

PRIMER ACCESIT

**NIVEL DE SALUD PERCIBIDA EN LOS FAMILIARES CUIDADORES DE ENFERMOS MENTALES. APLICACIÓN DE LA ENCUESTA SF-36 EN 51 CASOS DEL HOSPITAL XXX**

**AUTORA:** Rosa M<sup>a</sup> Hernandez Cifuentes. Hospital de día de psiquiatría del hospital clínico de Valladolid. C/ Castañuelas 30 47012- Valladolid . Tfno: 609630745.  
correo. rhcifuentes @yahoo.es.

## 1.- PLANTEAMIENTO DEL TRABAJO Y OBJETIVOS

Como enfermeras de Salud Mental nos resulta habitual observar en nuestro trabajo cotidiano el duro impacto personal y emocional existente en los familiares de nuestros pacientes; hemos encontrado en la encuesta SF-36 una herramienta válida para tomar conciencia del sufrimiento de estas personas. Esto nos permitiría abordar un objetivo prioritario que es aprender a cuidar mejor al cuidador principal.

Desde la taxonomía NANDA identificamos estos problemas relativos a la dinámica familiar o al cansancio del cuidador en particular. Las categorías diagnósticas, que con frecuencia nos encontramos son los siguientes:

- Afrontamiento familiar comprometido
- Afrontamiento familiar incapacitante
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar

Como profesionales sanitarios no podemos ser simplemente observadores pasivos sino que queremos y debemos contribuir a cuidar del paciente y su familia, minimizando en lo posible todo el sufrimiento humano que nos rodea.

Diversos estudios han mostrado que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida, y el impacto del estrés es mucho menor que en las personas que no tienen este apoyo. (Jadoulle et al., 2005).

Los estudios sobre las respuestas emocionales en estas familias han constatado tasas superiores de prevalencia de ansiedad y depresión respecto a la población general. Todo esto demuestra el impacto de la enfermedad mental en estas familias, que alcanzan peores puntuaciones en las escalas de calidad de vida respecto a la población sana (Njah et al., 2001)

Para adaptarse a la nueva situación generada por la enfermedad la persona pone en marcha pensamientos y acciones. Es decir, pone en acción las llamadas estrategias de afrontamiento que se han definido como los

esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que hace un individuo para “manejar” las demandas externas e internas (Ruiz de Alegría et al., 2009; Lazarus y Folkman, 1986).

En un meta-análisis de 13 estudios (Campos et al., 2004) se identificaron las estrategias de afrontamiento, que aparecen recogidas en la tabla 1.

Las formas activas de afrontamiento, *Búsqueda de apoyo*, *Búsqueda de información* y *la reestructuración cognitiva*, tienen efectos positivos sobre el bienestar emocional, es decir ayudan a llevarla situación estresante con una buena salud emocional. Contrariamente las dimensiones de *Regulación afectiva*, *Rumiación*, *Aislamiento social* y *Confrontación* parecen tener efectos negativos sobre la salud emocional.

El proceso de afrontamiento es complejo; hay que tener en cuenta que las estrategias son cambiantes en el tiempo y sensibles tanto a las características personales, como a factores externos o del entorno.

Un conocimiento de cuáles son las estrategias que se asocian a una mejor percepción de la calidad de vida, así como su evolución en tiempo permitirá conocer mejor el proceso de vivir con la enfermedad mental, comprender las conductas y adecuar nuestras intervenciones profesionales para que estas sean más eficaces.

## 2.- MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio observacional de tipo transversal a través del resultado recogido en 51 encuestas SF-36 auto aplicadas en familiares de pacientes que acudieron al Hospital XXX entre el 2007 y 2011 y asistieron a los programas de Psicoeducación. Se han descartado 22 encuestas del estudio por no estar correctamente cumplimentadas.

### **2.1 Población a estudio**

Se trata de una muestra aleatoria de familiares de pacientes, cuidadores principales (n=51) que acuden al Hospital XXX recibiendo Psicoeducación frente a la enfermedad mental, siendo todos ellos familiares de pacientes con diferentes trastornos mentales, con años de evolución diferentes y distintas situaciones psicosociales. Junto a las encuestas se han recogido datos relativos al diagnóstico del paciente, edad, años de evolución de la enfermedad y convivencia con el paciente.

La relación hombres/mujeres en la muestra es de 16/35.

La edad media de estos familiares cuidadores es de 57,8 años. Recorrido: de 25 a 75 años.

La edad media de los pacientes es de 36,3. Recorrido: de 20 a 65 años

La convivencia con el paciente se lleva a cabo en el mismo domicilio en 37 casos, tan sólo 14 pacientes viven de forma independiente.

Los diagnósticos de los pacientes se catalogan según criterios DSM-IV y aparecen desglosados en la tabla 2.

### **2.2 Razones de uso del SF-36**

Los cuestionarios que miden la salud percibida sirven en la práctica clínica para determinar el impacto de la enfermedad y los beneficios del tratamiento. (Badia et al., 1996; Iraurgi et al., 2005).

La utilización de este tipo de cuestionarios estandarizados, aplicados a muestras representativas de una determinada población, permite la generalización de valores o normas poblacionales que se emplean para estimar la salud percibida de la población y su evolución en el tiempo, y sirven asimismo de referencia para la comparación de las diferencias en el estado de salud (calidad de vida) según las patologías o tratamientos y/o monitorizar procesos de tratamiento. Por ello, las normas poblacionales de la salud percibida podrían usarse para evaluar cualitativa y cuantitativamente el impacto de la enfermedad y el beneficio de los procesos sanitarios.

El concepto de calidad de vida ha sido abordado por diferentes disciplinas (sociología, economía, psicología, medicina) cada una de ellas ha ofrecido interesantes aportaciones a su entendimiento pero a la vez el concepto carece de una definición clara.

La calidad de vida es también un concepto que representa las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que la enfermedad produce sobre la vida diaria, lo cual influye sobre la medida en que se puede conseguir la satisfacción personal con las circunstancias de la vida (Bowling, 1995).

Por otra parte la OMS (AA.VV., 1996) ha realizado un intento de consenso internacional del concepto y sus dimensiones y define calidad de vida como “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Esta conceptualización expresa un concepto multidimensional que incorpora la percepción del individuo sobre esos y otros conceptos de la vida.

