

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
DE LA FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVARES"

CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVARES"

TESINA PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA

PRESENTA:

Sandra A. Vázquez R.

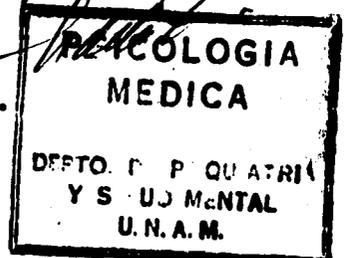
DRA. SANDRA A. VASQUEZ RAMOS

TUTOR TEORICO Y METODOLOGICO

Maria del Carmen Lara Muñoz
DRA. MARIA DEL CARMEN LARA MUÑOZ

COTUTOR:

marco
DR. MARCO ANTONIO LOPEZ BUTRON.



[Signature]

FALLA DE ORIGEN

1995



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N T R O D U C C I O N

Las condiciones psiquiátricas están siendo evaluadas intensamente, no sólo por la prevalencia y mortalidad asociadas a ellas, sino también por su impacto en el bienestar subjetivo del paciente y, en consecuencia, en el estatus funcional, es decir : "La capacidad de ejecutar tareas y actividades", principal problema de pacientes, familiares y médicos.(6).

El funcionamiento y bienestar del paciente también son de interés político, debido a los costos sociales que ocasiona la pérdida de productividad y el uso consecuente, requerido en mayor proporción de los servicios de salud.(8).

Por todo ello, en los últimos años ha crecido el número de literatura acerca del concepto de Calidad de Vida y los instrumentos capaces de medirla, lo cual se ve reflejado en la ausencia de una definición universalmente aceptada y en las variadas escalas disponibles que se proponen clasificarla.(7).

La preocupación científica enfocada hacia este complejo tema aparentemente se origina en la observación empírica del impacto que la enfermedad tiene en la calidad de vida y de qué manera las intervenciones terapéuticas pueden cambiar el curso natural de un padecimiento.(9).

Siendo el Hospital Psiquiatrico "Fray Bernardino Alvarez" un hospital de concentración, consideramos que se requiere de una investigación acerca de la Calidad de Vida de los pacientes a los que brinda atención, para tener una evaluación más completa del paciente e implementar técnicas que mejoren las condiciones de vida de estos pacientes.

A N T E C E D E N T E S

La Calidad de Vida es percibida como un concepto interno basado en una integración de muchos factores. Es intensamente personal, producido por experiencias concientes y subconcientes. Este concepto está finalmente relacionado a la idea del self en sentido corporal y psíquico y también es como la persona interactua con su mundo exterior.(7).

Es una evaluación subjetiva de la persona acerca de su situación de vida. Preferencias, aspiraciones, sueños, esperanzas y ambiciones las cuales difieren dependiendo de los factores genéticos, experiencias durante la vida y percepciones de la realidad (Abbey & Andrews, 1976).

La calidad de vida está influenciada por un intervalo dinámico entre las aspiraciones y la realidad percibida. Este concepto, subjetivo, no requiere que la persona se encuentre libre de enfermedad, ya que lo que está tratando de evaluar es el grado de satisfacción o insatisfacción en distintas áreas de la vida. (4).

En la evaluación de Calidad de Vida trata de incluirse :

- Estrés
- Vulnerabilidad hacia las enfermedades
- Grado de bienestar

Se debiera hacer una distinción entre Calidad de Vida y estándar de vida.

Mientras que la primera se define como un índice subjetivo, la segunda puede evaluarse objetivamente, por medio de un observador que mida la situación actual del paciente, tomando en cuenta las habilidades de contender de la persona y su necesidad de ayuda externa para sobrevivir en la comunidad. Pero, aunque una Estándar de Vida es indispensable para la mayoría de la gente que tiene una aceptable Calidad de Vida, estándar de vida no es sinónimo de una elevada Calidad de Vida.

Las aspiraciones de la gente casi siempre exceden estas normas básicas de vida, puesto que perciben una insatisfacción al comparar sus experiencias "internas" con su situación de vida. Tales experiencias internas (armonía, libertad, felicidad, amor, etc.), son frecuentemente excluidas de las agendas de rehabilitación y de los instrumentos de medición. (3).

La Calidad de Vida puede verse como una integración de factores en tres principales áreas de estas experiencias:

- Psíquica.
- Sómica.
- Social o Conductual.

Ya que la enfermedad afecta directamente las experiencias psíquica y sómica, los signos y síntomas serán entonces generados en tales áreas, mientras que los cambios asociados a la conducta se observarían en el funcionamiento social.(7).

Utilizando este modelo se puede medir Calidad de Vida, ya sea indirectamente, mediante la observación de cambios en las áreas psíquica, sómica y social , o directamente, extrayendo el concepto central de la calidad de vida.

Actualmente las escalas disponibles, incluyen entre otras: Nottingham Health Profile, Sickness Impact Profile y McMaster Health Index Questionnaire. Sin embargo, estas escalas tienen limitaciones: son rígidas, poco sensibles al cambio, no poseen una validación apropiada en poblaciones en donde pueden utilizarse y, existe el inconveniente de un observador que administre el instrumento además de que en realidad, se trata de instrumentos que miden estado de salud más que Calidad de Vida.

(7).

Es evidente que nuestra habilidad para medir Calidad de Vida, aún es muy pobre todavía no estamos seguros quién debería cuantificarla, cómo debe medirse y qué valores dar a cada aspecto. Lo que sí resulta claro es que deberían incluirse en el análisis, tanto la repercusión en la productividad, independencia y contribución a la sociedad, así como la experiencia subjetiva de la persona acerca de su calidad de vida.

