



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL PARCIAL
DE DIA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ".**

**Presenta la Tesis para obtener el Diploma
de Especialista en Psiquiatría:**

Valeria Guadalupe Gómez de la Cruz

Dra. Gabriela Garza Contreras

Asesor Teórico

Soc. Juana Freyre Galicia

Asesor Metodológico

México, D.F. Abril del 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi familia.

Por haberme apoyado en todo momento, su paciencia, comprensión, motivación, y sobre todo por su gran amor, por siempre y para siempre.

A mis amigos.

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que esta amistad trascendió en muchos aspectos. Gracias por ser unas buenas personas y ayudarme a serlo.

A los pacientes.

Por su gran enseñanza que dejaron en mí desde que inicie mi especialidad y que hasta ahora continúa y continuará, no hay mejor enseñanza que la que se vive directamente con los pacientes.

A mis maestros.

Todos aquellos que marcaron cada etapa de mi camino por estos años, que me ayudaron en asesorías de la presente tesis, que me impartieron su conocimiento, que me dejaron avanzar y me guiaron.

A la institución Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

Por permitirme ser parte del equipo de Residentes, generando en mí, satisfacciones, innumerables anécdotas, enseñanza, valores y el camino de mi profesión.

INDICE

Introducción	1
Antecedentes y Marco Teórico	3
Método:	
Justificación	22
Planteamiento del problema.	24
Objetivos	25
Hipótesis	25
Variables	26
Muestra	29
Sujetos	29
Criterios de selección	29
Tipo de Estudio	30
Instrumento	30
Procedimiento	36
Consideraciones éticas	37
Resultados	38
Limitaciones	51
Discusión	52
Conclusiones	54
Referencias bibliográficas	56.
Anexos	60

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1.	Descripción de las variables sociodemográficas en la población en estudio	39
Tabla 2.	Descripción de variables clínicas en la muestra de estudio	41
Tabla 3.	Correlación significativa entre variables sociodemográficas en la población en estudio	48
Tabla 4.	Correlación significativa entre variables sociodemográficas y las áreas de calidad de vida en la primera medición	49
Tabla 5.	Correlación significativa entre variables sociodemográficas y de calidad de vida en la segunda medición50
Gráfica 1.	Comparación de medias de las áreas de calidad de vida entre la 1era. y 2da. medición del estudio	46

LISTA DE ABREVIATURAS

CVRS:	Calidad de vida relacionada con la salud.
ONG:	Organización no gubernamental.
AFAPE:	Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
CIE-10:	Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición.
InCaVisa:	Cuestionario sobre calidad de vida: Inventario de Calidad de Vida y Salud.
WHOQoL-Bref:	WHO Quality of Life-BREF.
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades psiquiátricas del espectro psicótico tienden a tener una evolución crónica y degenerativa en el paciente trayendo consigo múltiples alteraciones que causan un desequilibrio físico, social y psicológico y que ésto mucho impacta en la funcionalidad individual, la productividad laboral, así como también en la forma de relacionarse con su entorno tanto familiar como social. Tales alteraciones son evidentes a lo largo de toda la evolución del paciente, incluso tras una adecuada remisión de síntomas psicóticos con tratamientos farmacológicos, pues se sabe que estos poco influyen en el manejo de las áreas antes mencionadas y por tanto no se logra una calidad de vida deseada en el paciente. **OBJETIVO:** Evaluar los cambios en el nivel de calidad de vida que presentan los pacientes antes y después de 6 meses de tratamiento en el servicio de Hospital Parcial de día. **METODOLOGÍA:** Se trató de una muestra por conveniencia e incluyó a los pacientes que ingresaron al servicio Hospital Parcial de Día del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en los meses de Junio a Octubre del 2012. Los pacientes tendrán edades comprendidas entre 18 a 60 años, de ambos sexos. Se aplicó el instrumento “Cuestionario sobre calidad de vida: Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaVisa)”, con dos mediciones, al ingreso y después de 6 meses de tratamiento. Así también se incluirán variables sociodemográficas y clínicas recabadas durante los meses de estudio. **RESULTADOS:** La comparación entre ambas mediciones del estudio, no se obtuvieron cambios significativos en las puntuaciones para que esto generara un cambio en las implicaciones clínicas para cada área, sin embargo, éstas si cambiaron para su mejora en las siguientes áreas: Preocupaciones, aislamiento, familia, tiempo libre, vida cotidiana, redes sociales.

Palabras clave: Calidad de Vida, trastornos psicóticos, rehabilitación.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es un parámetro que poco a poco ha ido tomando relevancia en el área médica, siendo de mucha utilidad para evaluar el impacto que ha tenido en un paciente portador de alguna patología así como también la respuesta al tratamiento empleado. En el área de psiquiatría, este concepto ha tomado relevancia para el estudio de pacientes en diferentes trastornos, siendo principalmente los afectivos y psicóticos. Este último grupo de pacientes es el de interés en este estudio.

Hoy en día se sabe que las enfermedades psiquiátricas del espectro psicótico tienden a tener una evolución crónica y degenerativa en el paciente trayendo consigo múltiples alteraciones que causan un desequilibrio físico, social y psicológico y que esto mucho impacta en la funcionalidad individual en actividades de la vida diaria, la productividad laboral, así como también en la forma de relacionarse con su entorno tanto familiar como social. Tales alteraciones son evidentes a lo largo de toda la evolución del paciente, incluso tras una adecuada remisión de síntomas psicóticos con tratamientos farmacológicos, pues se sabe que estos poco influyen en el manejo de las áreas antes mencionadas y por tanto no se logra una calidad de vida deseada en el paciente. En base a esto, es objetivo esencial un tratamiento integral, lo que conlleva un adecuado manejo farmacológico, actividades rehabilitadoras, terapéuticas y de psicoeducación, esperando con esto, un impacto positivo y de mejora en su calidad de vida.

En la actualidad, estas actividades están integradas en modelos de rehabilitación psicosocial, generando grandes avances en el tratamiento de pacientes psiquiátricos en diversos países. En México, especialmente en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” contamos con este modelo, llamado Hospital Parcial de Día.

Este modelo se ha definido como una alternativa de tratamiento a la Hospitalización continua para pacientes con trastornos psicóticos que cuenten con una red social de apoyo, con capacidad de actuar como interface entre abordaje clínico y el psicosocial, considerando el abordaje integral de la persona (incluyendo el paciente y la familia) y cuyos objetivos principales en relación con este estudio es el inducir mejores resultados clínicos en el estado mental, funcionamiento individual, social y la calidad de vida para lograr una reinserción del paciente a la comunidad.

Es por esto que se considera de importancia no solo el control sintomático en los trastornos psicóticos si no también una mejora en su calidad de vida y por tal motivo la evaluación de ésta última debe ser de suma importancia, así como también analizar la manera que influyen las variables sociodemográficas y clínicas.

MARCO TEÓRICO

Calidad de Vida

Antecedentes

Resulta difícil hablar de un enfoque histórico en la calidad de vida en sí, como señala García Riaño: “No existen referencias históricas bibliográficas, sin embargo se recurre a términos afines como bienestar y felicidad para hacer un poco de historia” (1).

Es así, como la "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos (2). En la Edad Media, bajo la influencia de las religiones monoteístas, pasa a considerarse como un estado ligado a la posibilidad de la felicidad futura. En la Revolución francesa y el desarrollo de la clase media hacen que se considere como un estado relacionado con los derechos de libertad, igualdad y fraternidad (3). En Estados Unidos, después de la Segunda Guerra Mundial, se generó una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (4).

Es hasta el año 1974 que aparece el término calidad de vida, incluyéndose en la primera revista monográfica de Estados Unidos, "Social Indicators Research". El concepto tiene su origen principalmente en la medicina y posteriormente se extiende rápidamente en los años 80's, a la sociología, psicología, educación, economía, política y el mundo de los servicios en general, desplazando los términos de felicidad y bienestar (1,5).

En lo que respecta al campo de la medicina, los avances científicos y terapéuticos han generado un cambio en la realidad de enfermar, de tal modo que las enfermedades crónicas y, por tanto, no inminentemente amenazantes para la vida humana, ocupan un notable protagonismo en el escenario clínico (6). Es así como la idea de “calidad de vida” comenzó a usarse como un complemento o corrección a la de sobrevivencia en los enfermos oncológicos. Posteriormente su uso se habría extendido a otros enfermos crónicos, como una manera de recuperar el punto de vista del paciente frente al del médico (7).

En el ámbito de la Psiquiatría, el interés por la búsqueda de nuevas medidas de resultados se acrecentó como consecuencia de la penetración de la medicación neuroléptica. Este cambio en la terapéutica, impulsado por la psiquiatría comunitaria americana de los 70's, se vio respaldada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, el cual, a través de su Programa de Soporte Comunitario que estimulaba el desarrollo de servicios comunitarios más comprensivos para los enfermos mentales crónicos con el objetivo primordial de mejorar su calidad de vida.

En definitiva, esta política de salud, al incorporar la mejora de la calidad de vida como un objetivo terapéutico más, ampliaba el espectro de los objetivos tradicionales del tratamiento (alivio de síntomas y prevención de recurrencias y discapacidad).