El Cuestionario SF-36 es uno de los instrumentos de medición de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados y evaluados. Tiene más de una década de experiencia en su uso. Éste es un cuestionario genérico de salud diseñado tanto para su uso individual como colectivo. (Ware et al., 1993). Su calidad ha hecho que sea uno de los índices de salud más

utilizados por la comunidad científica lo que permite la comparación nacional e internacional de los resultados.

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la CVRS en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.

Algunas de estas razones impulsaron a realizar la adaptación para su uso en España. (Alonso et al., 1995; IMIN, 2004)

El SF-36 ha sido objeto de una amplia difusión a nivel mundial a través del proyecto IQOLA (International Quality of Life Assessment) y ha sido adaptado a 18 idiomas, convirtiéndose en un instrumento de recomendada utilización (Quintana et al., 2006; González et al., 2001; Iraurgi et al., 2004; González et al., 2005). Se trata de un instrumento genérico multidimensional que explora la percepción subjetiva del estado de salud y/o la calidad de vida relacionada con la salud. Es un instrumento auto administrado que requiere entre 5 y 10 minutos para su cumplimentación, aunque también puede ser administrado en entrevista clínica e incluso telefónicamente.

Los ítems del cuestionario informan tanto de estados positivos como negativos de la salud física y del bienestar emocional, identificando ocho dimensiones de salud, que cubren a su vez dos grandes áreas: el estado funcional o salud física y el bienestar emocional o salud mental. El área de salud física aglutina las siguientes dimensiones: Función Física (FF), limitaciones de Rol por problemas Físicos (RF), Función Social (FS), y limitaciones de Rol por problemas Emocionales (RE). Por su parte, el área de

bienestar emocional incluye las dimensiones de: Salud Mental (SM), Vitalidad (V), Dolor Corporal (D) y Salud General (SG). Además de estas ocho escalas de salud, se incluye un ítem que evalúa el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual. En la tabla 1 se detallan las características principales y significado de las distintas dimensiones del test.

Para cada dimensión del SF-36, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala con recorrido desde 0 (peor estado de salud) hasta 100 (mejor estado de salud) utilizando los algoritmos e indicaciones que ofrece el manual de puntuación e interpretación del cuestionario. Por tanto, una mayor puntuación en las diferentes dimensiones indica un mejor estado de salud y/o una mejor calidad de vida.

El instrumento no ha sido diseñado para generar un índice global; sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen de las áreas genéricas, el Índice de Salud Física (ISF) y el Índice de Salud Mental (ISM), mediante la combinación de las puntuaciones de las dimensiones correspondientes a cada área a las cuales puede posteriormente aplicarse un algoritmo de ponderación y luego ser transformadas en puntuaciones T (distribución con media 50 y desviación típica de 10). Estos índices se obtienen por la estandarización de las puntuaciones de las subescalas utilizando coeficientes ponderados estimados en estudios previos.

A partir de este estudio han surgido diferentes versiones del SF, de 12, 20, 36, 42,... ítems, pero la más ampliamente utilizada en investigación y evaluación de los resultados clínicos ha sido el formato de 36 ítems.

### **2.3 Análisis de datos**

Las escalas del SF-36 son crecientes, como ya se ha indicado (tabla 3), de forma que valores superiores indican mejor estado de salud. En nuestro caso, se ha utilizado la versión 1.0 del SF-36. Una vez recogidas las respuestas de la muestra de familiares de pacientes que se va a investigar, para el cálculo de las puntuaciones se ha seguido el método de evaluación oficial planteado por los creadores del cuestionario y los responsables de la implantación de la versión española (Alonso et al., 1995, Ware et al., 1992,

Vilagut et al., 2007). Para cada una de las ocho dimensiones que componen el cuestionario, los diferentes ítems han sido codificados, agregados y transformados en la escala ya indicada que tiene un recorrido de 0 hasta 100. Además, hemos calculado las dos “puntuaciones sumario”, ISF e ISM, mediante la combinación de puntuaciones de cada dimensión, aunque no han sido analizadas en el estudio debido a que no aportan información adicional relevante.

Este trabajo de codificación y cálculo se ha llevado a cabo mediante el programa EXCEL, mediante el cual se ha realizado también el análisis estadístico básico (obtención de medias, desviaciones estándar, cálculo del coeficiente alfa de Cronbach) y todas las representaciones gráficas que más adelante se exponen y analizan. Puntualmente se ha utilizado también el paquete estadístico STATGRAPHICS para la evaluación de los p-valores.



### **3.- RESULTADOS**

#### **3.1 Introducción**

En la tabla 4 se muestran las medias de los resultados obtenidos en las 51 encuestas realizadas en familiares de pacientes del XXX de Psiquiatría del Hospital XXX y las desviaciones estándar de las mismas en las ocho dimensiones que evalúa el test SF-36.

Un primer análisis de los datos muestra una gran concordancia con los valores obtenidos en numerosos trabajos estudiados en cuanto a los órdenes de magnitud de medias y dispersiones. Únicamente destacaríamos los valores elevados de las desviaciones estándar de los datos en dos dimensiones (Rol físico, Rol emocional); la razón de este comportamiento radica en la existencia de muchos valores extremos (0 y 100) en ambas puntuaciones, quizá por una capacidad discriminativa escasa del test. A este respecto hemos de apuntar la conveniencia, en posteriores estudios, de la utilización de la versión V2.0 del test SF-36, en la que se intenta mejorar esa capacidad de discriminación cambiando la puntuación de algunos ítems.

Para validar, no obstante, el test en su fiabilidad en la recogida de datos, hemos calculado el coeficiente alfa de Cronbach para las ocho dimensiones; se trata de un índice de consistencia interna que toma valores entre 0 y 1 y que sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes. En cinco de las ocho dimensiones hemos obtenido valores superiores a 0,7 que es el valor a partir del cual la fiabilidad es elevada; en las otras tres dimensiones, con valores poco inferiores a 0,7, sería aconsejable la utilización de un número mayor de encuestas o, como ya se ha indicado, el uso del SF-36 en su versión 2.0.