(8).

Angel (1987) presentó un trabajo teórico para tratar de comprender el impacto de la cultura en el proceso del reconocimiento del síntoma, búsqueda de ayuda y de este modo lograr una clasificación a mayor escala según los distintos grupos étnicos.(2).

Hipotetizó que la experiencia subjetiva de la enfermedad se relacionaba con la cultura y que las áreas cognitiva y lingüística de la enfermedad (características de una cultura en particular) distorsionaban las opciones interpretativas y conductuales disponibles para los individuos en respuesta a sus síntomas. Presuponían la existencia de estructuras cognitivas aprendidas, mediante las cuales cada experiencia corporal es filtrada, influyendo en la interpretación de normas de salud mental y física determinadas culturalmente. Se discuten en este artículo ciertos hallazgos contradictorios con respecto a la salud autorreportada en mexicanoamericanos, las cuales asumen como ilustrativas del impacto de la cultura para percibir el estado de salud. (2).

En 1991 Iunes propone describir lo racional de los individuos y predecir su comportamiento en cuanto a adherencia a tratamiento dependiendo en gran medida de su estilo de vida, también demuestra que pueden utilizarse técnicas para evaluar medidas preventivas que requiriendo de un cambio de conducta del paciente impliquen costos para éste, en cuanto a Calidad de Vida, produciéndole un mayor deterioro. Asimismo, menciona que las técnicas utilizadas frecuentemente para valorar programas de atención a la Salud (por ejemplo la Quality-Adjusted-Life Years) son inapropiadas para medir la eficacia de los programas preventivos que buscan cambios conductuales. (20).

MacGilp (1991) identificó las percepciones de los pacientes acerca de la preparación rehabilitatoria previa al egreso, la calidad de vida en la comunidad y la atención proporcionada por personal paramédico calificado (enfermeras psiquiátricas comunitarias). Para este estudio se utilizarón entrevistas estructuradas en la propia casa del paciente, con mediciones objetivas de Calidad de Vida. La mayoría de los pacientes "sintió" estar preparado para su egreso. Habían recibido previamente entrenamiento en habilidades sociales y Educación sanitaria. Cien por ciento de los encuestados prefería vivir en la comunidad que estar en un hospital psiquiátrico. La mayoría (95%) estaban satisfechos con la vida en general. Veintiocho de los 48 pacientes crónicos egresados, fueron visitados por enfermeras psiquiátricas comunitarias y 85% de ellos afirmaron estar satisfechos con la atención proporcionada.(15).

Dumbar (1992) en 200 pacientes psiquiátricos (deprimidos-ansiosos) observó que la escala del Perfil de Impacto de la Enfermedad (SIP) es una escala bien aceptada por los encuestados y que la SBQOL requiere validación.(7).

Skantze (1992) en un estudio con 61 pacientes esquizofrénicos ambulatorios a los cuales aplicó la Standard of Living Questionnaire (SOL-I) encontró experiencias "internas" insatisfactorias en los pacientes.(20).

Chambon (1992) en pacientes psiquiátricos crónicos aplicó un entrenamiento en habilidades sociales evaluando QOL (Quality of Life) encontró que ambas escalas están relacionadas con funcionalidad.(4).

Sullivan (1992) a 101 pacientes Psiquiátricos agudos en comunidades de Mississippi aplicó partes de la entrevista para evaluar calidad de vida de Lehman encontrando mejor calidad de vida, menos síntomas depresivos, menos efectos secundarios del medicamento, y mejores relaciones familiares.(19).

Massion (1993) estudió a 357 pacientes con ataque de pánico o trastorno de ansiedad generalizada. Utilizando el Longitudinal Interval Follow Up Evaluation-Modified Short Form Health Survey (reactivos de calidad de vida); reportando una disminución en la calidad de vida de estos pacientes.(16).

Mejorar la Calidad de Vida de las personas con enfermedad mental crónica se está convirtiendo en un importante objetivo del tratamiento médico. El trabajo de Lehman (1982) en particular, demuestra que es posible evaluar Calidad de Vida en aquellos pacientes con grave enfermedad mental y que las mediciones pueden ser confiables y válidas.(10).

Sin embargo, la mayoría de los estudios de Calidad de Vida de pacientes mentales graves reflejan generalmente una perspectiva política-social, más que una perspectiva clínica. Por ejemplo, Lehman ha puntualizado que la calidad de Vida de tales pacientes está relacionada con: pobreza, desempleo y estigma social.(4).

Resultados de investigaciones futuras introducirán una nueva forma de evaluar la eficacia de programas de tratamiento, no sólo en términos de recaídas, sino también en términos de lo que sucede al paciente si no recae.(7).

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe actualmente un interés creciente por evaluar la Calidad de Vida de los pacientes en cualquier área de la Salud, para establecer estrategias acerca de como mejorar esta Calidad de Vida de los pacientes y aminorar costos en los servicios brindados.

Generalmente se evalúa en el paciente los síntomas y el tratamiento de acuerdo a éstos, pero no se evalúan las condiciones de vida en el paciente .Siendo necesario el conocimiento de estas condiciones de vida para implementar estrategias que las mejoren.

HIPOTESIS

Se ha observado que la enfermedad disminuye la calidad de vida y que existe relación entre algunas de las variables demográficas y clínicas, y la calidad de vida de los pacientes..

OBJETIVOS

1.-OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la Calidad de Vida en Los Pacientes que acuden a la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

2.-OBJETIVO PARTICULAR:

Establecer si existe relación entre las variables demográficas y clínicas con la Calidad de Vida.