En el desarrollo del programa comunitario, a principios de los 80's, una parte importante de los enfermos mentales crónicos fue absorbida por la comunidad y que, por tanto, los estándares de evaluación de las intervenciones resultaron

insuficientes (6). En éste sentido, May en 1979 señalaba: “Con los modernos tratamientos psicofarmacológicos es bastante fácil sacar a los pacientes de los hospitales, el problema es mantenerlos fuera; prevenir recaídas, aliviar su distrés y mejorar su calidad de vida, lo cual es una tarea difícil” (8). Es decir, hace referencia a qué objetivos deben tener los programas terapéuticos y cómo debe medirse el éxito alcanzado con esos esfuerzos.

Diversos autores buscaron nuevas variables que permitieran evaluar la integración de los pacientes a la comunidad, y así se estudiaron distintos aspectos, tales como: el funcionamiento y rendimiento de los pacientes en la comunidad, el nivel de seguridad que tenían, la situación económica y otros aspectos de la vida cotidiana, interesándose en algunos dominios que soportan la calidad de vida.

Partiendo de estas aproximaciones a la calidad de vida de pacientes desinstitucionalizados, ha sido mucho el trabajo de perfeccionar la evaluación de esta medida con el fin de conocer los resultados de las intervenciones terapéuticas (6).

Concepto de Calidad de Vida

El concepto de calidad de vida es difícil de definir, ya que se trata de un término global y multidisciplinar. Dadas estas características, hay que considerar los aspectos objetivos y subjetivos al momento de definirla y por otra parte, es necesario tener en cuenta que el concepto de calidad de vida debe considerarse desde una perspectiva cultural, puesto que cambia dependiendo de las culturas, el momento histórico y la sociedad. (9).

Existen dos modelos de calidad de vida. Uno, utiliza medidas basadas en la satisfacción del individuo con áreas vitales como relaciones, familia, actividad recreativa, salud etc. Se trata de una percepción subjetiva de la propia persona sobre un sentimiento de bienestar global y satisfacción con la vida. El otro enfoque se basa en medidas amplias que incluyen el funcionamiento, ingresos económicos, empleo, status residencial, etc. Se trata de una consideración de los aspectos objetivables del funcionamiento y adaptación del sujeto en las distintas áreas vitales. En general, existe un acuerdo en que la calidad de vida debe reflejar el bienestar de la persona tanto en su consideración objetiva como subjetiva (10).

Diferentes autores han elaborado otras definiciones de calidad de vida en términos de la satisfacción personal en distintos ámbitos, sin embargo uno de nuestro interés para este estudio es el referido al bienestar, que afirma que es “un cuerpo de trabajo relacionado sobre el bienestar psicológico, funcionamiento social y emocional, estado de salud, desempeño funcional, satisfacción con la vida, apoyo social y un patrón de vida, mediante el cual son utilizados los indicadores normativos, objetivos y subjetivos del funcionamiento físico, social y emocional” (11).

En 1994, la OMS propuso la siguiente definición de consenso de la calidad de vida basada en estudios transculturales: “Percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses”, con lo que incluye tanto

implicancias físicas, psicológicas, de independencia y sobre las relaciones mantenidas con el entorno (6).

Ardila en 2003, propone a su vez una definición de calidad de vida más integradora y actual: “Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida” (2).

Calidad de vida relacionada con la Salud

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) representa el impacto que una enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción del paciente en su bienestar. Patrick y Erickson, la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento o las políticas de salud (12).

Por otro lado, para Schumaker y Naughton, este concepto es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (13).

La Calidad de vida se considera actualmente un indicador indirecto y positivo de salud, una aproximación en pro de la salud mental de los sujetos enfermos en el marco de una medicina humanística y un modelo de evaluación, ya que su medición resulta útil para determinar la eficacia de tratamientos, comparar tratamientos alternativos, examinar a los pacientes individualmente o en grupo y describir la naturaleza y extensión de los problemas que enfrentan por su enfermedad y su tratamiento. También permite monitorear y examinar la percepción que tienen los enfermos sobre su vida y conocer sus necesidades reales de atención. Así mismo puede permitir conocer la capacidad de los servicios existentes para satisfacer las demandas, lo que puede permitir mejorar la atención y la satisfacción con la misma. (21)

Una conceptualización abarcativa de la calidad de vida incluye al menos tres dimensiones interrelacionadas:

- 1) Física: Se incluyen no sólo el impacto producido por el deterioro de las funciones y los síntomas, sino también el impacto causado tanto por padecer determinada enfermedad así como por el tratamiento a seguir.
- 2) Psicológica: Incluye todo el rango de estados emocionales así como la disminución de las funciones cognoscitivas.
- 3) Social: incluye el bienestar percibido en relación al rango de seres significativos, redes sociales e inclusión social (14).

La calidad de vida especialmente en psiquiatría es una obligada evaluación que permite una valoración comprensiva del paciente, aportando datos para implementar las intervenciones clínicas, de investigación psicofarmacológica y de gestión de cuidados de salud necesarias (3).

Calidad de vida en los Trastornos Psicóticos y su relación con la intervención psicosocial.

Los trastornos psicóticos, y entre ellos especialmente la esquizofrenia, siendo éste diagnóstico, el de mayor estudio, están caracterizados por un penetrante deterioro en el funcionamiento psicosocial de aquellos quienes lo padecen. Las habilidades sociales puede que se hayan perdido por desuso en el transcurso de la enfermedad o quizás nunca se hayan desarrollado como resultado de un pobre funcionamiento premórbido.

En trastornos psicóticos, principalmente la esquizofrenia afecta diversas áreas del comportamiento, sentimientos y funcionamiento, teniendo un impacto significativo en múltiples dimensiones, tales como el pensamiento, el afecto, la voluntad y la cognición (27).

En general, aunque existe un escaso consenso sobre el significado del concepto de funcionamiento psicosocial, este concepto suele incluir aspectos como autocuidado, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y funcionamiento cognitivo (10). Este concepto, se centra en lo que la

persona puede hacer, la calidad de sus actividades cotidianas y su necesidad de asistencia (15).

A pesar de la eficacia de la farmacología para tratar los síntomas agudos de la enfermedad y reducir la vulnerabilidad a una nueva recaída, ésta tiene un efecto limitado sobre los síntomas negativos, los problemas relacionados con el cumplimiento de la medicación y el funcionamiento psicosocial (16).

Teniendo esto en cuenta, durante las últimas décadas, la atención de estos pacientes, ha sufrido una transformación muy importante, pasándose progresivamente del tratamiento sintomático de la enfermedad a la atención integral, en la propia comunidad, de las necesidades de estas personas, más allá de su sintomatología. Esto se ha plasmado en los modelos de rehabilitación psicosocial, lo que se ha visto acompañado del surgimiento de nuevos tipos de recursos y servicios para esta población (17, 18, 19).

La denominación “intervención psicosocial” incluye una gran variedad de tratamientos, como por ejemplo: la terapia familiar psicoeducativa, la psicoterapia de orientación dinámica, las terapias cognitivo- conductuales (por ejemplo: el entrenamiento en habilidades sociales), la psicoeducación de los pacientes, etc. (16).

Uno de los objetivos fundamentales de estos recursos, creados en el marco de la rehabilitación psicosocial, es la mejora de la calidad de vida de las personas de los pacientes, así como la de sus familias, a través tanto del cambio de las

condiciones en las que estos viven como a través de la mejora de aspectos internos (afectividad, autoestima, aceptación de la enfermedad, etc.) (20).

Para autores como Liberman y Mueser, los objetivos fundamentales de estas intervenciones son: disminuir las recaídas (ingresos y/o reagudizaciones de los síntomas) y mejorar la calidad de vida, facilitando al paciente el conocimiento de su enfermedad, conocer las dificultades a las que deberá enfrentarse con el nuevo cambio que ha experimentado, reconocer los síntomas propios de la enfermedad en aras a evitar una nueva recaída y optimizar al máximo sus propios recursos así como los recursos que ofrece su entorno.

Otero y Rebolledo, centran los objetivos principales en: permitir el desarrollo psicosocial en un ambiente lo más normalizado posible, garantizar una óptima calidad de vida, disminuir las recaídas, disminuir los reingresos y mantener la adherencia al tratamiento.

Actualmente existe conocimiento que indica que la medicación y las intervenciones psicosociales aplicadas durante un mismo periodo producen mejores resultados que ninguna de las dos formas de tratamiento por separado (16).

Por lo tanto, la mayoría de las intervenciones en rehabilitación psicosocial buscan como objetivo principal mejorar el funcionamiento de la vida de los usuarios para una mejor adaptación social. Dado que las personas con trastornos mentales viven cada vez más en la comunidad, los clínicos y los cuidadores argumentan que la calidad de vida debe estar relacionada con los tratamientos recibidos. Sin

embargo pocos estudios se han preocupado de medir si estos resultados positivos incluyen también mejoras en la calidad de vida, y los que se han hecho se han centrado fundamentalmente en pacientes que son dados de alta tras periodos largos de hospitalización. A pesar de eso, la calidad de vida se ha convertido en un concepto fundamental en la evaluación de los efectos de los tratamientos que se ofrecen a los pacientes crónicos (10).

