



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
UMAE COMPLEMENTARIA HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA
UNIDAD "MORELOS"

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL
DE PSIQUIATRÍA « MORELOS »

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

DRA. IBAÑEZ RUELAS JULISSA DEL ROSARIO

DR. MIGUEL PALOMAR BAENA
ASESOR TEÓRICO

M. EN C. VIRGINIA BARRAGÁN PÉREZ
ASESOR METODOLÓGICO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Tabla de Contenidos

MARCO DE REFERENCIA	3
ANTECEDENTES	3
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
DEFINICION DEL PROBLEMA	9
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVOS	11
OBJETIVO GENERAL	11
HIPÓTESIS	12
MATERIAL Y MÉTODOS	13
TIPO DE ESTUDIO	14
POBLACIÓN EN ESTUDIO; SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	14
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	14
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	16
MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	17
PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	17
IMPLICACIONES ETICAS	18
ORGANIZACIÓN	19
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	19
EVALUACIÓN DE COSTOS	19
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	20
RESULTADOS	21
DISCUSION	25
CONCLUSIONES	28
REFERENCIAS	30
ANEXOS	36

I. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....50

Marco de referencia

Antecedentes:

La esquizofrenia, es una enfermedad mental prematura, de comienzo agudo e insidioso, de evolución crónica por brotes, caracterizada por una disociación cognoscitivo-afectiva-cognitiva que produce deterioro de la personalidad con la consecuente afectación de la capacidad creadora y relacional del individuo con su medio circundante, esta alteración persiste durante por lo menos seis meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos) (1).

Esta enfermedad puede afectar de forma importante la vida de los que la padecen, y las de sus familiares. Se calcula que esta enfermedad a nivel mundial, tiene una prevalencia de entre el 0,5% y 1,5 % de la población, con una media de un 3.2 por 1000 habitantes, existiendo poca variación cultural. Generalmente se presenta en adolescentes y adultos jóvenes, impidiéndoles lograr sus objetivos educativos y laborales, reduciendo dramáticamente su calidad de vida, encontrándose entre las primeras diez causas de incapacidad en la población de edades comprendidas entre los 18 y los 44 años. (2).

Los síntomas característicos de la esquizofrenia que implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, el comportamiento, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento, el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. A pesar de esto ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia, por lo que el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la calidad de vida. (31)

Ya que la calidad de vida, tiene un concepto multidimensional que incluye las condiciones de vida y de salud de las personas, junto con la percepción propia de estas condiciones, la cual ha estado presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), llegando a la instalación del concepto dentro del campo de la salud, en la década de los noventa, y que se ha mantenido hasta hoy en día. (29, 30).

Siendo definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como "la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural, de valores en que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses". La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

Así en pacientes con esquizofrenia la calidad de vida se compromete frecuentemente como resultado de los síntomas psicóticos, la cronicidad, la frecuencia de las recaídas, la limitación de los tratamientos antipsicóticos, la frecuente carencia de programas de rehabilitación adecuados y las malas condiciones de vida.

Al ver que la calidad de vida se sigue comprometiendo en mayor medida, los avances científicos y terapéuticos han generado un cambio en la realidad de la enfermedad ligado al desarrollo en los diferentes rubros de la vida del paciente (8, 9).

Como consecuencia de este cambio de la realidad a nivel de área laboral, social, familiar y demás áreas de la vida del paciente, surgen medidas de evaluación que tradicionalmente se venían utilizando (medidas de morbi-mortalidad) las cuales resultaron insuficientes, por lo que se han iniciado esfuerzos para diseñar nuevos parámetros de evaluación de la calidad de vida

que han representado uno de los avances más importantes en materia de salud. (28, 29, 30, 11, 12, 13, 14).

Uno de los primeros esfuerzos recogidos en la literatura corresponde a Karnofsky (1949), utilizó la funcionalidad, un parámetro revolucionario para la época, como variable que enriquecía la valoración pronóstica y de evolución de los enfermos de cáncer tratados con quimioterapia. Para ello diseñó, junto con Burchenal (1949), una escala que operativizaba la funcionalidad. La escala se publicó en 1949 con el nombre de "Karnofsky Performance Status Scale" y aunque ha sido uno de los instrumentos más utilizados para evaluar calidad de vida relacionada con la salud, no es "en rigor" un instrumento de calidad de vida, sino de funcionalidad. (5, 6, 7, 15, 16).