POBLACION A ESTUDIAR

Se tomó una muestra de 30 pacientes que acudieron a la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

Criterios de Inclusión:

- Pacientes de cualquier sexo.
- Entre los 18 y 65 años.
- Con cualquier diagnóstico.
- Que acepten participar en el estudio.
- Que puedan contestar el cuestionario.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes psicóticos.
- Pacientes Confusos.

MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio Prospectivo, Trasversal, Descriptivo y Observacional.

MATERIAL :

Se utilizó una hoja de recolección de datos demográficos que incluye:

- Edad
- Sexo
- Edo. Civil.
- Ocupación Anterior y Actual.
- Escolaridad.
- Diagnóstico.
- Fecha de inició de la Enfermedad.
- Tratamiento.

La Forma Abreviada del Escrutinio de Salud de 36 ITEMS (SF-36) NOS.

Esta escala explora cuatro áreas en relación a la salud:

- Salud en General.
- Actividades.
- Relaciones Sociales.
- Problemas Emocionales y físicos.

Calificándose 11 puntos, de los cuales a mayor puntuación obtenida peor calidad de vida. (Ver escala en gráficas).

La Escala Análoga Visual

Es una línea horizontal con puntuación del 0 al 10, de izquierda a derecha. En donde 0 es la calificación que representa la insatisfacción más severa y 10 la satisfacción más grande con la vida. Es una evaluación subjetiva.

La apreciación subjetiva de satisfacción con la vida. Se pregunta directamente al paciente acerca de cómo considera que es actualmente su vida.

M E T O D O

El procedimiento se llevó a cabo de la siguiente manera:

1).- Se captarán 30 pacientes de la Consulta Externa del Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" que reunieron los criterios de inclusión.

2).- Se les explicó en que consistía el estudio, pidiéndoseles autorización para aplicarles el cuestionario.

3).- Se tomaron los datos demográficos, el diagnóstico y los tratamientos recibidos, estos últimos del expediente del paciente.

4).- Se les preguntó acerca de su Apreciación subjetiva de satisfacción con la vida . Con preguntas como la siguiente ¿ Está Ud. Satisfecho con su Vida actualmente? ¿Cómo considera Ud. que es actualmente su vida?.

Estas preguntas se relacionan con la Escala Analoga Visual.

5).- Se les mostró la ESCALA ANALOGA VISUAL . Se le explicó al paciente que el 0 es sentirse completamente desdichado y 10 significaría sentirse plenamente feliz, se les pidió que marquen el número con el que consideren corresponde a su satisfacción con la vida en la actualidad.

6).- Posteriormente se les aplicó la FORMA ABREVIADA DEL SF-36 (MOS) Que es una Escala para medir Salud en general y consta de 36 items, acomodados en 11 preguntas. (Ver escala).

A N A L I S I S E S T A D I S T I C O .

Se analizaron las variables independientes desde el punto de vista descriptivo.

Se correlacionaron todas las variables mediante las pruebas de: El Coeficiente de correlación de Spearman, Prueba de Kolmogorov-Smirnov y Prueba de Wilcoxon; mencionándose las que fueron estadísticamente significativas.

R E S U L T A D O S .

De la muestra de 30 pacientes, tomados al azar, se encontró que el 53% (16 pacientes) pertenecieron al sexo femenino y que el 47% (14 pacientes) pertenecieron al sexo masculino (fig. 1).

El rango de edad de 20 a 62 años con una media de 33.66 Y SD 12.29.

En cuanto al estado civil se encontró que el 56.6% (17 pacientes) son solteros, el 30% (10 pacientes) son casados, un 6.6% (2 pacientes) se encuentran separados y un 3.3% (1 paciente) vive en unión libre (fig. 2).

Se encontró que el 60% (18 pacientes) residen en el Distrito Federal, y el resto en provincia. (fig.3).

En cuanto a la escolaridad se observó que el 40% (12 pacientes) contaban con secundaria terminada. El 29% (9 pacientes) primaria y el 16.6% (5 pacientes) con Licenciatura y un 13.3% (4 pacientes) con preparatoria (fig. 4).

Se correlacionaron ambas escalas encontrándose:

ESCALA ANALOGA VISUAL: $x = 5.63$ con una DS de 2.38 y un rango de 0 a 10.

ESCALA MOS (SF-36): $x = 79.73$ con una DS de 17.61. y un rango de 36 a 140.

Encontrándose una correlación significativa de -0.694411 .

Se correlacionó la escolaridad con los puntajes de las escalas MOS SF-36 y la Escala Analoga Visual, encontrándose lo siguiente:

-El puntaje mayor de la Escala Analoga Visual correspondió a los pacientes con Licenciatura (media de 8).

-El puntaje menor de la Escala Analoga Visual correspondió a los pacientes con Preparatoria (media de 4.5).

En cuanto a los resultados de la Escala MOS abreviada de SF-36 se encontró lo siguiente:

-El puntaje menor correspondió a los pacientes de Licenciatura (media de 58).

-El puntaje mayor correspondió a los pacientes con Preparatoria (media de 89.5).

Se compararon los pacientes de menor escolaridad (primaria) con los de más escolaridad (licenciatura) con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Encontrándose una diferencia significativa de $P < 0.05$ en la escala MOS SF-36 de Salud General. (tabla 5) Mientras que en la Escala Escala Analoga Visual no se encontró diferencia significativa. (tabla 6).