#### **3.2 Comparación con la población española de referencia.**

Los datos de referencia de la población española provienen de un amplio estudio en el que se han obtenido las normas poblacionales del

Cuestionario de Salud SF-36 y se han comparado con las del cuestionario americano original (Alonso et al., 1998), sobre una muestra de 9151 personas mayores de edad. Esos datos se han utilizado con asiduidad en numerosos trabajos consultados. La comparación con esos datos, recogidos en la tabla 5 y representados en la figura 1, muestra una muy relevante diferencia entre la población de referencia y la muestra estudiada. Salvo en la dimensión de Salud General, en la que ambos valores prácticamente coinciden, las otras siete dimensiones muestran claramente menores valores y con una alta significación estadística ( $p < 0,01$ ) en la muestra de familiares que hemos analizado, especialmente en la Función Social y en el Rol Emocional.

### **3.3 Convivencia con el paciente.**

Una de las características que hemos considerado relevante y que hemos recogido junto al cuestionario es si el familiar convive o no con el paciente. Los resultados de ambas categorías se han recogido en la tabla 6 y aparecen representados en la figura 2. En ella se aprecia cómo en todas las dimensiones los familiares que conviven con el paciente obtienen peores puntuaciones, mientras que los que no conviven con él tienen valores más cercanos, aunque aún inferiores salvo en Salud General, a los de la población española. Los resultados obtenidos son estadísticamente significativos ( $p < 0,01$ )

### **3.4 Análisis en función del tipo de enfermedad**

Al separar los 51 casos estudiados según el tipo de enfermedad del paciente se muestra cómo las enfermedades catalogadas en el grupo F20-F29 (Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes) muestran menores valores en casi todos los casos en las ocho dimensiones estudiadas.

Los datos completos aparecen en la tabla 7, y en el gráfico de barras adjunto (figura 3) se han representado únicamente las dimensiones en que esta diferencia aparece más marcada, pues en el resto de casos podemos considerarla no excesivamente significativa desde el punto de vista estadístico.

Las enfermedades de los tipos F10-F19 y F60-F69 no se han considerado en el análisis debido al número reducido de casos de cada uno de ellos en nuestro estudio.

También se pueden apreciar valores inferiores en las enfermedades de los tipos F30-F39 (Trastornos del humor (afectivos)), mientras que las puntuaciones más altas se dan en las enfermedades clasificadas como F40-F49 (Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos).

### **3.5 Análisis en función del sexo**

Hemos separado los datos de la muestra para analizar los resultados también en función del sexo del familiar. Los datos muestran en este caso cómo los valores son en todas las dimensiones inferiores para el caso de las mujeres, como queda reflejado en la figura 4. La diferencia entre ambas series resulta ser significativa estadísticamente en la mayoría de las dimensiones ( $p < 0,01$ ).

### **3.6 Años de evolución**

Otro factor analizado ha sido el número de años de evolución de la enfermedad. En este caso, se ha realizado un análisis de regresión simple utilizando el mismo programa Excel, encontrándose en las ocho dimensiones una ausencia de correlación entre las puntuaciones obtenidas y el número de años (coeficientes  $r$  menores de 0,2 en todos los casos).

### **3.7 Edad del familiar**

El último de los factores analizados ha sido la edad del familiar; en la tabla 8 están recogidos los valores de puntuación media en el test para 6 categorías agrupadas de edades. Un primer análisis de los datos de la tabla no nos permite encontrar tendencias significativas que nos permitan obtener conclusiones respecto a la influencia de este factor en los resultados de las ocho dimensiones que estudia el test SF-36. Sin embargo, si eliminamos las

categorías de edades inferiores (para las que se cuenta con pocos datos) podemos observar cómo los menores valores en el test se obtienen para edades alrededor de los 55 años y las mayores puntuaciones en las edades cercanas a los 75 años, como queda claramente reflejado en la figura 5.

#### 4.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El papel de la familia es fundamental en el cuidado de las personas con enfermedades mentales crónicas. La familia supone el principal recurso de cuidado.

Esta dedicación supone en la vida familiar unas consecuencias importantes ya que siempre resulta una experiencia dura y difícil. Es frecuente el dolor y la desesperanza en los cuidadores cuando el curso de la enfermedad no es positivo.

Los familiares con frecuencia sufren insomnio, pérdida de apetito y alteración de más funciones corporales. Ante las conductas disfuncionales del paciente se genera en aquéllos irritabilidad e impaciencia, disminuyendo el umbral de tolerancia ante la enfermedad, apareciendo incluso en ocasiones actitudes hostiles.

Es habitual observar ansiedad y depresión en los cuidadores envueltos en una visión negativa del futuro, de la convivencia global, sin percibir más que aspectos adversos y sin valorar las ayudas existentes. Este va a ser el caldo de cultivo que genera en estos familiares un descenso en el nivel de salud percibida que se refleja también en nuestro trabajo (tabla 5, figura 1).

El número de personas con enfermedad mental que viven con su familia es muy alto. En nuestro país se calcula que lo hace un 80% (Tourinho et al., 2007).

La convivencia directa con el paciente es un factor que puntúa negativamente en el nivel de salud percibida por el familiar; esto es debido al nivel de sufrimiento que generan las dificultades del día a día. Esta pesadumbre que tiene que ver con el cansancio tendrá repercusiones en el cuerpo y la mente de los cuidadores, mientras que las personas que no conviven bajo el mismo techo recibirán un menor impacto dentro de esta onda expansiva.

Por lo general son los padres y/o esposos los comprometidos en la convivencia diaria con la persona afectada, aunque también pueden verse muy implicados los hermanos u otros familiares (Rebolledo y Lobato, 2005).

En este trabajo se observan las mejores puntuaciones para familiares que no conviven bajo el mismo techo que el paciente (tabla 6, figura 2).

Dentro de los grupos diagnósticos son las esquizofrenias (F20-F29) las que obtienen puntuaciones más bajas en la mayoría de los casos estudiados (tabla 7). Esto es debido a que la esquizofrenia es una enfermedad grave y altamente discapacitante; resulta frecuentemente compleja y de difícil manejo. Su tratamiento no puede verse reducido a los fármacos, necesita más herramientas. La evidencia científica señala que la esquizofrenia no es una sola enfermedad, sino más bien un grupo de trastornos con elementos comunes que difieren en su clínica, tratamiento y pronóstico. Los trastornos esquizofrénicos constituyen uno de los grandes desafíos de la Medicina y Psicología modernas.

