirar su consentimiento en el momento que decida y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se interfiriera o modifique su cuidado, así mismo se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, no se le realizará ningún cobro por participar
9. El consentimiento informado fue elaborado por el investigador considerando con los siguientes requisitos: fue revisado y aprobado, incluirá los nombres de dos testigos, será firmado por los dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. En el caso de los sujetos de investigación que no sepan firmar, solo van a imprimir su huella digital y a su nombre firmará otra persona que ellos designaran.
10. Aunque en el caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado en esta ocasión se obtuvo el consentimiento informado

El retiro del consentimiento por parte del participante será solo en caso necesario cuando afecte la atención y cuidado que se le brinda en la institución.

CAPITULO IV

4.1 Resultados

En este apartado se describen los resultados obtenidos en el trabajo de investigación titulado calidad de vida del cuidador primario de paciente con enfermedad mental, se inicia con la descripción de variables sociodemográficas, se continúa con las variables de estudio y se finaliza con la calidad de vida por dominios.

Algunos de los datos más importantes obtenidos para el logro del objetivo del estudio, respecto a las variables sociodemográficas de los CP son los que se señalan a continuación y que se muestran en la tabla 1.

Se encontró que en relación con la edad de los CP 36(47.4%) tenían entre 31 y 50 años de edad. Del total de la muestra de 76 participantes, 40 (52.6 %) CP eran de sexo femenino y 36 (47.4 %) fueron hombres. En cuanto al lugar de origen 55 (72.4%) radicaban en zona urbana, el resto en área rural.

Relativo a las creencias religiosas hubo predominio de la religión católica con 62 (81.6%). Respecto al tiempo en que se han constituido como cuidador primario de paciente con trastorno mental 66 (86.8%) manifestó que lo ha hecho por más de tres años.

Por otro lado, en cuanto a la escolaridad de los participantes 21 (27.6%) declararon tener educación secundaria; seguido de 18 (23.7) cursaron licenciatura y primaria.

El estado civil de los participantes 43 (56.6%) están casados; de los cuales 25 (32.9%) vive solo y 15 (19.7%) vive con esposa (o). asimismo, el cuidador que no cuenta con empleo remunerado 42 (55.3). Dentro de las ocupaciones, 20 (26.3%) se encuentran las amas de casa seguidas de los profesionistas 16 (21.1%). Por último, los casos en los padece alguna enfermedad 38 (50%) se refiere a artritis, obesidad, EPOC, etcétera y 26 (34.2%) con hipertensión.

Tabla 1.

Caracterización de los Cuidadores Primario de Paciente con Enfermedad Mental Según sus Variables Sociodemográficas agosto 2020.

Variable		f	%
sexo	Femenino	40	52.6
	Masculino	36	47.4
Lugar De Origen	Rural	21	27.6
	Urbano	55	72.4
Religión	Católica	62	81.6
	Otras	14	18.4
Tiempo Como Cuidador	Más de tres meses	10	13.2
	Más de un Años	66	86.8
Escolaridad	Analfabeta	6	7.9
	Primaria	18	23.7
	Secundaria	21	27.6
	Preparatoria	18	23.7
	Licenciatura	6	7.9
	Otros	7	9.2
Estado Civil	Casado(a)	43	56.6
	Soltero(a)	33	43.4
Con quién Vive	Pareja	15	19.7
	Hijos	10	13.2
	Esposa (o)	21	27.6
	Padres	5	6.6
	Solo	25	32.9
Cuenta con empleo remunerado	Si	34	44.7
	No	42	55.3
Ocupación	Ama De Casa	20	26.3
	Empleado(a)	8	10.5
	Obrero(a)	12	15.8
	Comerciante	7	9.2
	Profesionista	16	21.1
	Pensionado/Jubilado	13	17.1
Padece Alguna Enfermedad	Cardiaca	2	2.6
	Diabetes mellitus .	10	13.2
	Hipertensión	26	34.2
	Otras(Artritis, Obesidad, EPOC)	38	50.0
N		76	100.0

Nota. N=76. f= frecuencia, %= porcentaje.

Tabla 2.