Se dividieron los pacientes en Económicamente Activos y No activos:

ACTIVOS ECONOMICAMENTE.: 56.6% (16 pacientes).

NO ACTIVOS ECONOMICAMENTE: 53.3% (14 pacientes).

Se correlacionó el sexo en ambas escalas utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov encontrándose lo siguiente:

En la Escala Analoga Visual no existió diferencia significativa, mientras que en la MOS SF-36 se encontró una diferencia significativa de 0.9999.

En cuanto a las variables Clínicas . Se agruparán a los pacientes por Diagnóstico: (tabla 8)

- TRASTORNOS DEL AFECTO : 6 pacientes.
- TRASTORNOS DE ANSIEDAD: 7 pacientes.
- SINDROME ORGANICO CEREBRAL DE DIFERENTE ETIOLOGIA: 10 pacientes.
- ESQUIZOFRENIA: 3 pacientes.
- CRISIS PARCIALES SIMPLES: 2 pacientes.
- FARMACODEPENDENCIA: 1 paciente.
- TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:1 paciente.

Se sacarán promedios de puntajes de ambas escalas (MOS SF-36 de Salud en General y la Escala Analoga Visual).Por cada grupo diagnóstico. (tabla 8). Observandose que existió una tendencia de los Trastornos del Afecto a tener un mayor puntaje en la escala MOS SF-36 de Salud en General. Y una disminución en el puntaje de la en la Escala Análoga Visual, lo que nos habla de una peor calidad de vida. La tendencia a una mejor calidad de vida se encontró en los pacientes con diagnóstico de Síndrome Organico Cerebral.

D I S C U S I O N

Encontramos una correlación significativa entre la Escala Análoga Visual y la Escala MOS (SF-36), lo cual nos habla de que la Escala MOS (SF-36) mide también subjetividad.

Encontramos en nuestra muestra que el 53% de los pacientes son del sexo femenino y el 47% de los pacientes son del sexo masculino. Al correlacionarse se observó en la Escala MOS (SF-36) que existe una tendencia en el sexo femenino a una peor calidad de vida.

En cuanto al estado civil solo el 36.3% tienen una relación de pareja. Lo que se ha referido como variable importante para la calidad de vida. En nuestro estudio no existió correlación significativa.

El 60% de los pacientes residen en el Distrito Federal, el restante en provincia. En nuestro estudio no se encontró correlación significativa en cuanto a la calidad de vida.

En la escolaridad, se observó que 40% cuentan con secundaria, 30% con primaria, 16.6% con licenciatura y 13.3% con preparatoria. En la Escala MOS (SF-36) se encontró una correlación significativa con mejor calidad de vida en los pacientes con licenciatura.

En cuanto a las variables clínicas. No encontramos correlación significativa entre el tiempo de evolución y la calidad de vida. Habiéndose esperado que a mayor tiempo de evolución de la enfermedad peor calidad de vida.

En los diagnósticos se observó una tendencia a una peor calidad de vida en los trastornos afectivos. Siendo esto esperado, ya que cuando el paciente se encuentra deprimido tiende a ser pesimista. En cambio en los pacientes con diagnóstico de Síndrome Orgánico Cerebral se observó una tendencia a una mejor calidad de vida.

C O N C L U S I O N E S

1).- Son escasos en nuestro medio los estudios acerca de la Calidad de Vida de los pacientes en general, esto se observa mayormente en los pacientes psiquiátricos.

2).- Se requiere de la existencia de una escala que evalúe de forma más completa los Trastornos Psiquiátricos.

3).- Las escalas utilizadas en nuestro estudio correlacionarán significativamente.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

B I B L I O G R A F I A

1.- Abrahamson, D: Institutionalisation and the long-term Course of Schizophrenia. British Journal of Psychiatry 162: 533-538, 1993.

2.- Angel R; Thoits P: The impact of culture on the cognitive structure of illness. Cult Med Psychiatry 11(4): 465-94, 1987.

3.- Briones, DF: Socioeconomic Status, Ethnicity, Psychological Distress and Readiness to Utilize a Mental Health Facility. Am J Psychiatry 147: 1333-1340, 1990.

4.- Chambon O: Social skills training as a way of improving quality of life among chronic mentally ill patients. Eur Psychiatry 7N 213-220, 1992.

5.- Dohrenwend BP: social status and psychological disorder: an issue of substance and issue of method. Am Sociol Rev. 31 (1): 14-34, 1966.

6.- Dohrenwend BP; Ching Shong E: Social status and attitudes toward psychological disorder: the problem of tolerance of deviance. Am Sociol Rev. 32 (3): 417-33, 1967.

7.- Dunbar GC: The development of SBQOL- a unique scale for measuring quality of life. British Journal of Medical Economics 2:65-74, 1992.

8.- Davis JM: Overview. Maintenance Therapy in Psychiatry: I. Schizophrenia. Am J Psychology. 132:12, 1237-1245, 1975.

9.- Hamilton DJ: Quality assessment and Improvement in Group. Psychotherapy AMJ. 150N 316-320. 1993.

10.- Henry AJ. Debits and Credits in the management of depression. British J of Psych. 163 (suppl.20), 33-39. 1993.

11.- Huxley P, Case Management, Quality of life and satisfaction with services of long-term psychiatric patients. Hospital and Community. Vol 43.n.8. Agosto 1992.

12.- Kessler RC; McRae JA Jr: Trends in the relationship between sex and psychological distress: 1957-1976. Am Sociol Rev. 46 (4): 443-520. 1981.

13.- Kiritz S: Physiological Effects of Social Environments Psychosomatic Medicine Vol.36 No.2 March 1974.