En la buena evolución de la enfermedad influirá la alianza entre la persona afectada, familia y profesionales sanitarios. Teniendo esto en cuenta, la familia debe ocuparse de la persona enferma más allá de lo que suponen sus funciones habituales, y como consecuencia, se verán alteradas su vida laboral y sus relaciones sociales.

El siguiente bloque diagnóstico, F30-F39 lo ocupan los trastornos afectivos. Este grupo de familiares también muestran baja puntuación en todas las esferas analizadas (figura 5). Esto se debe a que el paciente bipolar tiene un mayor riesgo de realizar movimientos económicos que supongan un grave perjuicio a sus familias, o de verse implicado en conflictos debido a la alteración de su conducta. Sin embargo, en los períodos de estabilidad (que pueden ocupar la mayor parte del tiempo), la persona puede comportarse como si no tuviera ninguna enfermedad psiquiátrica.

El tercer grupo, F40-49, el dedicado a los trastornos neuróticos, demuestra que hay una mayor facilidad para la convivencia ya que, aunque sus quejas y agonías son frecuentes, su afectación no es global ni tan grave como en los trastornos psicóticos.

En función del sexo se observa, igual que en otros estudios, que las mujeres obtienen las puntuaciones más bajas (figura 4). En la mayoría de los casos recogidos es la madre del paciente quien desempeña el papel de cuidadora.

Finalmente, se recogen mejores puntuaciones para cuidadores de edad avanzada (tabla 8, figura 5); éstos adoptan actitudes de más resistencia frente a la adversidad y culturalmente se sienten obligados y acostumbrados a cuidar de su familiar.

Como profesionales de la salud mental debemos implicarnos a favor de la salud de estos cuidadores. Es necesario desarrollar programas psicoeducativos que ayuden a afrontar los problemas de la convivencia en situaciones difíciles, y trabajar con las familia el clima emocional adecuado, a través de las habilidades de comunicación y resolución de problemas. El trabajo asistencial en enfermería de salud mental no debe limitarse a la administración de fármacos al paciente (Peplau, 1990); es necesario apoyar a las familias en la búsqueda de formas efectivas de afrontamiento para mejorar así la calidad de vida de todos.

## ANEXO 1. TABLAS

Estrategias de afrontamiento	
Resolución de problemas	<i>Instrumental, activa, centrada en el problema. Disminuye ansiedad y depresión.</i>
Búsqueda de apoyo social	<i>Búsqueda de contacto y consuelo.</i>
Huida/evitación	<i>Desconexión mental, uso de alcohol y drogas para olvidar el problema.</i>
Distracción	<i>Enganche en una actividad alternativa agradable. Aficiones, deportes, amigos...</i>
Reevaluación o reestructuración cognitiva	<i>Intentos activos de cambiar el propio punto de vista. Pensamiento positivo, auto-reconfortarse.</i>
Rumiación	<i>Focalización repetitiva y pasiva, negativa. Catastrofismo, aumento de la ansiedad, auto-inculpación.</i>
Desesperación o abandono	<i>Aceptar que no se puede hacer nada. Inactividad, desesperanza.</i>
Aislamiento social	<i>Ocultar sentimientos, evitar contacto con los otros, evitar que se conozca la situación. Mayor depresión.</i>
Descarga emocional	<i>Expresar constructivamente emociones en momento y lugar adecuados. Relajación, ejercicio físico, tomar un baño, descansar...</i>
Expresión regulada de emociones	<i>Autocontrol, ayuda a la búsqueda de soluciones.</i>
Búsqueda de información	<i>Aprender más sobre la situación, causas y consecuencias, tarea cognitiva, central para asimilar un hecho.</i>
Negociación	<i>Proponer un pacto para disminuir el estrés estableciendo prioridades.</i>
Oposición y confrontación	<i>Expresión de emociones negativas, de enojo, agresión, culpabilización. Atribución de la responsabilidad del problema a los otros. Afrontamiento inadaptado.</i>
Delegación	
Rezar	<i>Participar en ritos religiosos se asocia al bienestar, especialmente en caso de pérdidas.</i>

Tabla 1. Estrategias de afrontamiento (según Campos et al., 2004)



Categoría	Diagnósticos	Número de pacientes
<b>F10-F19</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debido a sustancias psicótropas	5
<b>F20-F29</b>	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	23
<b>F30-F39</b>	Trastornos del humor (afectivos)	14
<b>F40-F49</b>	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	7
<b>F60-F69</b>	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	2

Tabla 2. Diagnósticos según criterios DSM-IV

**Tabla 1. Contenido de las escalas del SF-36**

Dimensión	Nº de ítems	Significado de las puntuaciones de 0 a 100	
		«Peor» puntuación (0)	«Mejor» puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

**Tabla 3. Contenido de las escalas del SF-36 (según Vilagut et al., 2005)**

	Función Física	Rol físico	Dolor	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol emocional	Salud Mental
Media	<b>75,98</b>	<b>72,06</b>	<b>63,10</b>	<b>58,61</b>	<b>52,94</b>	<b>67,89</b>	<b>66,67</b>	<b>60,24</b>
Desviación estándar	<b>21,00</b>	<b>39,58</b>	<b>30,80</b>	<b>22,169</b>	<b>25,44</b>	<b>28,75</b>	<b>38,30</b>	<b>21,77</b>

**Tabla 4. Puntuaciones medias del SF-36 y desviaciones estándar para los datos de la muestra**

	Función Física	Rol físico	Dolor	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol emocional	Salud Mental
<b>Población española</b>	<b>84,7</b>	<b>83,2</b>	<b>79</b>	<b>58,3</b>	<b>66,9</b>	<b>90,1</b>	<b>86,6</b>	<b>73,3</b>
<b>Muestra estudiada</b>	<b>75,98</b>	<b>72,06</b>	<b>63,10</b>	<b>58,61</b>	<b>52,94</b>	<b>67,89</b>	<b>66,67</b>	<b>60,24</b>