**Calidad de vida del cuidador primario de paciente con enfermedad mental,
Morelia, Michoacán, Agosto del 2020.**

Variable	Nivel	f	%
Calidad de vida general	Baja	12	15.8
	Alta	64	84.2
N		76	100.0

Nota. N=76. f= frecuencia, %= porcentaje.

Desde una perspectiva general del estudio, se encontró que la CV alta 64 (84.2%) predomina en el CP, al contrario de la CV baja en donde se muestran 12 (15.8%).

Tabla 3.

**Calidad de Vida por Dimensiones del Cuidador Primario de Paciente con
Enfermedad Mental, Morelia, Michoacán, Agosto del 2020**

Calidad de vida por dominios	Nivel	f	%
Salud física	Baja	12	15.8
	Alta	64	84.2
Salud psicológica	Baja	35	46.1
	Alta	41	53.9
Relaciones sociales	Baja	51	67.1
	Alta	25	32.9
Ambiente	Baja	49	64.5
	Alta	27	35.5
N		76	100.0

Nota. N=76. f= frecuencia, %= porcentaje.

Los resultados de la tabla 3. Muestran la CV en sus cuatro dominios, entre las que se encuentran la salud física con 64 (84.2%), salud psicológica con 41 (53.9%) y el resto de dominios relaciones sociales con 51 (67.1% una CV baja: salud psicológica. Seguido de la dimensión psicológica en este sentido mostro 41 (53.9%) un nivel alto. Es importante mencionar que la salud social 51 (67.1%) se encontró un nivel bajo y por último se mostró la dimensión ambiental 49 (64.5%) un nivel en la CV bajo.

4.2 Discusión

A partir de los hallazgos encontrados, en este estudio con lo que sostiene la mayoría de los cuidadores son de género femenino coincide con lo reportado por Silva et. al. (2017) en su estudio sobrecarga de trabajo y la calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor quien menciona que el cuidado continúa siendo ejercido por el sexo femenino y reporto que la mayoría de las personas estudiadas eran féminas.

Mientras que, con respecto al lugar de origen, en esta investigación los cuidadores primarios reportaron ser originarios de zona urbana igual a lo reportado por Garzón et al. (2017) que menciona en su proyecto calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer, en la que describe que la mayoría de los cuidadores residían en zona urbana.

En relación a la escolaridad de los CP, en este trabajo se encontró que el nivel de escolaridad máximo de los CP fue secundaria diferente a lo reportado por Expósito et. al. Y Silva quienes encontraron un mayor nivel de instrucción de los CP con preparatoria y nivel superior respectivamente (Expósitos y Silva, 2017)

Los resultados mostraron que el estado civil de los participantes la mayoría refirieron ser casados igual a lo reportado por Caqueo y Valencia (Caqueo, 2015; Valencia, 2017).

Acerca de si el CP cuenta con empleo remunerado, se encontró que la mayor parte de los participantes no cuentan con un salario, contrario a lo expuesto por Galvis et. al. Quienes encontraron que el CP cuenta con salario (Galvis et. al., 2016).

Sobre la información de los CP de con quien vive, la mayoría contestaron que viven con su pareja, esposa(o) igual a los datos encontrados por Valtierra en 2018.

Acerca de si el CP padece alguna enfermedad, el cuidador reporto tener mayor incidencia en hipertensión y otras enfermedades, contrario a lo reportado por

barros quienes encontraron mayor número de cuidadores diabéticas. (Barros, et. al., 2015)

4.3 Conclusiones

Los resultados que arrojó la investigación evidencian una Calidad de Vida Alta de los Cuidadores Primarios de pacientes con enfermedad mental con lo que se da respuesta al objetivo general y prueba la hipótesis de trabajo.