La evaluación de la sintomatología, el bienestar, la satisfacción con el tratamiento, la adaptación socio-laboral y las relaciones afectivas de los pacientes, lleva a un creciente interés de la psiquiatría por estos rubros, mismo que se refleja en el explosivo crecimiento de la investigación acerca del concepto "calidad de vida" y la búsqueda de instrumentos apropiados para medirla.(17,18,19,20).

Aunque existen múltiples cuestionarios para dicha medición, no todos cumplen con los lineamientos necesarios, algunos son muy largos, otros son auto aplicables y poco entendibles, y otros no tienen la confiabilidad necesaria. (20, 21, 22, 23).

Siendo así, medir la calidad de vida de las personas es una tarea desafiante, sobre todo en pacientes psicóticos, quienes presentan una combinación compleja de alteraciones

cognitivas y afectivas, principalmente en la esquizofrenia, que es una de las patologías psiquiátricas más severas, que ha resultado un paradigma de las dificultades que enfrentan los investigadores en este campo. Entre estas dificultades se encuentran una insuficiente comprensión por parte de pacientes y familiares de cómo afecta la enfermedad y su tratamiento. (22, 23, 24, 25, 25, 26).

Para superar estas dificultades, se han ideado distintas estrategias, tales como análisis del discurso de los pacientes, muestreo de experiencias y cuestionarios, siendo este último el método que ha gozado de mayor popularidad. Esta preferencia se explica por su menor costo, facilidad de aplicación y posibilidades de cuantificación, ventajas innegables para realizar evaluaciones a gran escala. (27, 28).

Por lo que es importante que los cuestionarios destinados a medir calidad de vida en pacientes esquizofrénicos, además de cumplir con las exigencias psicométricas exigidas a todo instrumento psicológico (validez, confiabilidad, etc.), cumplan con requisitos especiales, considerando las dificultades comunicativas de estos pacientes, y entre los que se encuentran:

- 1) Que los instrumentos sean aplicados, lo que permite focalizar la atención del paciente.
- 2) Que sean breves y simples de responder.
- 3) Que sean específicos para esquizofrenia.
- 4) Que incluyan variables psicológicas mediadoras, tales como la autonomía, expectativas, y excluyan variables sintomatológicas.
- 5) Que recojan las particularidades del grupo de pertenencia del paciente.(28).

Finalmente después de la realización de múltiples estudios para unificar criterios para la evaluación de calidad de vida en el paciente con esquizofrenia, es en Chile en 2007 que se construye y valida un cuestionario que cumple los criterios mencionados para medir calidad de vida en pacientes con esquizofrenia, el cual se revalida en México en el 2008. (28).

Planteamiento Del Problema

El funcionamiento de las personas con esquizofrenia tiene deficientes condiciones en la adaptación al entorno, bienestar general, intercambio afectivo, autoeficacia, atención psiquiátrica, hogar y familia, vida amorosa, situación económica y emancipación del hogar/mundo exterior. (12, 14, 31, 32, 33, 34).

Siendo el deterioro en el rendimiento social el síntoma predominante en los pacientes crónicos, por lo que la mayoría de ellos tienen que reaprender habilidades sociales para adaptarse a la comunidad. Este deterioro en el funcionamiento social no solo se ve influido por los síntomas psicóticos si no por factores tales como la capacidad cognitiva, la afectividad y los efectos adversos de los fármacos antipsicóticos de su tratamiento. (9, 12, 14, 16, 37, 38, 39).

Más del 60% de los pacientes presentan déficits severos en su funcionamiento social, que aparecen generalmente durante los primeros cinco años desde el inicio del trastorno. (12, 14, 35, 36).

Con esto la Organización Mundial de la Salud, y la Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud, demuestran que, los trastornos mentales conllevan sufrimiento y deterioro funcional. (19, 21, 22, 23, 24, 35, 36, 37, 38, 39).

Así el concepto de discapacidad-funcionalidad hace referencia, a un nivel de daño funcional suficiente para impedir la mayoría de las actividades de la vida diaria, es por eso que una persona con trastorno mental, en este caso, esquizofrenia, no depende solamente de la presencia de síntomas físicos o mentales, si no que se relaciona también con las barreras o facilitadores medioambientales ante una enfermedad determinada, debido a que con dicha discapacidad se elevan los gastos en la atención en el sistema de salud, lo que nos muestra que la discapacidad generada por la esquizofrenia lleva a una franca disfunción en las áreas de la calidad de vida: adaptación al entorno, bienestar general, intercambio afectivo, autoeficacia,

atención psiquiátrica, hogar y familia, vida amorosa, situación económica y emancipación del hogar/mundo exterior. (40, 41).