Existen estudios realizados en el país de España, que han establecido el objetivo de determinar la efectividad de un programa de Intervención Psicosocial sobre el aumento de la calidad de vida de un grupo de pacientes psicóticos crónicos. Los cuales concluyen que:

La intervención psicosocial realizada, basada en los factores comunes, es efectiva en la reducción de la duración de los ingresos psiquiátricos, en el incremento de la calidad de vida subjetiva (satisfacción con la vida) y en la mejoría de las relaciones interpersonales (16). Resultados similares se establecen en otro estudio concluyendo que tras la intervención psicosocial hay un cambio estadísticamente significativo en todas las áreas de funcionamiento, reduciéndose el grado de discapacidad en cada área evaluada: autocuidados personales; ocupación del tiempo libre; familia y hogar; funcionamiento en contextos sociales. Todas las puntuaciones han bajado de una discapacidad seria-severa a una discapacidad moderada-ligera.

También se han evaluado la manera en que influyen las variables clínicas y sociodemográficas, en la calidad de vida, encontrándose que no hay diferencias

estadísticas entre el sexo los ingresos económicos, el número de ingresos hospitalarios previos así como en los años de evolución del padecimiento. Y por otro lado si se encontró diferencias en calidad de vida en el apoyo social recibido por los profesionales (10).

En cuanto a la calidad de vida relacionada con el tratamiento con neurolépticos, se han realizado estudios en nuestra institución, como es la Tesis titulada “Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos bajo tratamiento con antipsicótico atípico”, en 2009, la cual concluye que no existe diferencia en la percepción de calidad de vida en pacientes esquizofrénicos en relación al uso de antipsicóticos atípicos (Risperidona, Clozapina, Ziprasidona, Quetiapina y Olanzapina) (28).

En México, dentro del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, se realizó en el año 2011, una tesis bajo el título de “Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia que reciben atención en una ONG vs un grupo control”, cuyo objetivo era el describir el programa de rehabilitación psicosocial, AFAPE (Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos) y su relación con el aumento en la calidad de vida en estos pacientes comparados con pacientes atendidos en Consulta externa del Hospital Fray Bernardino Álvarez y bajo tratamiento farmacológico únicamente. El autor de este estudio, concluye que los resultados obtenidos detectan el beneficio en la calidad de vida de los pacientes con Esquizofrenia que reciben este programa, siendo necesaria su extensión, pues una percepción de mejora en la calidad de vida no solo disminuye su malestar, beneficia su núcleo familiar, enriquece sus vidas y les proporciona

elementos para mejorar su funcionamiento interpersonal, familiar, escolar, laboral y comunitario (22).

A pesar de que ya existen estudios, estos siguen siendo muy pocos, sobre todo en México, por lo que es importante continuar investigando en el campo de las intervenciones psicosociales, así como también se corrobora la importancia de la utilización de medidas subjetivas de la calidad de vida y la necesidad de estudios que valoren de forma repetida el impacto de las intervenciones psicosociales en esta variable.

En México, dentro del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, actualmente se cuenta con un modelo de rehabilitación psicosocial llamado Hospital Parcial de Día, el cual se describe a continuación.

Hospital Parcial de Día

Antecedentes

Los primeros antecedentes, nos remiten al año de 1932, en Moscú, donde surge el primer Hospital Parcial o sin camas, Dzaharov en 1937, describió una experiencia sobre su programa, donde trató a 80 pacientes durante dos meses, que consistía en terapia laboral, acudiendo durante el día debido a la carencia de camas.

Posteriormente se desarrollaron actividades similares descritas Boyle en Chichester, Inglaterra y de Woodall en Boston y es posterior al año 1944 cuando el Dr. E. Cameron en Montreal que presenta el proyecto para la Asociación Psiquiátrica Americana, afirmando que “en apariencia el hospital diurno tiene la

ventaja adicional de que el ir a la casa de noche y regresar cada mañana, actúa como la reafirmación del hecho de que el paciente está ahí de forma voluntaria”. Entre 1953 y 1957 se desarrollaron varios programas basados en este modelo. En Inglaterra el hospital de día tuvo un lugar preponderante en el tratamiento de pacientes psicóticos.

Astrachan en 1970, delineó las tareas para el hospital de día, las cuales fueron: Proporcionar una alternativa a la Hospitalización Continua, brindar un ambiente de cuidados transitorios que favorecieran el reingreso de pacientes a la comunidad y suministrar una estructura que aportara servicios psiquiátricos que la comunidad definiera como una necesidad primordial. Así pues, este modelo, puede conjuntar una diversidad de modelos, entre ellos el tradicional de atención médica Psiquiátrica, las comunidades terapéuticas y de rehabilitación psicosocial.

A través de su evolución, el Hospital Parcial de día ha sufrido una gran evolución, siempre con respuesta a las necesidades que se presentan en cada lugar donde se establece y uno de estos aspectos es la inclusión de la familia, considerada actualmente como elemento fundamental en procesos de rehabilitación del paciente psicótico.

En México, fue en 1979, es que se crea el servicio de Hospital Parcial de día, dentro del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Este servicio, buscaba abreviar la Hospitalización continua y construir un puente que permitiera al paciente recién egresado reintegrarse a la comunidad así como psicoeducar a la familia del enfermo, evitar el deterioro y proporcionar rehabilitación.

Conforme se ha ido acumulando experiencia se planteó una estratificación por niveles de tratamiento, de acuerdo a las condiciones que presentará cada paciente y por otra parte a lo referido en la literatura sobre los beneficios del manejo grupal.

En el año 1996 se aplicó una serie de actividades consideradas las más adecuadas de acuerdo a las necesidades de los usuarios y objetivos del servicio y niveles, así mismo se desarrollo un proceso de capacitación del personal. Posteriormente la organización de las actividades grupales se llevó a cabo conformando equipos interdisciplinarios: médico, psicólogo, trabajadora social y enfermera.

Un aspecto relevante durante la evolución de Hospital Parcial fue hacer mayor énfasis en brindar atención a pacientes esquizofrénicos, por ser una población de gran incidencia y que requiere mayor apoyo, apego y continuidad en su tratamiento, dada la característica de disfuncionalidad de la enfermedad misma.

Actualmente el Hospital Parcial de Día da continuidad en el tratamiento de pacientes con trastornos psicóticos, así como también se incluye el abordaje de la familia especialmente en factores como la Emoción expresada y mejorar la capacidad cognitiva y resolutive. La reinserción social del paciente, siendo unos de los objetivos principales de este modelo terapéutico, no puede estar provista si no se tienen esquemas de trabajo que integren la multidisciplinariedad y unificación de modelos homogéneos y complementarios.

Hospital de Día: concepto y objetivo

Se ha definido como una alternativa de tratamiento a la Hospitalización continua para pacientes con enfermedades mentales y que cuenten con una red social de apoyo, con capacidad de actuar como interface entre abordaje clínico y el psicosocial, considerando el abordaje integral de la persona (incluyendo el paciente y la familia) que mejore su funcionamiento psicosocial y favorezca actividades preventivas que limiten cuadros agudos y deterioro cognitivo.

Dentro de los objetivos que tiene este modelo terapéutico, se encuentran: el control sintomático; prevenir la discapacidad mental; inducir mejores resultados clínicos (en el estado mental, funcionamiento social y la calidad de vida); proporcionar estrategias para hacer frente a situaciones de su vida cotidiana; lograr mayor aceptación de los servicios de hospitalización; incrementar la adherencia terapéutica; evitar las recaídas y por lo tanto disminuir rehospitalizaciones y la duración de éstas, promover en la familia y sociedad un cambio de actitud hacia el enfermo mental que favorezca la incorporación de los familiares al proceso terapéutico y erradicar la discriminación y estigmatización a través de la psicoeducación; lograr que los pacientes y sus familiares, alcancen una mayor conciencia de enfermedad; facilitar en la familia del paciente apoyo y la educación indispensable para ejercer con éxito su rol de soporte social primario; favorecer una dinámica familiar que facilite la aceptación y participación en los procesos de tratamiento y rehabilitación y favorecer en la familia una red de apoyo efectivo para el paciente. Con base de estos objetivos se espera lograr la

reinserción a la comunidad del paciente, con un mejor funcionamiento a nivel personal, familiar, social y laboral.

Intervenciones

Trabajo en Grupos.

DiBella y Cols. En 1982 expresan “por definición, los programas de Hospitalización parcial son un grupo y el uso de éste como método de tratamiento implica cierta creencia teórica acerca del origen de los problemas psicológicos y de la mejor manera en que puede hacerse una aproximación a ellos dentro del mismo tratamiento.

Washburn Conrad en 1978, describieron una variedad de programas grupales: recreativos, sociales, de rehabilitación y psicológicos.