14.- Klerman GL: Mental Illness, the Medical Model, and Psychiatry. The Journal of Med. and Philosophy 2(3): 220-243, 1977.

15.- Lehman AF: The Well-being of Chronic Mental Patients. Arch. Gen Psychiatry. Vol 40. pag. 369-373, April 1983.

16.- Massion OA: Quality of life and Psychiatric Morbidity in Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder. Am J Psychiatry. 150:600-607; 1993.

17.- Rogler LH., Help-Seking Pathways: A Unifying Concept in Mental Health Care. Am J. Psychiatry.; 150;554-561. 1993.

18.- Ruark JE : Initiating and with drawing life support . The New England Journal of Medicine . 7 No.1 Vol 318 pag. 25-30. 1988.

19.- Sullivan G: Clinical Factors Associated With Bitter Quality of life in a Serviciously Mentally Ill Population . Hospital and Community Psychiatry; 43 No.8.1992.

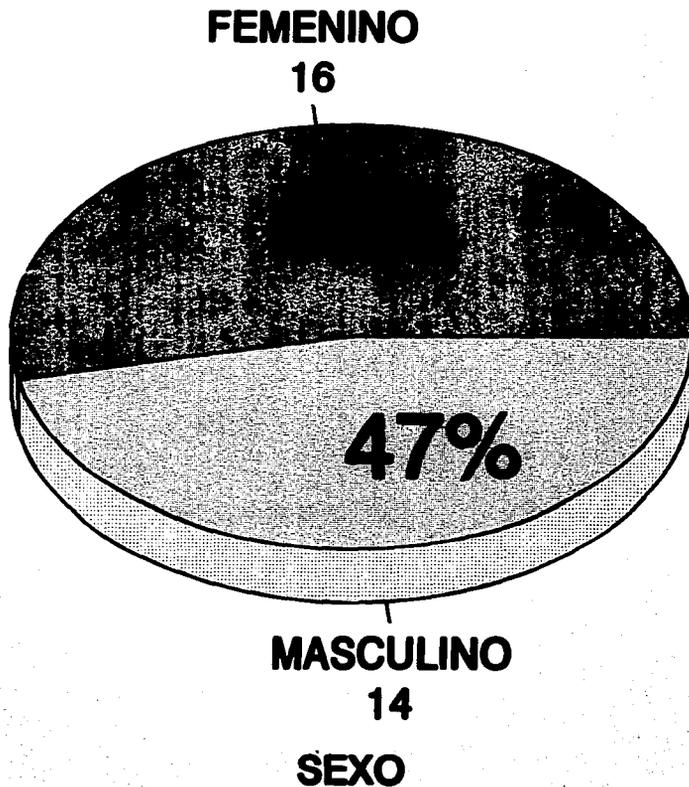
20.- Skantse K: Comparison of Quality of life with Standard of living in Schizophrenic Out patients. British J of Psych. 161, 797-801, 1992.

21.- Sheehan W: Psychiatric Patients Belief in General Health Factors and sin as causes of Illness Am J Psych ; 147: 122-113. 1990.

22.- Ware JE: The MOS 36-ITEMS short-Form Health Survey (SF-36). I Conceptual Framework and Item Selection. Medical Care. Vol. 30 No. 6 . Junio 1992.

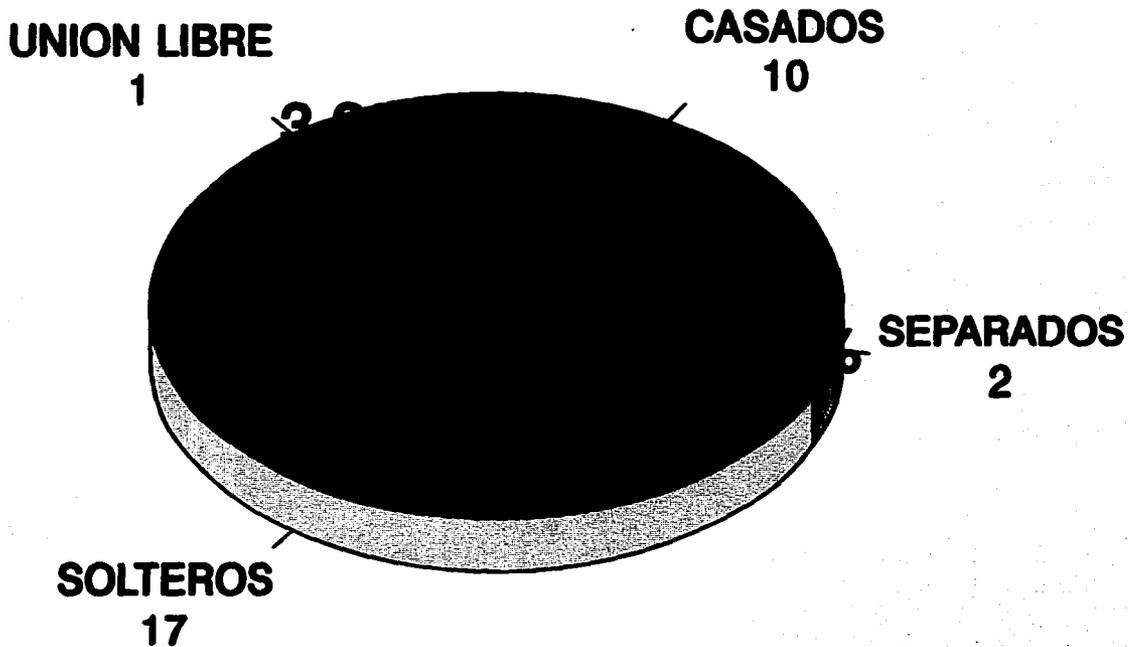
CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO

DATOS DEMOGRAFICOS



CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO

DATOS DEMOGRAFICOS



ESTADO CIVIL

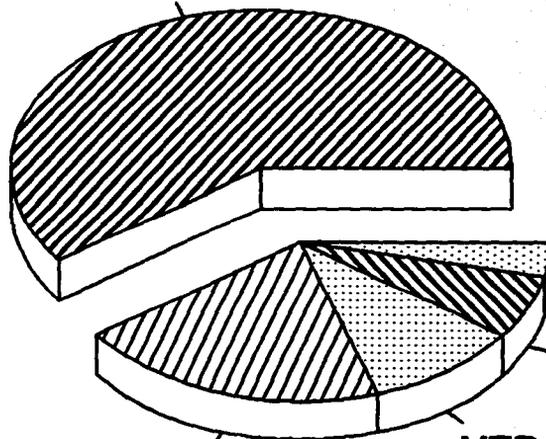
CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO

DEMOGRAFICOS

DISTRITO FEDERAL

18

60%



ZACATECAS

1

MORELOS

2

EDO DE MEXICO

6

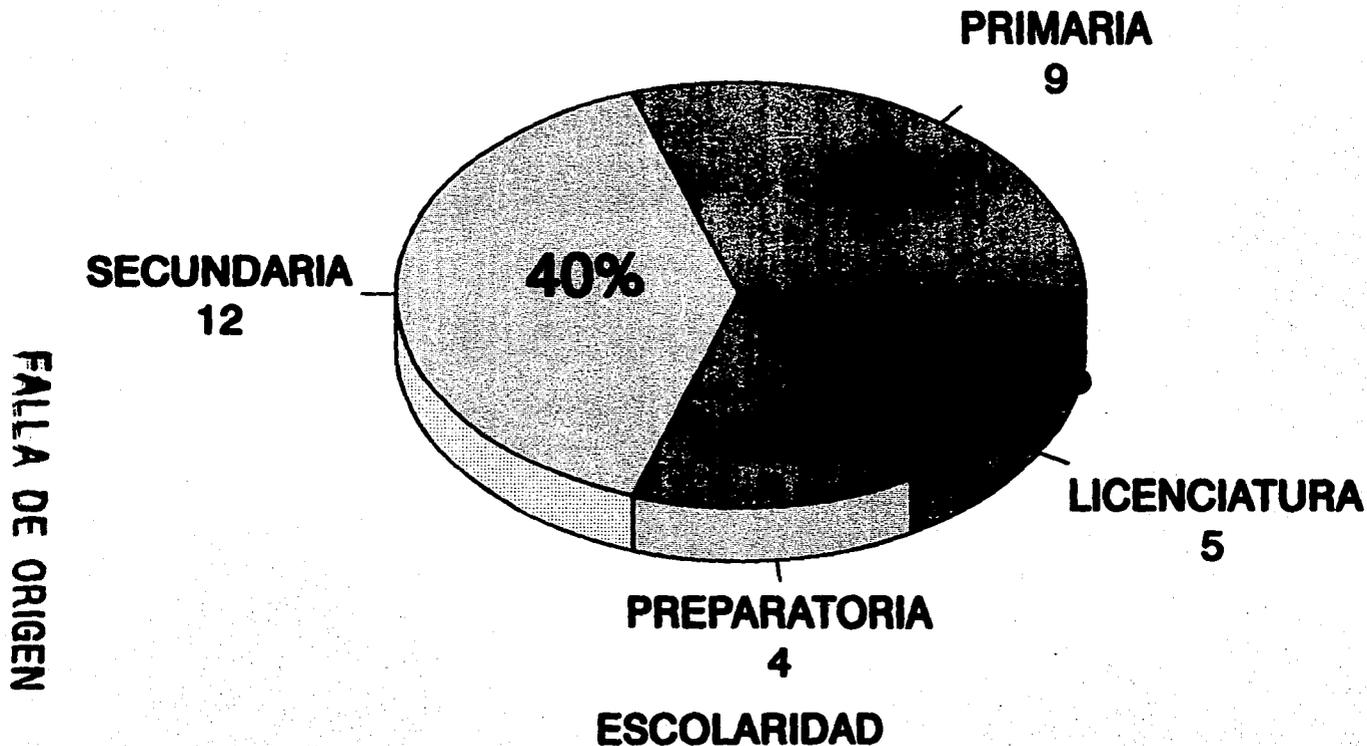
VERACRUZ

3

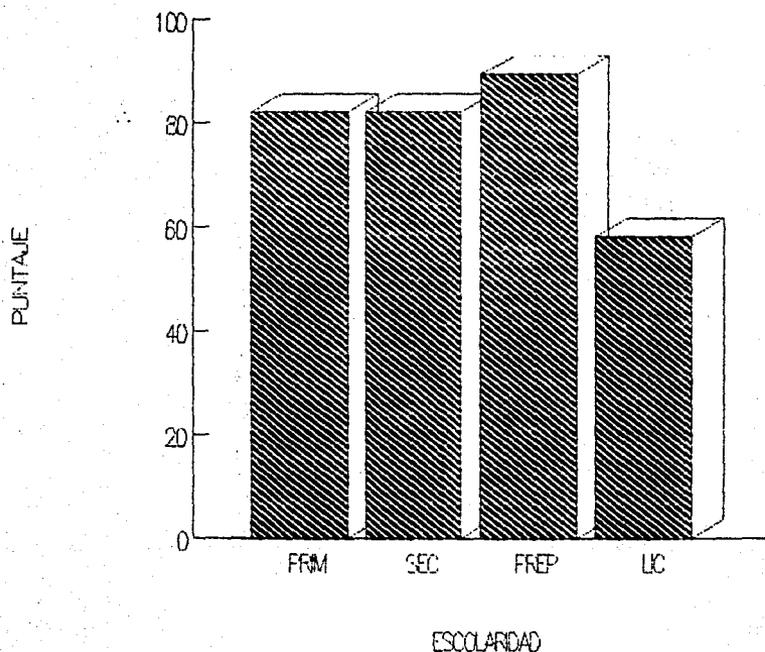
RESIDENCIA

CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO

DATOS DEMOGRAFICOS

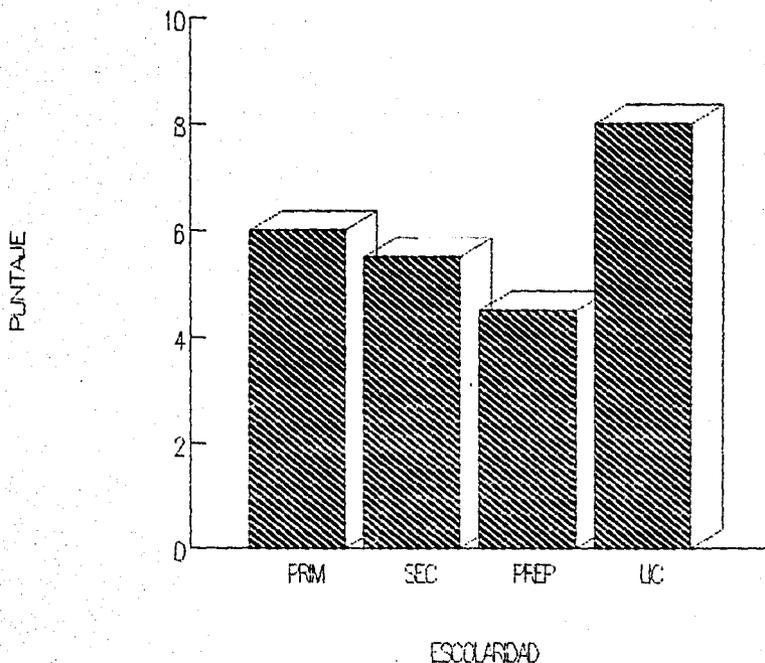


Escala MOS (SF-36). Comparacion por nivel de escolaridad.



FALLA DE ORIGEN

Escala analoga visual. Comparacion por nivel de escolaridad.