En respuesta a los objetivos específicos se identificó que la mayoría de la población estudiada y que brinda cuidados a pacientes con enfermedad mental y fungen como cuidador primario son del sexo femenino es importante mencionarlo, ya que, en la totalidad de los estudios relacionados a la CV del CP son de este género, por otra parte se muestra que la mayor parte de los cuidadores residen en áreas rurales; y con respecto a los objetivos específicos identificar la CV del CP en las dimensiones y dado que en el proyecto se demostraron alteraciones en los dominios, relaciones sociales y ambiente, es evidente que los cuidadores requieren de una atención inmediata para mejorar la CV, es importante decir que el paciente con enfermedad mental demanda bastante atención por parte del cuidador y perciben que su vida ha cambiado y como resultado se encuentra alterada la CV, las características en este estudio contribuyen a la comprensión del impacto que ocurre en el CP, el cual tiene consecuencias físicas, psicológicas, ambientales y sociales.

Finalmente es posible concluir de esta investigación que la CV se encuentra influenciada por las dimensiones salud física, salud psicológica, relaciones sociales y el ambiente, para lo cual se proporcionan las

siguientes recomendaciones.

4.4 Sugerencias

A fin de mejorar la Calidad de Vida del Cuidador Primario se sugiere que en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Torres Orozco” se desarrollen líneas de investigación afines, con el propósito de estudiar más a fondo los factores que inciden en la calidad de vida de los cuidadores, que se vayan implementando programas de intervención liderados por enfermería con el propósito de ayudar y contribuir en el manejo de la carga emocional y física, producto del trabajo de pacientes con alto nivel de dependencia.

Se recomienda la creación de un programa social que pueda dar apoyo a los cuidadores, con diferentes intervenciones para prevenir futuras enfermedades provenientes de las consecuencias negativas del cuidado y así promover el bienestar físico, social, psicológico y espiritual del cuidador. Estas intervenciones que con ayuda de otros profesionales podrán servir como soporte en pro del cuidador y del paciente.

Que se desarrollen talleres vivenciales dirigidos por la enfermera(o), referidos al mantenimiento y mejora de la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con un nivel de dependencia alto como los pacientes con retraso mental donde el nivel de atención de paciente es mayor.

Se recomienda la creación de cursos teórico prácticos de cuidado de pacientes con enfermedad mental, realizados por enfermería a fin de disminuir la sobrecarga del cuidador y aumentar su calidad de vida, que incluyan técnicas de relajación para poder manejar el estrés y mantener el equilibrio psicológico con el propósito de facilitar el enfrentar los requerimientos diarios que necesita el paciente.

Referencias bibliográficas

- Barros Higgins, L., Herazo Beltrán, Y., y Aroca Martínez, G. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(4), 641-647. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.49805>
- Caqueo-Urizar, A., Segovia-Lagos, P., Urrutia-Urrutia, Ú., Castillo, C. M., & Navarro Lechuga, E. (2013). Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*, 10(0), 95-108. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/41950>
- Cuadra, A., Medina, E., y Salazar, K. (2015). Relación De Bienestar Psicológico, Apoyo Social, Estado De Salud Física Y Mental Con Calidad De Vida En Adultos Mayores De La Ciudad De Arica. *Limite*, 11(35), 56-67. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83646545005>
- Expósito, E., Martín, M., & Oviedo, H. (2019, 4 noviembre). La ESCV-FC para evaluar Calidad de Vida en cuidadores primarios en el Caribe colombiano. *SciELO*, 27(3). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000200011
- Fhon, J. R. S., González Janampa, J. T., Mas Huaman, T., Marques, S., y Rodrigues, R. A. P. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador

principal del adulto mayor. *Avances en Enfermería*, 34(3), 251-258.

<http://mr.crossref.org/iPage?doi=10.15446%2Fav.enferm.v34n3.58704>

Galvis-López, C. R., Aponte-Garzón, L. H., y Pinzón-Rocha, M. L. (2016).

Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos, Villavicencio, Meta. *Aquichan*, 16(1), 104-115.