Tabla 5. Datos del SF-36 para la población española de referencia y para la muestra estudiada

	Función Física	Rol físico	Dolor	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol emocional	Salud Mental
<b>No conviven</b>	<b>83,93</b>	<b>85,71</b>	<b>66,57</b>	<b>66,36</b>	<b>62,50</b>	<b>77,68</b>	<b>83,33</b>	<b>69,71</b>
<b>Conviven</b>	<b>72,97</b>	<b>66,89</b>	<b>61,78</b>	<b>55,67</b>	<b>49,32</b>	<b>64,19</b>	<b>60,36</b>	<b>56,65</b>
<b>Media población española</b>	<b>84,70</b>	<b>83,20</b>	<b>79,00</b>	<b>58,30</b>	<b>66,90</b>	<b>90,10</b>	<b>86,60</b>	<b>73,30</b>

Tabla 6. Medias de las puntuaciones obtenidas para familiares de enfermos mentales en función de su régimen de convivencia y medias de la población de referencia.

<b>Tipo de enfermedad</b>	<b>F10-F19</b>	<b>F20-F29</b>	<b>F30-F39</b>	<b>F40-F49</b>	<b>F60-F69</b>
Número de casos	5	23	14	7	2
<b>Función Física</b>	<b>76,32</b>	<b>76,33</b>	<b>78,50</b>	<b>76,76</b>	<b>72,50</b>
<b>Rol físico</b>	<b>79,61</b>	<b>71,43</b>	<b>75,00</b>	<b>79,73</b>	<b>75,00</b>
<b>Dolor</b>	<b>68,74</b>	<b>63,35</b>	<b>69,27</b>	<b>66,00</b>	<b>15,50</b>
<b>Salud General</b>	<b>61,55</b>	<b>59,47</b>	<b>61,90</b>	<b>60,35</b>	<b>62,00</b>
<b>Vitalidad</b>	<b>57,50</b>	<b>52,96</b>	<b>56,33</b>	<b>55,81</b>	<b>52,50</b>
<b>Función Social</b>	<b>73,68</b>	<b>67,86</b>	<b>72,92</b>	<b>72,97</b>	<b>50,00</b>
<b>Rol emocional</b>	<b>71,93</b>	<b>65,31</b>	<b>68,89</b>	<b>75,68</b>	<b>83,33</b>
<b>Salud Mental</b>	<b>63,58</b>	<b>61,22</b>	<b>63,60</b>	<b>63,46</b>	<b>54,00</b>

Tabla 7. Medias de las ocho dimensiones del SF-36 separadas en función del tipo de enfermedad (según clasificación DSM-IV)

<b>Edad</b>	<b>25</b>	<b>35</b>	<b>45</b>	<b>55</b>	<b>65</b>	<b>75</b>
<b>Número</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>6</b>
<b>Función Física</b>	77,95	78,33	76,90	76,67	77,50	76,76
<b>Rol físico</b>	70,45	76,19	69,05	71,43	75,00	79,73
<b>Dolor</b>	70,27	67,69	68,86	62,64	65,75	66,00
<b>Salud General</b>	58,50	61,86	58,48	58,90	60,50	60,35
<b>Vitalidad</b>	56,59	55,12	56,90	52,50	54,38	55,81
<b>Función Social</b>	73,86	70,24	75,00	67,86	70,31	72,97
<b>Rol emocional</b>	68,18	67,46	68,25	61,11	68,75	75,68
<b>Salud Mental</b>	65,27	61,71	65,90	59,71	61,08	63,46

Tabla 8. Medias de las ocho dimensiones del SF-36 separadas en función de la edad del familiar del enfermo mental.

## ANEXO 2. FIGURAS

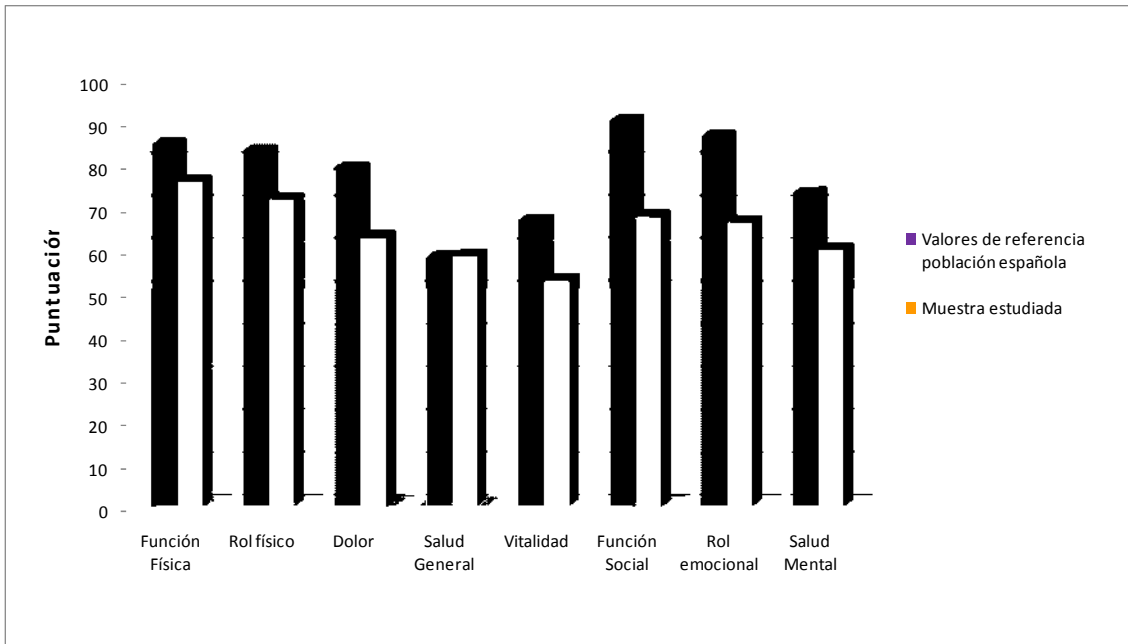


Figura 1. Comparación de puntuaciones para la muestra estudiada y la población española de referencia (Alonso et al., 1998)