Con referencia a la Psicoterapia de Grupo, es un método que permite que el individuo se sienta identificado con los miembros del grupo, facilita la obtención de modelos de identificación, explora una serie de problemas para generar soluciones posibles en un ambiente real, establece múltiples transferencias y posibilita la conjunción de este tipo de terapia con otras. Además de abordar la problemática central de dependencia versus autonomía.

Los enfoques conductuales se pueden aplicar a los pacientes con dificultades en la resolución de problemas cotidianos, el planteamiento es alterar los problemas primarios que presenta el paciente, más que obtener un cambio directo con la personalidad o tratar los conflictos subyacentes.

Familia

Los servicios de Hospitalización parcial evitan la ruptura de los vínculos familiares.

El involucrar a la familia en los procesos psicoterapéuticos y psicoeducativos produce los siguientes beneficios: Disminuye las recidivas, disminuye la carga global, mejora la calidad de vida de los pacientes, se reducen las dosis de medicación, se reducen hospitalizaciones.

Los profesionales en Salud Mental y las familias tienen que trabajar en alianza para lidiar con los trastornos mentales, diferenciando las situaciones de cada individuo, la familia y la sociedad.

Las interrelaciones entre los trastornos mentales, el deterioro, la discapacidad y la invalidez, son complejas, dinámicas y no lineales. Las intervenciones actuales difieren de la tradicional, ya que incluyen interrelaciones y colaboraciones múltiples.

Psicoeducación

La educación en Salud Mental, se proyecta como una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares y pacientes información específica acerca de la enfermedad mental y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

Bertoldi, describe a la psicoeducación como un proceso de adquisición de habilidades, destrezas, técnicas y conductas que permiten al paciente, su familia y

todos los que interactúan con el enfrentar las múltiples vicisitudes, avatares y conflictos que la enfermedad genera y produce.

La OMS, estipula que “La finalidad de la Educación Sanitaria consiste en ayudar a los individuos a alcanzar la salud por sus propios medios y esfuerzos. Se trata pues de estimular a los seres humanos el interés por mejorar sus condiciones de vida y de despertar en ellos un sentimiento de responsabilidad por el mejoramiento de su propia salud, ya sea individualmente o como miembros de una colectividad: familia, ciudad, provincia o país”.

Actividades

- **Actividades Grupales (psicoterapéuticas):**
 - Grupos psicoeducativos
 - Terapia de grupo
 - Psicodrama

- **Actividades de rehabilitación:**
 - Grupos de Afrontamiento y habilidades sociales
 - Cine-debate
 - Taller de expresión musical
 - Taller de teatro

- Taller de lectura
- Taller literario
- Taller de expresión corporal
- Asamblea de pacientes
- Eventos socorecreativos

- **Actividades con familiares:**
 - Grupos psicoeducativos
 - Grupos de emoción expresada (Terapia Cognitivo-Conductual)
 - Eventos sociorecreativos

MÉTODO

JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida es un concepto que en las últimas décadas ha ganado relevancia. Actualmente su evaluación puede ser adecuada como marcador indirecto del estado de salud global y de adaptación social de la persona, y por lo tanto, del impacto de una intervención.

El interés en este estudio es evaluar la calidad de vida en pacientes con enfermedades psiquiátricas que han presentado psicosis, pues generalmente entre las características de estos padecimientos se incluyen una evolución crónico-degenerativa, disfuncionalidad y ser incurables, haciendo que estos pacientes sean segregados socialmente. Este panorama está cambiando hoy en día, sin embargo a un paso lento, pues la psiquiatría cuenta con escasas intervenciones de forma integral en estos pacientes, como lo es la rehabilitación psicosocial aunado al tratamiento farmacológico.

Se sabe que el tratamiento farmacológico es eficaz en el control de síntomas psicóticos como las alteraciones en la sensopercepción e ideas delirantes, pero no influye de manera sustancial en generar un cambio de calidad de vida e incluso y debido a los efectos adversos que comúnmente se presentan podrían afectarla.

En el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” se cuenta con un modelo de rehabilitación psicosocial, cuyos objetivos se orientan a mejorar la calidad de vida, funcionalidad global del paciente y para generar su reinserción social. Teniendo en cuenta esto, se considera de importancia evaluar la calidad de vida de los pacientes antes de su ingreso al programa de Hospital Parcial de día con el fin de comprobar si las repercusiones positivas a la salud de los pacientes se deben a características propias de los individuos ahí atendidos o si se desprenden de la intervención de rehabilitación en ellos. Para tales efectos se pretende comparar la calidad de vida de los participantes al inicio y a los 6 meses de manejo integral. Adicionalmente se medirá la influencia de las variables sociodemográficas y clínicas en la mejoría o no, de la calidad de vida en los pacientes analizados.

De esta forma, se pretende encontrar que los datos sean consistentes en las mejoras de la calidad de vida del paciente, para comprobar que el tratamiento integral, con rehabilitación psicosocial y farmacológico son verdaderamente benéficos para este tipo de pacientes, de modo que se pueda proponer que en nuestro país, el modelo de Hospital parcial no debe limitarse a la atención de un pequeño número de pacientes como hasta ahora, ya que dicho modelo de tratamiento puede fácilmente replicarse en otras unidades psiquiátricas con el fin de rehabilitar al mayor número de pacientes posibles en nuestro país, si se demuestra que este es uno de los tratamientos más efectivos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la calidad de vida en pacientes psicóticos es un fenómeno aún poco estudiado en nuestro país, específicamente hablando de la población psiquiátrica y más aún en pacientes con trastornos psicóticos, siendo éstos de especial interés dada la pérdida de funcionalidad, deterioro cognitivo y de relaciones interpersonales, el estigma y aislamiento de la sociedad así como la cronicidad de las patologías, y que directamente esto tiende a afectar la calidad de vida. Debido a las características patológicas antes mencionados, es de mucho interés, el evaluar a los pacientes antes y después de 6 meses de tratamiento en un servicio específico del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, el Hospital Parcial de Día, donde se maneja de forma integral al paciente psicótico, es decir, farmacológicamente y con rehabilitación psicosocial. Y por último también conocer de qué forma influyen las variables sociodemográficas y clínicas que presenta la población en estudio.

Expuesto lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de pacientes después de 6 meses de tratamiento farmacológico y con rehabilitación psicosocial llevado a cabo en el Hospital Parcial de día, y a su vez cuál es el impacto que tiene el servicio antes mencionado en dicho fenómeno así como también conocer la influencia de las variables sociodemográficas y clínicas?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los cambios en el nivel de calidad de vida que presentan los pacientes antes y después de 6 meses de tratamiento en el servicio de Hospital Parcial de día.

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Comparar las áreas correspondientes a las dos mediciones de calidad de vida de los pacientes en estudio.
2. Describir y comparar la calidad de vida en torno a las características sociodemográficas de los pacientes en estudio.

HIPÓTESIS

H1: Los puntajes de calidad de vida en los pacientes con trastornos psicóticos mejoran después de 6 meses de tratamiento en el servicio de Hospital Parcial de día.

H0: No existe diferencia en los puntajes de nivel de calidad de vida de los pacientes con trastornos psicóticos después de 6 meses de tratamiento en el servicio de Hospital Parcial de día.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

a) Calidad de Vida

Tipo de variable: cualitativa ordinal

Escala de medición: Calificación del Inventario de Calidad de Vida y Salud

(InCaVisa) (24).

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Variables Sociodemográficas:

b) Género

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Escala de medición: femenino/masculino (dicotómica).

c) Edad

Tipo de variable: Cuantitativa continúa

Escala de medición: Años cumplidos.

d) Lugar de nacimiento

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Escala de medición: Nombre del Estado.

e) Lugar de residencia

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Escala de medición: Nombre del Estado

f) Estado civil

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Escala de medición: Soltero, casado, viudo, divorciado, en Unión Libre.

g) Ocupación laboral

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Escala de medición: Empleado/ desempleado (dicotómica).

h) Escolaridad

Tipo de variable: cuantitativa continúa

Escala de medición: número de años cursados.

i) Comparte vivienda con:

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Escala de medición: pareja, padres, hermanos, hijos, abuelos, tíos, primos,
solos.

- Variables Clínicas:

j) Diagnóstico Clínico

Tipo de variable: cualitativa nominal

Escala de medición: La que establece el CIE 10.

k) No. De hospitalizaciones continuas

Tipo de variable: cuantitativa continúa

Escala de medición: número de veces.

l) Tiempo de evolución del padecimiento psiquiátrico

Tipo de variable: cuantitativa continúa

Escala de medición: número de años.

m) Tratamiento farmacológico:

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Escala: antipsicótico típico /atípico (dicotómica).

Definición Conceptual

CALIDAD DE VIDA: Estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (2).

MUESTRA

Se trató de una muestra por conveniencia e incluyó a los pacientes que ingresaron al servicio Hospital Parcial de Día del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en los meses de Junio a Octubre del 2012. Los pacientes tendrán edades comprendidas entre 18 a 60 años, de ambos sexos, que acepten participar voluntariamente en el estudio y que cumplan los siguientes criterios:

SUJETOS

A) CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Pacientes de ambos sexos.
2. Edad comprendida entre 18 y 60 años.
3. Que hayan ingresado al servicio de Hospital Parcial de Día en los meses comprendidos de Junio a Octubre 2012.
4. Que sepan leer y escribir.
5. Que hayan aceptado voluntariamente participar en este estudio y firmando el consentimiento.

B) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Que se encontraran con criterios de internamiento en hospitalización continúa.
2. Que no desearan participar o firmar el consentimiento informado.

C) CRITERIOS DE ELIMINACION:

1. Pacientes que egresen voluntariamente, por abandono ó por indicación médica de Hospital Parcial de día durante los meses de estudio.
2. Pacientes que durante el proceso de evaluación decidan retirarse del estudio.
3. Pacientes que ingresen a Hospitalización continúa durante los meses de estudio.
4. Pacientes con cuestionarios incompletos ó con dobles respuestas.

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio prospectivo, observacional y descriptivo, longitudinal y comparativo de muestras relacionadas.

Basado en la aplicación del instrumento “Cuestionario sobre calidad de vida: Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaVisa)”, con dos mediciones, al ingreso y después de 6 meses de tratamiento. Así también se incluirán variables sociodemográficas y clínicas recabadas durante los meses de estudio.

INSTRUMENTO

1. Cuestionario sobre calidad de vida: Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaVisa)

El inventario de Calidad de Vida y Salud, InCaViSa, se construyó con el objetivo de medir la calidad de vida de pacientes, en una escala lo suficientemente inclusiva como para emplearse en cualquier condición crónica o aguda y sensibles al efecto de las intervenciones.

El inventario fue diseñado a partir de la consideración inicial de diferentes escalas de calidad de vida para padecimientos crónicos, basándose en investigación documental y en la experiencia clínica en hospitales. Se tomaron en cuenta aquellas dimensiones que se mencionan en casi todos los instrumentos por considerarse representativas de los aspectos medulares que se va a evaluar en la calidad de vida de diferentes padecimientos crónicos. El inventario principal a partir del cual se agregaron nuevos reactivos de los otros inventarios fue la Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos (EsCaViPs).

En una etapa inicial se realizó una validación por jueceo que arrojó cinco áreas: percepción de la salud y bienestar, relaciones interpersonales, funciones cognitivas, síntomas y un estimador general de calidad de vida. Se encontró una consistencia interna para todo el instrumento $\alpha=0.9023$ y valores entre $\alpha=0.7202$ a $\alpha=0.8265$ para cada una de las áreas.

Los valores de consistencia eran adecuados, sin embargo, el balance de las áreas de consistencia permanecía muy heterogéneo, por tal motivo, se corrió un análisis factorial con objeto de conocer los reactivos correlacionados que pudiera conformar áreas y mantenerlas en el mínimo posible de ítems.

La validez concurrente del instrumento se estableció usando como criterio el Instrumento de Calidad de Vida de la OMS, WHOQoL-Bref, en su versión adaptada para México, contra un grupo de pacientes hipertensos.

Los análisis finales han revelado que el instrumento se compone de doce áreas, cada una con cuatro reactivos. Cada área con preguntas relacionadas entre sí, refiriéndose a las últimas dos semanas previas respecto al momento que se contesta el cuestionario. Se mantuvieron cinco reactivos que aunque no se correlacionaron adecuadamente con ninguna de las áreas pueden, por sí mismos, proporcionar información importante como el indicador general de calidad de vida (reactivo 53), y los referentes a la percepción general de salud (reactivos 1 al 4).

El instrumento evalúa una serie de áreas que abarcan diferentes aspectos de la vida del paciente. Éstas son:

- a) Preocupaciones: se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros.
- b) Aislamiento: explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual.
- c) Percepción corporal: se refiere al grado de satisfacción-insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente.
- d) Funciones cognitivas: revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración.

e) Actitud ante el tratamiento: revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico.

f) Familia: explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia.

7) Tiempo libre: explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas.

8) Vida cotidiana: revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios en las rutinas a partir de la enfermedad.

9) Dependencia médica: se refiere al grado en que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante.

10) Relación con el médico: se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo(a) con la atención del médico tratante.

11) Redes sociales: explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas.

12) Desempeño físico: se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo.

El inventario incluye también secciones para el análisis de situaciones transitorias que pudieran estar afectando los resultados de la escala, comentarios generales sobre el padecimiento o el instrumento, y una sección de datos socio-demográficos.

Los reactivos se califican en escala de opción forzosa con tres componentes cuantificables:

- a) Porcentual que va de 0% a 100%.
- b) Semántico que va de “nunca” a “siempre”.
- c) Visual al colocarse en una recta continúa que permite visualizar como extremos las respuestas de 0% (nunca) hasta 100% (siempre).

Los reactivos se califican de 0 a 5 puntos.

Validez del InCaVisa.

El instrumento muestra adecuadas propiedades psicométricas de consistencia interna, validez concurrente y test re-test, así como sensibilidad para distinguir entre diferentes condiciones de salud.

El inventario resulta útil para evaluar el efecto de las intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida, es decir, en diseños pre-post tratamiento, pues se muestra en los seguimientos buena estabilidad y posibilidad de reconocer el efecto de situaciones transitorias y variables socio-demográficas. Además, también presenta una sección de síntomas físicos comunes en padecimientos sensibles a las intervenciones, posiblemente por el desgaste físico favorecido por las condiciones subyacentes de una mala calidad de vida.

Aplicación y uso del InCaVisa.

El Inventario de Calidad de Vida y Salud es un inventario autoaplicable cuya administración toma entre 15 y 20 minutos; es confiable, válido, sensible y sencillo de aplicar. El instrumento debe aplicarse en una situación tranquila, con el

aplicador presente. El instrumento puede utilizarse en población analfabeta que puede entender los valores numéricos.

Elaboración del perfil InCaViSa

Las puntuaciones de cada reactivo se obtienen por sumatoria directa donde:

Nunca: suma 0 puntos

Casi nunca: suma 1 punto

Pocas veces: suma 2 puntos

Frecuentemente: suma 3 puntos

Casi siempre: suma 4 puntos

Siempre: suma 5 puntos

Las sumatorias por área corresponden a la sumatoria de los reactivos que componen cada área, en la hoja de vaciado se van colocando los resultados de la escala y se ubica la posición total del área en el punto correspondiente a su valor de acuerdo a la tabla de “Puntos de corte en Calidad de Vida. Participantes Crónicos”, de tal forma que se facilite la interpretación de las áreas problemáticas (24).

2. Formato de recolección de datos.

Se anexa una hoja donde se incluyen las variables sociodemográficas y clínicas a estudiar.

PROCEDIMIENTO

Se invitó a participar voluntariamente en el estudio, a todos los pacientes que presenten ingreso al servicio de Hospital Parcial de día del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, en los meses comprendidos entre junio y octubre del 2012 y que cumplan con los criterios de inclusión. Se les informó sobre características del estudio, así como su objetivo, y se les proporcionará el consentimiento informado, el cual tendrán que firmar si aceptan participar, para proceder a la aplicación del Cuestionario sobre calidad de vida: Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaVisa) y se les pidió contestar la hoja de recolección de datos; esto se realizó en el servicio de Hospital Parcial de Día, posterior a su última actividad del día en dicho servicio, en un tiempo aproximado de 25 minutos.

Posteriormente, a los 6 meses, de acuerdo a la fecha de aplicación del instrumento antes mencionado por primera vez, se localizó a cada paciente en el servicio de Hospital Parcial de día y bajo su autorización, se procedió a la aplicación nuevamente del mismo instrumento; esto se realizó en el mismo espacio físico, horario y tiempo aproximado que en la primera medición.

Una vez terminada la aplicación de los instrumentos, los resultados fueron registrados en una base de datos para su análisis estadístico. Posteriormente se obtuvieron los resultados y se realizó la discusión y conclusiones.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados se sometieron a análisis descriptivo y de correlación con estadísticos paramétricos en variables cuantitativas (continuas) y no paramétricos para variables cualitativas nominales y ordinales. Se utilizó la prueba de correlación de Pearsons a través del programa estadístico SPSS versión 17.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio no será invasivo y no interferirá con el tratamiento farmacológico y/o de rehabilitación del paciente, por lo que puede considerarse de bajo o nulo riesgo.

A todos los pacientes se les invitará a participar de forma voluntaria en el estudio y se les entregará un consentimiento informado. (Anexo).

El estudio se apegará a la *Declaración de Helsinki* (25), que considera la autonomía de los participantes así como los principios de justicia, respeto y confidencialidad.

El beneficio que se espera del análisis de sus datos, se constituye con información que sirve para evaluar la eficacia y fortalezas del programa de Hospital Parcial instituido en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

RESULTADOS

El estudio fue realizado con la participación de treinta pacientes que asisten cotidianamente al Servicio de Hospital Parcial, el grupo se conformó de 6 mujeres y 24 hombres, con edad en promedio de 38.5 y una DE 8.9, lo que representa que la mayoría está en una edad productiva. La escolaridad predominante entre ellos fue de secundaria (46.6%), la mayor parte de ellos no trabaja y son preferentemente solteros. En cuanto a la entidad de origen y residencia, la mayoría son del Distrito Federal. En lo que respecta a los miembros de la familia que viven con los sujetos en estudio, principalmente esta integrada por la familia completa, es decir, padre, madre y hermanos, sin embargo es seguido por un estrecha separación los sujetos que viven con su madre y hermanos (30 y 26.6% respectivamente). En la filiación del cuidador primario, en su mayoría es el padre o la madre de los pacientes (Tabla 1).