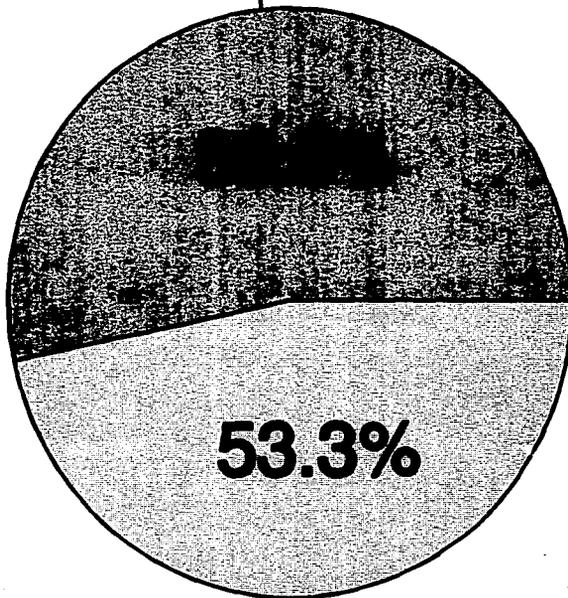
FALLA DE ORIGEN

CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO

DEMOGRAFICOS

E. ACTIVOS

16

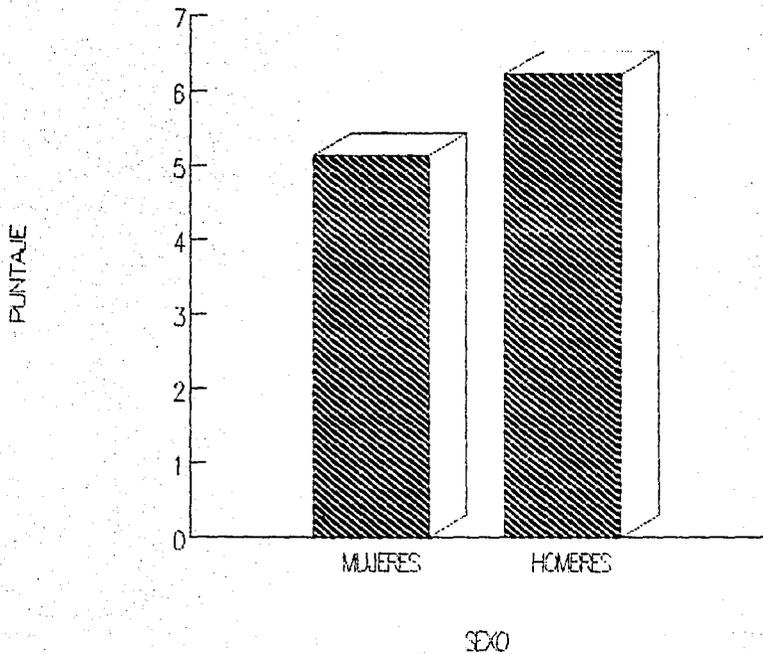


E. NO ACTIVOS

14

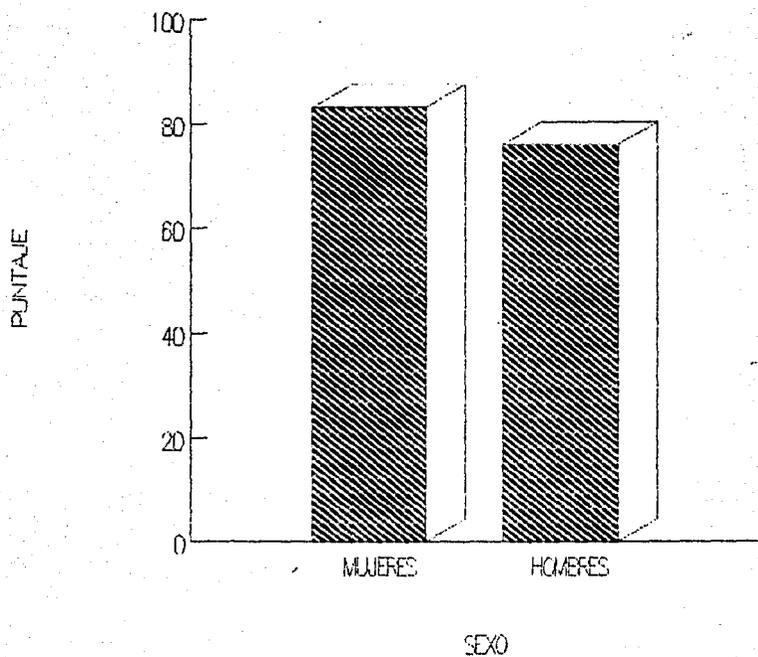
FAJLA DE ORIGEN

Escala analoga visual. Comparacion entre sexos.