<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4281/pdf>

Gómez, L. (2015). Curso de la enfermedad y calidad de vida en pacientes mexicanos con psicosis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(4), 218-223. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.12.001>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2014). “estadísticas a propósito del... día de las y los cuidadores de personas dependientes1 (2 de marzo)”. Recuperado de:

<http://dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017, 28 Febrero). Estadísticas a propósito del día de las y los cuidadores de personas dependientes [Comunicado de prensa]. Recuperado de:

http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/usieg/comunicados/25ene19/economia/9_cuidadoresdepersonasdependientes_230118-9.pdf

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz., Carreño s., & Medina Ma. (2018). Panorama epidemiológico de los trastornos mentales, su impacto entre el balance trabajo familiar [Conjunto de datos]. Recuperado de:

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/estreslaboral/1erjornada/07-Panorama-Trastornos-Mentales.pdf>

Ley General de Salud (2020). Nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación, Estados Unidos Mexicanos el 7 de febrero de 1984. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf

Minoletti A, Galea S, Susser E. (2013) Community mental health services in Latin America for people with severe mental disorders. *Public Health Rev*; 34(2):1-23.

Oficina de información científica y tecnológica para el congreso de la unión. (2018). salud mental en México. *INCYTU, 007*, 1-6. Recuperado de: https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf

Organización Mundial de la Salud, y Organización Panamericana de la Salud. (OMS/OPS). (2011). Informe Sobre Sistema De Salud Mental En México. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf

Perlick D, Rosenheck R, Clarkin J, Raue P, Sirey J. (2001) Impact of Family Burden and Patient Symptom Status on Clinical Outcome in Bipolar Affective Disorder *J Nerv Ment Dis*. 189:31-7.

Ramírez, C. A., Salazar, Y., y Perdomo, A. Y. (2017). Calidad de vida de cuidadores de personas con secuelas de trastornos neurológicos. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 45, 9-16. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2016.12.002>

INCyTU, y Rentería, M. E. (2018). Salud Mental en México. Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión, 007. https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf

Secretaría de salud. Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014. *Diario Oficial de la federación*, 4 de Septiembre de 2015. Recuperado de:

<https://www.ssaver.gob.mx/transparencia/files/2011/11/NOM-025-SSA2-2014-ATENCION-MEDICO-PSIQUIATRICA.pdf>

Silva, J., González, J., Mas, T., Marques, S., y Partezani, R. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Avances en Enfermería*, 34(3), 251-258. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n3.58704>

Torres, A.M., y Pinilla, M. (2003). Perfil de los cuidadores de enfermos mentales. *Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo*, 5(1-2), 11-17. Recuperado de: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiokdmw9OngAhURna0KHcuxCwYQFjAAegQIChAB&url=http%3A%2F%2Frevistas.javeriana.edu.co%2Findex.php%2Fimagenydesarrollo%2Farticle%2Fdownload%2F1548%2F974&usq=AOvVaw1LHjwAO_v3U_QqI_yZRIA_G.

Torres, Y. (2018). Costos asociados con la salud mental. *Ciencia Salud*, 16, 182-186. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v16n2/1692-7273-recis-16-02-182.pdf>

Valencia, M. C., Meza-Osnaya, G., Pérez-Cruz, I., Cortes-Campero, N., Hernández-Ovalle, J., Hernández-Paredes, P., Juárez-Romero, K., Chino-Hernández, B., & Romero-Figueroa, M. S. (2017). Factores que intervienen en la sobrecarga del cuidador primario del paciente con cáncer. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(4), 221-225. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134282X17300015?via%3Dihub>

Valtierra, O. E. R., Et Al. (2019). Cansancio Del Cuidador Primario De Paciente Con Enfermedad Mental. Recuperado de:

<http://148.214.90.90/index.php/jovenesenlaciencia/article/download/3218/2708>

Villamar, R. C., (2014). Presencia del “síndrome del cuidador” en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el Instituto de Neurociencias de la JBG. (Tesis de grado académico de psicología). Universidad de Guayaquil Facultad de ciencias psicológicas, Guayaquil, Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6283/1/TESIS%20SINDROME%20DEL%20CUIDADOR.pdf>

World Health Organization: WHO. (2019, Octubre 23). *Salud mental del adolescente* [Comunicado de prensa] recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

World Health Organization: WHO. (2020, 30 Enero). Depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

Anexos

Apéndice 1

Financiamiento de la investigación

Calidad de vida del cuidador primario de paciente con enfermedad mental.