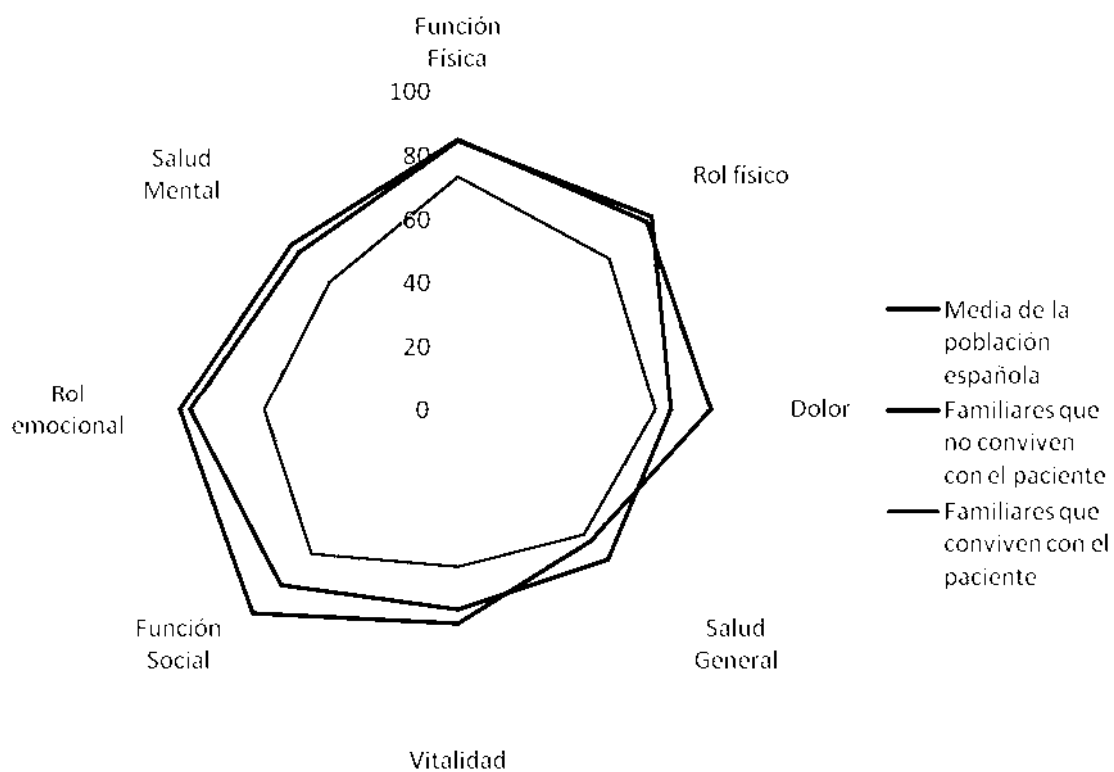


Figura 2. Representación de las medias de las puntuaciones obtenidas en las ocho dimensiones en función del régimen de convivencia y medias de la población de referencia.

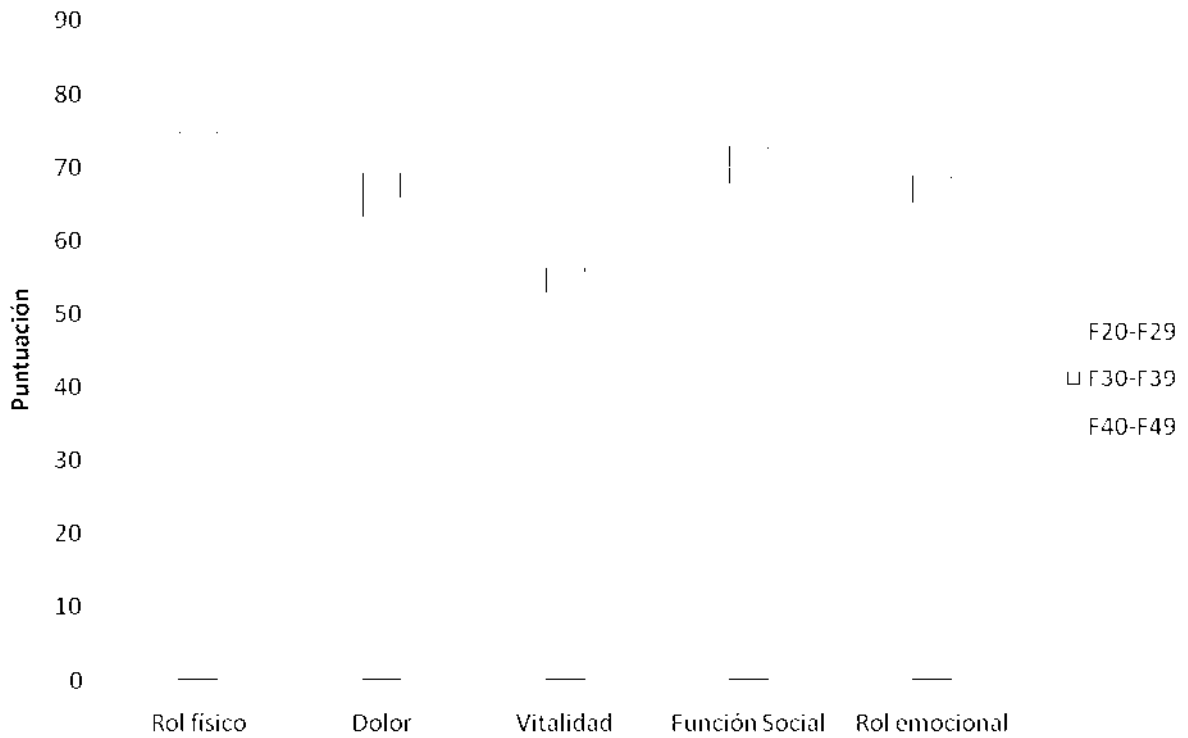


Figura 3. Representación de los valores medios de puntuación de cinco dimensiones para 3 tipos de enfermedades mentales.