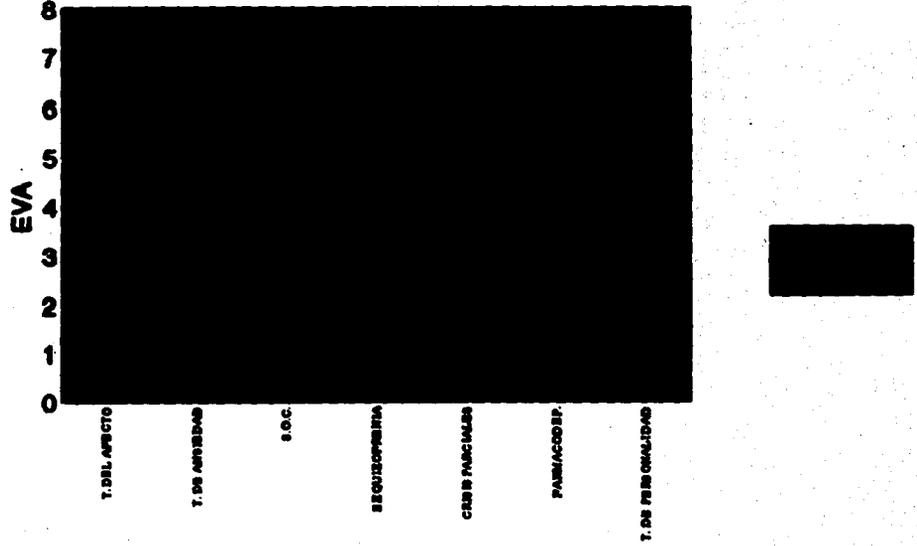
FALLA DE ORIGEN

Escala MOS (SF-36). Comparacion entre sexos.



CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO

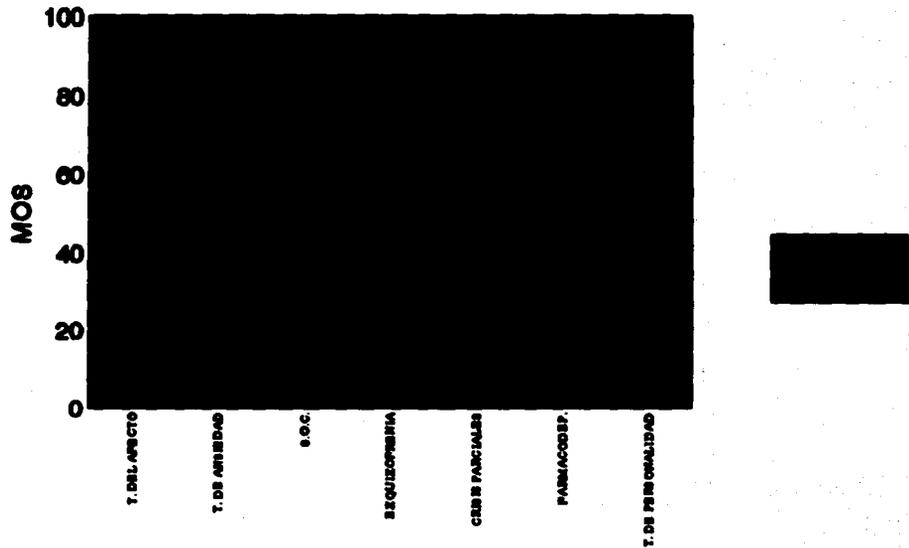
DIAGNOSTICO



FALLA DE ORIGEN

CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO

DIAGNOSTICO y MOS.



FALLA DE ORIGEN