Tabla 1 Descripción de las variables sociodemográficas en la población en estudio.

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo		
Femenino	6	20
Masculino	24	80
Escolaridad		
Primaria	4	13.33
Secundaria	14	46.6
Preparatoria	10	33.3
Licenciatura	2	6.6
Ocupación		
Trabaja	12	40
No trabaja	18	60
Estado Civil		
Soltero	28	93.4
Unión Libre	2	6.6
Vive con		
Familia Completa	9	30
Madre y hermanos	8	26.6
Hermanos	2	6.6
Madre	5	16.6
Padre	4	13.3
Pareja	2	6.6
Filiación del Cuidador		
Padre/Madre	25	86.4
Hermanos	5	16.6

En cuanto a las variables clínicas, el diagnóstico que predominó fue el de Esquizofrenia Paranoide (F20.0) y el menor porcentaje correspondió a un diagnóstico afectivo tipo bipolar (75 y 10% respectivamente). El tratamiento con neurolépticos que predominó fueron los de segunda generación o atípicos, siendo administrados a 24 pacientes. El tiempo de evolución de los pacientes fue principalmente menor a 3 años, habiendo pocos pacientes con evoluciones de larga duración. El número de hospitalizaciones previas fueron en promedio 1.6, con una DE 2.2 lo que representa un número bajo de hospitalizaciones (Tabla 2).

Tabla 2 Descripción de variables clínicas en la muestra de estudio.

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Diagnóstico		
F20.3	4	13.4
F25	2	6.6
F31.7	3	10
Tratamiento		
NLP Típico	6	20
NLP Atípico	24	80
Tiempo de evolución		
Hasta 3 años	12	40
De 4 a 5 años	5	16.6
De 6 a 10 años	6	20
De 11 a 15 años	3	10
De 16 a 20 años	2	6.6
Más de 20 años	2	6.6
No. de hospitalizaciones	X= 1.6	DE= 2.2

Se compararon los datos sociodemográficos por sexo, encontrándose que las mujeres tuvieron un promedio de edad de 34.3 años, mientras que los hombres de 32 años. Las mujeres alcanzaron un mayor nivel académico y los hombres se concentraron en alcanzar secundaria seguido de preparatoria. En cuanto al estado civil, sólo los hombres tuvieron pareja. Respecto de la ocupación proporcionalmente tanto ellas como ellos preferentemente no trabajan. En cuanto a la entidad de origen, la totalidad de pacientes que nacieron en otros estados son hombres. De acuerdo a los familiares que viven con los pacientes, se encontró que tanto hombres y mujeres en su mayoría viven con la familia completa o bien madre y hermanos y son los hombres en unión libre quienes viven con sus parejas. En lo que se refiere a los cuidadores primarios, se obtuvieron igual proporción en las mujeres respecto a que fuera su madre/padre o bien hermanos, sin embargo en hombres principalmente fueron alguno de los padres. En los diagnósticos clínicos, se obtuvo que la totalidad de mujeres padecían Esquizofrenia Paranoide, mientras que el hombre se encontró que padecían en su mayoría el mismo diagnóstico mencionado sin embargo también trastornos afectivos. En cuanto al tiempo de evolución ellos tenían más tiempo de permanecer enfermos y en ambos sexos se usó para la mayoría tratamiento atípico. Así también en cuanto al número de hospitalizaciones previas, se encontró que las mujeres tuvieron menos hospitalizaciones, con promedio 1.3 respecto a los hombres que obtuvieron 1.6.

Posteriormente se llevo a cabo, estadísticos descriptivos de las áreas de calidad de vida estudiadas en las dos mediciones.

En cuanto a la primera medición, se presentó la siguiente información:

Las preocupaciones resultó una media que corresponde a una puntuación baja, lo que indica que la mayoría de los pacientes posee redes sociales eficaces, se siente apoyado y confortable con quienes lo rodean.

En cuanto al desempeño físico resultó una media que corresponde a una puntuación muy baja, lo que corresponde a que la capacidad para realizar actividad física está notablemente deteriorada, pudiendo tener umbrales bajos al dolor (percibiendo fácilmente sensaciones desagradables), reactividad vascular y respiración defectuosa.

En el área de aislamiento, una media que representa una puntuación baja, lo que significa que los pacientes cuentan con el aprecio y afecto eficaz que requiere, se perciben merecedores de la estimación que recibe de quienes lo rodean; en general implica un autoconcepto positivo y habilidades sociales funcionales en su medio.

En cuanto a la percepción corporal, la media correspondió a una puntuación muy baja, lo que se traduce a que la mayoría de los pacientes se perciben a sí mismos como feos(as) o físicamente desagradables. Puede haber atención selectiva a aparentes señales de desagrado hacia su persona.

En lo que respecta a la función cognitiva, la media corresponde a una puntuación baja, lo que significa que hay una disminución notable de la capacidad de memoria y concentración en la mayoría de los pacientes. Puede mostrar estados

emocionales parecidos a la depresión en los que estas fallas expliquen sentimientos de inutilidad, enojo o ansiedad.

En cuanto a la actitud hacia el tratamiento, de acuerdo a la media, puntuaron bajo, lo que nos dice que la mayoría de los pacientes resiente el tener que seguir un tratamiento médico y el estar enfermo. Es el indicador más poderoso en la escala de adhesión inadecuada, acompañada de actitudes y creencias que la obstaculizan o imposibilitan.

En el área de familia, la media resulto en una puntuación baja lo cual implican problemas serios de interacción. Muy probablemente por desacuerdos o conflictos importantes para el paciente; puede haber un abandono del paciente o hacia él, real o afectivo de su familia.

En lo que respecta al tiempo libre, una media que equivale a una puntuación baja, lo que implica que el proceso de enfermedad se conceptualiza como una limitación infranqueable para el disfrute del tiempo libre a que estaba acostumbrado (a). Implica además sentimientos de nostalgia por actividades que ha dejado de llevar a cabo.

En cuanto a la vida cotidiana resulto una media que corresponde a una puntuación baja, lo que nos dice que el proceso de enfermedad y su manejo representa una pérdida importante en su salud y estilo de vida; el paciente puede experimentar continuamente sentimientos de enojo, tristeza y desesperanza.

En el área de dependencia médica, resulto una media que corresponde a puntuación baja, lo que significa que los pacientes se reconocen como

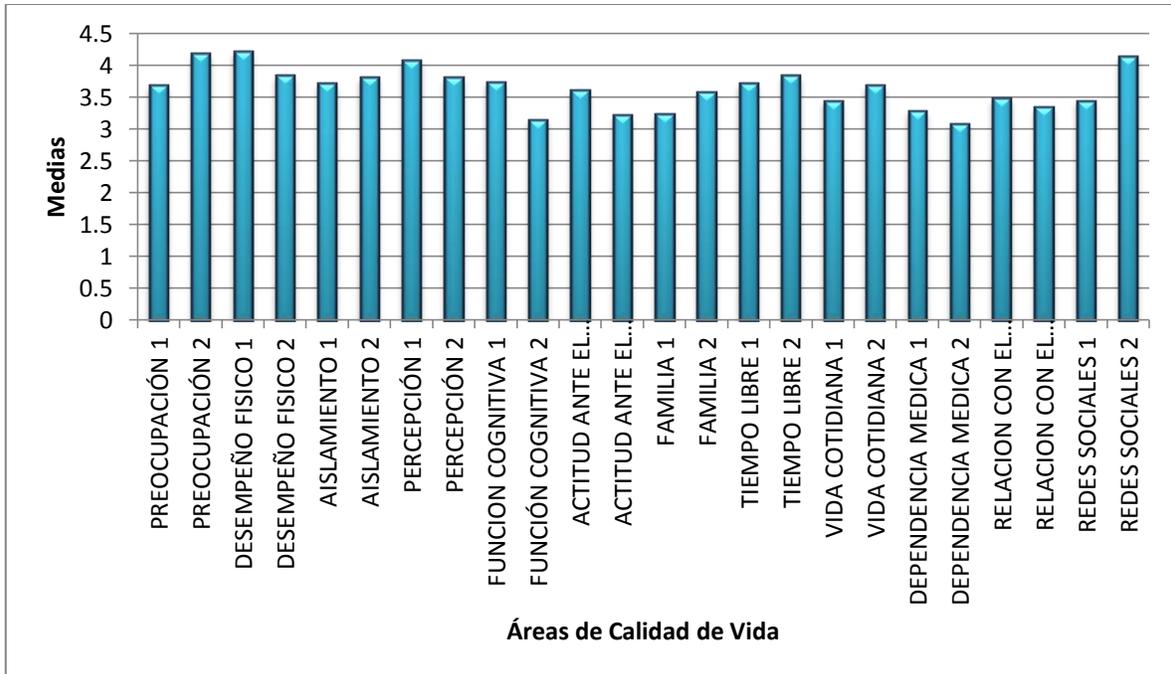
protagonistas de su condición de salud; suele además acompañarse de independencia y autoeficacia.