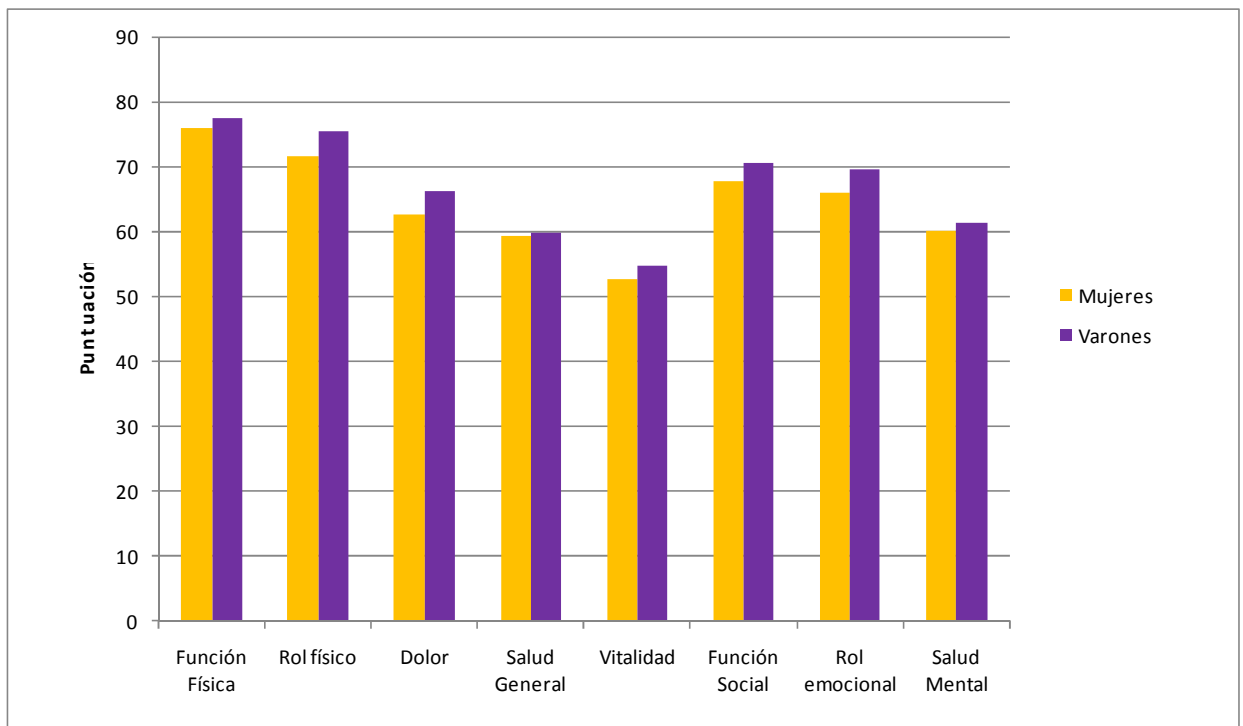


Figura 4. Puntuaciones del test en las ocho dimensiones para Mujeres y Varones separadamente



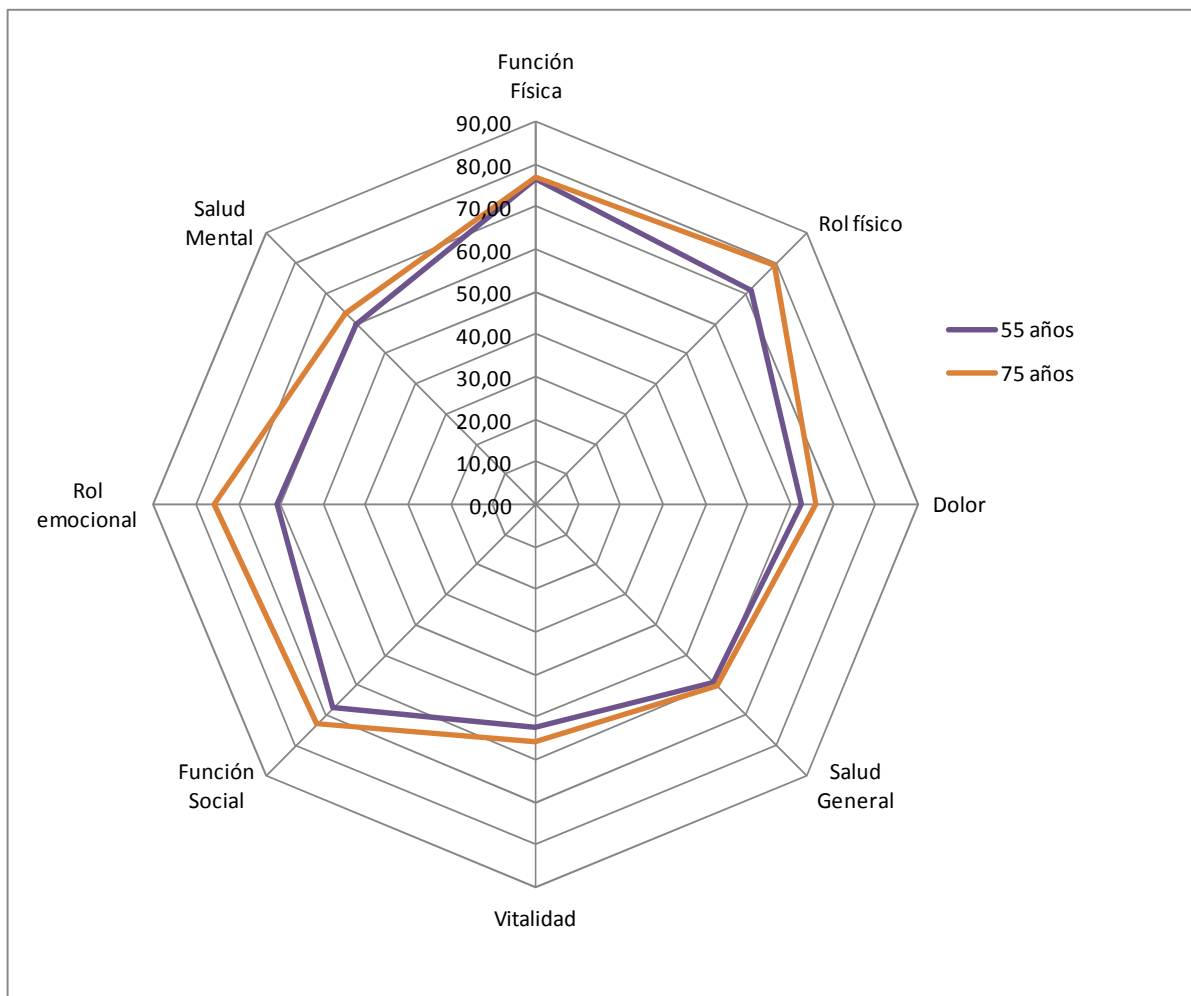


Figura 5. Representación de las puntuaciones de las ocho dimensiones del SF-36 para dos grupos de edad.