Nombre	Cantidad	Precio en pesos
Computadora Portátil	1	6,000.00
Impresiones	1	1,500.00
Hojas Blancas	1,500	300.00
Copias	200	400.00
Lápices	6	30.00
Lapiceros	6	45.00
Sacapuntas	3	25.00
Engrapadora	1	50.00
Memoria USB	1	100.00
Tabla Clip	1	90.00
Carpeta de Anillos	1	80.00
Separadores	50	40.00
Perforadora 3 Orificios	1	60.00
Engargolados	2	200.00
Marca textos	3	40.00
Internet	-	200.00
Total		9,160.00

Nota: elaboración propia J.S.V.

Anexo 1



Consentimiento Informado



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de enfermería

Se me informó sobre el proyecto de Investigación sobre nivel carga del cuidador primario del paciente con enfermedad mental, que realizará el PLESS. Jonathan Solorio Vargas, como parte de los estudios que lleva a cabo en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo para obtener el grado licenciatura en enfermería.

Descripción del estudio y procedimiento. Si Usted acepta participar en este estudio le pediré que firme esta hoja llamada Consentimiento informado y que permita que le haga preguntas que tienen que ver con su vida diaria y el cuidado que le brinda a su paciente con enfermedad mental y le solicitaré que por favor me dedique de 20-35 minutos.

Cuestionarios. Con la información que nos dé, Usted podrá conocer el nivel carga que vive al cuidar a su paciente con enfermedad mental.

Costo por participar. No se le pedirá que realice ningún pago.

Confidencialidad. La información que Usted nos dé, será conocida por las personas que participan en el estudio y se utilizará sólo para los propósitos de esta investigación y los resultados finales se darán a conocer en eventos de salud.

Retractación: este proyecto es totalmente independiente del cuidado que usted está recibiendo en su institución de salud y puede dejar de participar en el momento que así lo decida, sin que afecte la atención que le brinda

Preguntas. Si Usted tiene alguna pregunta o duda sobre el estudio, puede comunicarse con la PLESS. Jonathan Solorio Vargas, responsable del estudio al siguiente teléfono: 44 33 90 69 63

Firma del consentimiento informado: Si usted está de acuerdo en participar, por favor firme en la línea:

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del testigo

Apéndice 2

Cédula de variables sociodemográficas.

Cédula de Variables sociodemográficas **Instrucciones:** A continuación, se presenta una serie de datos que usted debe responder, por favor marque con una (x) su respuesta o indique la información requerida.

Fecha_____		Número_____
Edad_____		
Señale el tipo de enfermedad de su familiar	1.- Trastorno Bipolar_____	2.- Trastorno Depresivo_____
	3.- Algún tipo de demencia_____	4.-Trastorno de Ansiedad_____
	5.-Trastorno mental y del comportamiento debido al uso y abuso de sustancias_____	6.- Esquizofrenia_____
Sexo	1.- Masculino_____	2.- Femenino_____
Lugar de Origen	1.- Rural_____	2.- Urbano_____
Religión	1.- católico_____	2.- Otros_____
Tiempo como cuidador	1.- Meses_____	3.- Años_____
	1.- Analfabeta_____	2.- Primaria_____
Escolaridad	3.- Secundaria_____	4.- Preparatoria_____
	5.- Licenciatura_____	6.-Otros_____
Estado Civil	1.- Casado_____	2.- Soltero_____
	3.- Otros_____	
Trabaja	1.- Si_____	2.- No_____
	1.- Pareja_____	2.- Hijos_____
Con quien vive	3.- Esposo (a)_____	4.- Padres_____
	5.- Amigos_____	6.- Solo_____
	1.- Ama de casa_____	2.- Empleado_____
Ocupación	3.- Obrero_____	4.- Comerciante_____
	5.- Profesionista_____	6.- Jubilado/pensionado_____
Padece alguna enfermedad	1.- Enf. Del corazón_____	2.- D.M._____
	3.- Hipertensión_____	4.- Otra_____

Anexo 3

Cuestionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada, haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta. Institución _____

1 ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2 ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Nada	Un Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

3 ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

4 ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

5 ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6 ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9 ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10 ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5