En lo que respecta al área de relación con el médico, la media resulto de puntuación baja, lo que significa que la búsqueda de atención médica tiene una connotación negativa, puede relacionarse o no, con experiencias que le parezcan desagradables en el consultorio, o simplemente con que el médico está asociado a “estar enfermo”.

Por último, en lo que respecta a las redes sociales, se obtuvo una media que corresponde a una puntuación baja, lo que significa que el medio social les parece adverso, indiferente o agresivo. Suelen presentar dificultades en sus habilidades básicas de interacción. Son comunes los pensamientos de indefensión y desesperanza.

En la segunda medición, si bien no se obtuvo cambio significativo en las puntuaciones para que esto generara un cambio en la implicación clínica antes descrita para cada área, éstas si cambiaron positivamente en las siguientes áreas: Preocupaciones, aislamiento, familia, tiempo libre, vida cotidiana, redes sociales. (Gráfica 1).

Gráfica 1 Comparación de medias de las áreas de calidad de vida entre la 1era. y 2da. medición del estudio.



Por último, se llevó a cabo una correlación entre las variables sociodemográficas significativamente estadísticas así como su relación con la calidad de vida en la primera y segunda medición, con lo cual se encontró la siguiente información:

En las variables sociodemográficas tenemos que entre el estado civil y el tiempo de evolución hubo una correlación positiva, lo que significa que hubo una relación entre mayor tiempo de evolución tenían los pacientes, éstos se encontraban en unión libre, así como también resultó que vivían con sus parejas.

Entre escolaridad y ocupación hay una correlación negativa lo que se traduce que los pacientes con menor escolaridad eran los que más tenían empleo en ese momento.

Entre la edad y el tiempo de evolución así como la filiación del cuidador primario resulto una correlación positiva lo que significa que entre mayor era la edad de los pacientes, más tiempo de evolución tenían y en estos su cuidador primario eran sus hermanos.

Entre el sexo y la filiación del cuidador primario resulto negativa, lo que significa que en las mujeres su cuidador primario era principalmente sus hermanos, mientras que en los hombres era alguno de los padres (Tabla 3).

Tabla 3 Correlación significativa entre variables sociodemográficas en la población en estudio.

ESTADO CIVIL		
	r=correlación de Pearson	p=(Significancia)
TIEMPO DE EVOLUCION	0.433*	0.017
VIVE CON	0.525**	0.003
ESCOLARIDAD		
OCUPACIÓN	-0.518**	.056
EDAD		
TIEMPO DE EVOLUCION	0.766**	0.000
FILIACION DEL CUIDADOR PRIMARIO	0.614**	0.000
FILIACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO		
TIEMPO DE EVOLUCION	0.490**	0.006
SEXO	-0.375*	0.041

A continuación se describen la relación entre las variables sociodemográficas con las áreas de calidad de vida en la primera medición, encontrando que a mayor tiempo de evolución mayor era su desempeño físico. En cuanto a la filiación del cuidador primario y la actitud ante el tratamiento resulto una correlación positiva lo que significa que los pacientes cuyo cuidador era sus hermanos tienen mayor aceptación al tratamiento. En cuanto al tratamiento con neurolépticos típicos/atípicos, se obtuvo que los pacientes con atípicos obtuvieron una mejor percepción corporal, funcionamiento cognitivo así como una puntuación mejor en tiempo libre y actitud ante la vida (Tabla 4).

Tabla 4 Correlación significativa entre variables sociodemográficas y las áreas de calidad de vida en la primera medición.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN		
	r=correlación de Pearson	p=(Significancia)
DESEMPEÑO FÍSICO	0.392*	0.032
FILIACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO		
ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO	0.380*	0.039
TRATAMIENTO		
PERCEPCIÓN CORPORAL	0.441*	0.015
FUNCIONAMIENTO COGNITIVO	0.437*	0.016
TIEMPO LIBRE	0.561**	0.001
VIDA COTIDIANA	0.480**	0.007

En la segunda medición, se obtuvieron correlaciones significativas entre las variables sociodemográficas y las áreas de calidad de vida como sigue: Entre la edad y el área de preocupaciones se obtuvo una correlación negativa, lo que significa que entre mayor sea la edad, más bajo es el puntaje en dicha área. Al contrario que sucede con el sexo y la percepción corporal así como la relación con el médico las cuales se correlacionan positivamente pues los hombres tienen mejor percepción corporal y mayor relación con el médico. Así también entre el tratamiento y la percepción corporal y las redes sociales se obtuvieron correlaciones positivas lo que significa que los pacientes con tratamientos NLP atípicos tienen mejor percepción corporal y mayor puntuación en sus redes sociales (Tabla 5).

Tabla 5 Correlación significativa entre variables sociodemográficas y de calidad de vida en la segunda medición.

EDAD		
	r=correlación de Pearson	p=(Significancia)
PREOCUPACIONES	-0.431*	0.017
SEXO		
PERCEPCIÓN CORPORAL	0.442*	0.040
RELACIÓN CON EL MEDICO	0.405*	0.026
TRATAMIENTO		
PERCEPCIÓN CORPORAL	0.442*	0.014
REDES SOCIALES	0.424*	0.019

LIMITACIONES EN EL ESTUDIO

Una de las limitantes del estudio fue el tipo de escala aplicada (autoaplicables) que además contaba con gran cantidad de reactivos y con una duración para contestarse de aproximadamente 25 minutos, generando en los pacientes, principalmente con diagnóstico tipo Esquizofrenia, apatía y dificultades para responder, ya que es una enfermedad que cursa en su evolución natural con un deterioro cognitivo, pudiendo esto interferir en la comprensión y resolución del instrumento y consecuentemente pudiendo influir esto en los resultados.

Otra limitante fue que en ciertos pacientes de recién ingreso al servicio Hospital Parcial, eran muy importantes los síntomas extrapiramidales que presentaban secundario a la medicación, por lo que se tuvo que posponer la aplicación de la escala de 1 a 4 semanas después.

Por último, el número de pacientes en estudio, pues ingresan pocos pacientes a Hospital Parcial por mes, lo que contribuyo a no tener una muestra más grande.

DISCUSIÓN

Tras el análisis estadístico de los resultados obtenidos, es necesario discutir algunos puntos esenciales:

Las características sociodemográficas de los pacientes resultaron similares a las referidas

en la literatura para los trastornos psicóticos (26), ya que se observó que en su mayoría eran pacientes en la cuarta década de la vida, que tenían generalmente bajo nivel educativo, que no eran independientes, ya que la mayoría no tenían pareja ni eran funcionales laboralmente y vivían bajo el cuidado de su familia, siendo principalmente alguno de los padres, el cuidador primario. El diagnóstico principal del grupo en estudio fue Esquizofrenia Paranoide, con un tiempo de evolución que predominó en menor a 3 años y la terapéutica más frecuentemente utilizada fueron los neurolépticos atípicos.

En cuanto a los datos sociodemográficos respecto al sexo, lo de mayor relevancia fue el estado civil, pues los únicos que presentaban unión libre eran los hombres, los más altos números de hospitalizaciones así como de tiempo de evolución correspondieron a pacientes del sexo masculino. En cuanto a la escolaridad, fue más alta en mujeres, pues fueron las únicas con estudios universitarios.

Las variables sociodemográficas y su relación con la calidad de vida fueron significativas tanto en la primera y segunda medición, lo que pone en manifiesto que estas variables sí influyen para que el paciente perciba de diferente forma su calidad de vida. Lo más relevante en la primera medición, fue que en pacientes

con tratamiento con neurolépticos atípicos obtuvieron una mejor percepción corporal, funcionamiento cognitivo así como una puntuación mejor en tiempo libre, redes sociales y actitud ante la vida, lo que difiere con estudios antes establecidos en nuestra institución y que concluyen que no hay cambios significativos en la calidad de vida relacionando este tipo de tratamiento (28).

En cuanto a las áreas de calidad de vida evaluadas por el INCAVISA (24), se encontró en la primera medición, que correspondió a la aplicación del instrumento en pacientes de recién ingreso al programa de Hospital Parcial, presentaban alteraciones en el desempeño físico, percepción corporal, función cognitiva, actitud ante el tratamiento, familia, tiempo libre, relación con el médico, redes sociales y vida cotidiana, lo que concuerda con lo establecido en la literatura respecto a los trastornos psicóticos, principalmente la Esquizofrenia, afectando diversas áreas del comportamiento, sentimientos y funcionamiento, teniendo un impacto significativo en múltiples dimensiones, tales como el pensamiento, el afecto, la voluntad y la cognición, todo esto implicado en la calidad de vida subjetiva y objetiva que resulta en el paciente (27).