### ANEXO 3. BIBLIOGRAFÍA

1. AA. VV. ¿Qué calidad de vida?. *Foro Mundial de la Salud* 1996; 17, pp. 385-387.
2. ALONSO, J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria* 2000; 14: 163-167.
3. ALONSO J., L. PRIETO, J. M. ANTO. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*. Barcelona 1995; 104, pp. 771-776.
4. ALONSO, J., REGIDOR, E., BARRIO, G., PRIETO, L., RODRÍGUEZ, C., DE LA FUENTE, L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*. Barcelona, 1998; vol. 111 núm. 11: 410-16
5. BADIA X., M. SALAMERO, J. ALONSO, A. OLLÉ. *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona. PPU, 1996.
6. BOWLING, A. *Measuring health: a review of quality of life measurement scales (second edition)*. Buckingham, Open University Press, 1997.
7. BROWN, G.; J. BIRLEY; J. WING. Influence of family life on the course of schizophrenia disorder: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 1972; 121: 241-258.
8. BURTON, H.J, S.A. KLIME, A. LINDSAY, A.P. HEIDENHEIM. The relationship of depression to survival in chronic renal failure. *Psychosomatic Medicine* 1986; 48, 261-69.
9. CAMPOS M, J. IRAURGUI, D. PÁEZ, C. VELASCO. Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes: Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*. 2004; 82: 25-44.
10. DAVIS, M.; M. MCKAY; E.R. ESHELMAN. *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca, 2001.

- 11.FALLOON, I.; J.Boyd., C. MCGILL, J. Strang, H. Moss, Family management training in the community care of schizophrenia, en GOLDSTEIN, M. (Ed.). *New developments in interventions with families of schizophrenics*. S. Francisco: Jossey-Bass, 1981, pp. 61-77.
- 12.FORNÉS VIVES, Joana. Enfermería en salud mental. Cómo cuidar al cuidador y a nosotros mismos. *Enfermería Global*. Nº 2 Mayo 2003, pp. 1-11
- 13.FORNÉS, J. y M.C. CARBALLAL: *Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención*. Madrid: Médica Panamericana, 2001.
- 14.GINER, Salvador: *Sociología*. Península. Barcelona, 1983.
- 15.GOLEMAN, D. *La inteligencia emocional*. Buenos Aires: Vergara, 1997.
- 16.GONZÁLEZ N., A. PADIERNA, J. QUINTANA, I. ARÓSTEGUI, M. HORCAJO. Calidad de vida de los pacientes afectados de trastornos de la alimentación. *Gaceta Sanitaria*. 2001; 15, pp. 18-24.
- 17.GONZÁLEZ, N., QUINTANA, J.M., AROSTEGUI, I., PADIERNA, A., MARTÍNEZ E., CRESPO, I. Y VESGA, M.A. Translation and psychometric testing of the Basque version of the SF-36 health survey. *Quality of Life Research*. 2005; 14(2), pp. 549-554.
- 18.IRAURGI, I., POO, M., MÁRKEZ, I. Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la comunidad autónoma vasca. *Revista Española de Salud Pública*, septiembre-octubre 2004, n. 5.
- 19.JADOULLE V, P. HOYOIS, M. JADOUL. Anxiety and depression in chronic hemodialysis: some somatopsychic determinants. *Clin Nephrol* 2005; 63(2):113-8.
- 20.LAZARUS R., S. FOLKMAN. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986

21. MONTGOMERY, R. Advancing caregivers research: Weighing efficacy and feasibility of intervention. *Journal of Gerontology*, 1996; 51 (3): 109-110.
22. MUELA, J.A. y J.F. GODOY. El estrés crónico en la esquizofrenia: La emoción expresada. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 1997; 4 (7).
23. NJAH M., M. NASR, N. BEN DHIA. Anxiety and depression in the hemodialysis patient. *Nephrologie* 2001; 22(7):353-7.
24. NOVEL MARTÍ, Gloria, M<sup>a</sup> Teresa LLUCH CANUL, M<sup>a</sup> Dolores MIGUEL LÓPEZ DE VERGARA. *Enfermería psicosocial y Salud Mental*. Ed. Elsevier Massón.
25. PEPLAU, H. *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Salvat, S.A., 1990.
26. QUINTANA, J.M., A. ESCOBAR, I. AROSTEGUI, A. BILBAO, J. AZKARATE, J.I. GOENAGA Y J.C. ARENAZA. Health-related quality of life and appropriateness of knee or hip joint replacement. *Archives of Internal Medicine*. 2006. 166(2), pp. 220-226.
27. REBOLLEDO, S., M.J. LOBATO. *Cómo afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares, cuidadores, y personas afectadas*. Madrid: Aula Médica, 2005.
28. ROCHER, G.: *Introducción a la sociología general*. Herder 1978
29. RUIZ DE ALEGRÍA, B., N. BASABE, E. FERNÁNDEZ PRADO, C. BAÑOS, M.A. NOGALES, M. ECHEBARRI, J. SAN VICENTE, A. BEJARANO. Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. 2009; 12 (1), pp. 11-17.
30. TOURIÑO GONZÁLEZ, R., R. INGLOTT DOMÍNGUEZ, E. BAENA RUIZ, J. FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, J. *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia*. Barcelona: Glosa, 2007.

31. VILAGUT, G., FERRER, M, RAJMIL, L., REBOLLO, P. PERMANYER-MIRALDA, G., QUINTANA, J.M., SANTED, R., VALDERAS, J.M., RIBERA, A., DOMINGO-SALVANY, A., ALONSO, J. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencias y nuevos desarrollos. *Gac. Sanit.* 2005; 19(2):135-50.
32. WARE J.E. JR, SHERBOURNE C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992; 30, pp. 473-483.