Por otro lado resultando una adecuada calidad de vida en áreas de aislamiento, preocupaciones y dependencia médica. Y si bien no resultó un cambio significativo en la calidad de vida, en relación con la segunda medición, como en otros estudios realizados en diferentes programas psicosociales, si hubo mejoras las puntuaciones en las áreas de Preocupaciones, aislamiento, familia, tiempo libre, vida cotidiana, redes sociales(16,22).

CONCLUSIONES

El objetivo principal de este estudio fue evaluar la calidad de vida en pacientes que ingresaban al programa de Hospital Parcial y posterior a 6 meses de tratamiento y determinar si existían diferencias entre ambas mediciones.

La información obtenida podrá ser de utilidad al personal del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, principalmente en el servicio de Hospital Parcial de Día; ya que a través de esta información se podrán seguir reforzando las áreas que resultaron positivas en la calidad de vida del paciente, así como también se podrán realizar acciones e intervenciones para mejorar la calidad de vida en áreas afectadas.

La importancia de resaltar los datos sociodemográficos recae en que son factores que pueden influir positivamente en la calidad de vida, de acuerdo a los tipos padecimientos aquí estudiados, entre los cuales se encuentran: una red de apoyo eficaz, el bajo número de hospitalizaciones previas, el corto tiempo de evolución del padecimiento la edad en que se encuentran los pacientes. Así como también establecer mayores estrategias para aumentar la funcionalidad escolar, laboral y de social, que más se vieron afectadas en este estudio.

En cuando a la calidad de vida, lo encontrado en este estudio, pone en manifiesto que no hay cambios significativos, a los 6 meses de tratamiento con intervenciones establecidas en el programa de Hospital Parcial, caracterizadas principalmente por trabajo psicoterapéutico y psicoeducación en grupo, a pacientes y familia, actividades de rehabilitación y atención médica individual

estrecha, teniendo que trabajar en esto de forma más consistente para generar en el paciente con trastorno psicótico crónico que se reintegre a la sociedad y adquiera mayores habilidades sociales y funcionales en diversas áreas de su vida.

Finalmente cabe señalar que mediante este estudio, se logro obtener una base de datos y que se sugiere seguir evaluando estos parámetros, generando más mediciones para poder comparar la calidad de vida en diferentes tiempos del tratamiento en Hospital Parcial, haciendo hincapié las limitaciones que tuvo el estudio y estas puedan ser mejoradas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno B, Ximénez C. Evaluación de la Calidad de Vida. Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud, 1996; 1045-70.
2. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. Rev Lat Psic. 2003; 35(2): 161-4.
3. Bobes J, González MP, Bousoño P, Sáiz PA. Calidad de vida y psiquiatría Rev Med Univ Navarra. 1996 En-Mar; 40: 44-9.
4. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia Psic. 2012; 30(1): 61-71.
5. Gómez-Vela M, Sabeh E. Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Universidad de Salamanca.
6. Bobes J, González MP, Bousoño P, Sáiz PA. Calidad de vida en los trastornos esquizofrénicos. An Psiquiatría. 1996; 12(1): 47-54.
7. De Usúa M. Calidad de vida y salud: antecedentes históricos. Medicina y Calidad de vida, Anales de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. 2009.
8. May PRA. What does the schizophrenic outpatient need. Mellergaad. SI Dencker (Eds.). Squibb, Lidingii/Slockholm 1979; 1-19.
9. Teva I, Bermúdez M, Hernández-Quero J, Buela-Casal1 G. Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH. Psicología y Salud, 2004 Jul-Dic; 14 (2): 229-235.

10. Navarro D, García-Heras S; Carrasco Olga, Casas A. Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Intervención Psicosocial*. 2008; 17(3): 321-336.
11. Tourino R. Evaluación de la calidad de vida en rehabilitación psicosocial. *Evaluación en rehabilitación psicosocial*. 2010.
12. Patrick D, Erickson P. Health Status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: Oxford University Press. 1993.
13. Naughton MJ, Shumaker, Anderson RT, Czajkowski SM. Psychological aspects of health-related quality of life measurement: tests and scales. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2ed. New York: Lippincott-Raven. 1996; 117-132.
14. Siegrist J, Junge A. Background material of the workshop on quality of life. *Conceptual and Methodological Problems in research on the quality of life in clinical medicine*. 1990; 29 (5): 463-8.
15. Casas E, Escandell MJ, Ribas M, Ochoa S. Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2010; 105: 25-47.
16. Farriols N, Palma C, Ramos M, Fernández M, Chamarro A, Polo Y, et al. Efectividad de un programa de intervención psicosocial en pacientes psicóticos Crónicos. *Clínica y Salud*. 2006; 17(2):171-185.

17. Bacon SF, Collis MJ, Plake EV. Does the Global Assessment of Functioning Assess Functioning?. *Journal of Mental Health Counseling*. 2002; 24(3): 202-212.
18. American Psychologists Association/CAPP Task Force on serious mental illness and severe emotional disturbance Training Grid outlining best Practices for recovery and Improved Outcomes for people with Serious Mental Illness. Washington: APA (www.apa.org/practice/grid.html, mayo 2005).
19. González J, Rodríguez A. Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. 2002.
20. Valiente C, Vázquez C, Simón P. Marco teórico de la evaluación: desde la rehabilitación psicosocial a la recuperación. *Evaluación en rehabilitación*. 2010.
21. López S, Lara MC, Ban H; "Calidad de Vida en pacientes con cardiopatía coronaria isquémica tratados con cirugía de puenteo coronario y angioplastia coronaria transluminal percutánea"; Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Mexicano de Psiquiatría; Tesis para obtener el grado de Maestro en Psiquiatría. México. Marzo 2000.
22. Espinosa A. Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia que reciben atención con una ONG vs un grupo control. Universidad Nacional Autónoma de México. Tesis para obtener el título de especialista en Psiquiatría. México. 2011

23. Programa Anual Hospital Parcial de Día y Fin de Semana, Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez." Secretaria de Salud. 2012.
24. Riveros A, Sánchez Sosa JJ, Del Águila M. Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaVisa), México: Ed. Manual Moderno. 2009.
25. World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 2000 Dec; 284 (23): 3043-5.
26. López S. Calidad de vida en pacientes psicóticos externos. *ALCMEON*. 2007 Nov; 14 (2): 65-75.
27. Awad G. Calidad de vida en esquizofrenia. Conceptos y medidas para la práctica clínica. *Rev Psiquiatr Urug*. 2008;72(2):121-129
28. Martínez M. Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia bajo tratamiento con antipsicóticos atípicos. Universidad Nacional Autónoma de México. Tesis para obtener el título de especialista en Psiquiatría. México. 2009

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE _____ FECHA _____

1. Le pedimos formar parte de este estudio médico que tiene como objetivo, evaluar la calidad de vida de los pacientes tratados en el servicio de Hospital Parcial de Día.
2. Si acepta participar, el estudio esto consistirá en lo siguiente:
 - Se le aplicará una escala clínica llamada Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaVisa) que se compone de 12 áreas que evalúan diferentes aspectos de la vida del paciente. Dicha escala se le aplicará en dos ocasiones, al ingreso y después de 6 meses.
 - Se anexará a la escala clínica, una hoja de recolección de datos, cuyo manejo será únicamente estadístico.
3. El estudio no tiene ningún riesgo.
4. La participación no le traerá beneficios personales.
5. Toda la información proporcionada será manejada de forma confidencial.
6. La participación en este estudio es voluntaria por lo que usted tiene derecho a rehusarse a estar en el estudio o retirarse en cualquier momento. Esto no afectará su futuro cuidado médico en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Si tuviera alguna pregunta o duda acerca del estudio, puede contactar a la Dra. Valeria Guadalupe Gómez de la Cruz al teléfono 55 41 30 37 99.

SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO FORMAR PARTE DE LA INVESTIGACIÓN, QUE HA LEIDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y QUE SE LE HA EXPLICADO.

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Testigo

Nombre y Firma del Investigador

INSTRUMENTO

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (InCaViSa)

MIP
84-2

Dra. Angélica Riveros Rosas
Juan José Sánchez-Sosa, PhD
Mark del Águila, PhD



INSTRUCCIONES

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, déjela en blanco. Contesté con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

EJEMPLO

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.

0% Nunca 20% **Casi Nunca** 40% Pocas Veces 60% Frecuente-Mente 80% Casi Siempre 100% Siempre

Encerraría en un círculo "CASI NUNCA" si siente miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo "SIEMPRE".

0% 20% 40% 60% 80% **Casi Siempre** 100%
Nunca Casi Nunca Pocas Veces Frecuente-Mente Siempre

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza y conteste con la verdad.*

 **Manual Moderno®**
S.A. de C.V.
Instituto de Salud Pública, S.A. de C.V.
Av. Toluca 205, Col. Protonotario 16100
México, D.F.

Tel: 574-0000 ext. 2222 (línea gratuita)
Tel: 574-0000 ext. 2222 (comunicación)

*Este es un instrumento de uso personal. No lo acepte ni lo entregue por terceros.

Nota: Este cuestionario está protegido por copyright. NO LO ACEPTE ni lo entregue por terceros.