Es por lo anterior que se planteó la necesidad de evaluar la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia del hospital de psiquiatría Morelos.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la calidad de vida que tienen los pacientes con esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría « Morelos »?

Justificación

La esquizofrenia supone un problema importante de salud pública debido a su gravedad, su carácter crónico y a la discapacidad que provoca. (3, 11, 28, 39).

Además de tener necesidades específicas de tratamiento, las personas con enfermedades mentales crónicas están en desventaja puesto que habitualmente tienen menos recursos para afrontar los problemas de la vida, menos habilidades sociales y cognitivas y más desventajas del entorno, tanto económicas como laborales, por lo que una adecuada evaluación de la calidad de vida de las personas con trastornos mentales crónicos, en este caso esquizofrenia, nos puede llevar a obtener resultados confiables sobre el grado de disfuncionalidad y deterioro que presentan los pacientes en diferentes áreas de vida como pueden ser: la adaptación al entorno, bienestar general, intercambio afectivo, autoeficacia, atención psiquiátrica, hogar y familia, vida amorosa, situación económica y emancipación del hogar/mundo exterior, la obtención de dicha información puede ser benéfica para en un futuro realizar nuevos estudios que nos lleven a la mejora de la calidad de vida de los pacientes; además de que puede servir de pauta para la posterior realización de nuevos estudios donde se plantee la mejora de los programas de intervención ya establecidos. (28, 31,38, 39, 40).

Objetivos

Objetivo General

Evaluar calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia del Hospital De Psiquiatría “Morelos” en las áreas de adaptación al entorno, bienestar general, intercambio afectivo, autoeficacia, atención psiquiátrica, hogar y familia, vida amorosa, situación económica y emancipación del hogar/mundo exterior.

Objetivos Específicos

1. Describir qué áreas de la calidad de vida son la más afectadas en la esquizofrenia.

Hipótesis

1. Una alta frecuencia de pacientes con esquizofrenia del hospital de psiquiatría Morelos presentan un elevado deterioro en cada una de las áreas de calidad de vida: adaptación al entorno, bienestar general, intercambio afectivo, autoeficacia, atención psiquiátrica, hogar y familia, vida amorosa, situación económica y emancipación del hogar/mundo exterior.

.

Material y métodos

Tipo de estudio

1. Descriptivo.
2. Observacional.
3. Transversal.
4. Retrospectivo.

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

Participaron 53 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios Inclusión:

1. Hombres y mujeres de entre 18 y 65 años de edad.
2. Pacientes que acudieron a la clínica de esquizofrenia del Hospital De Psiquiatría Morelos, que cumplieron con criterios diagnósticos de Esquizofrenia, de acuerdo al DSM-IV
3. Capaces de seguir instrucciones
4. Firmaron consentimiento informado (así como su familiar).
5. Con ausencia de cuadros de esquizofrenia agudos.

Criterios No Inclusión.

1. Comorbilidad con enfermedades médicas crónicas (Cardiopatía, EVC, demencia).
2. Abuso o dependencia a sustancias psicoactivas.

3. Comorbilidad con otras entidades psiquiátricas graves como depresión, trastorno obsesivo compulsivo, retraso mental o deterioro cognitivo grave.

Criterios Eliminación:

1. Cuestionarios con 20% o más de preguntas sin contestar.

Variables y escalas de medición

1. **Calidad De Vida.**

Definición Conceptual

Se define según la OMS como "la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses". (28, 42).

Definición Operacional

Se utilizará el cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia, el cual consta de 41 ítems, que entrega información acerca de la calidad de vida global y de 9 dimensiones específicas:

1. Adaptación al entorno: 30, 32, 29, 7, 31, 28, 9, 6, 45.
2. Bienestar general: 2, 8, 1, 3, 4, 14.
3. Intercambio afectivo: 22, 19, 21, 27, 39, 38.
4. Autoeficacia: 35, 36, 37
5. Atención psiquiátrica: 12, 13, 11.
6. Hogar y familia: 15, 17, 18, 20.
7. Vida amorosa: 24, 23
8. Situación económica: 34, 33.
9. Emancipación del hogar /mundo exterior: 26, 16, 41, 25.

Puntos De Corte Global:

Muy Mala: 1

Mala: 2

Normal: 3

Buena: 4

Muy Buena: 5

Puntajes De Corte Por Subescalas:

- 1. Adaptación Al Entorno.** Consta de 9 reactivos, donde 9 puntos es el puntaje más bajo que indica muy mala calidad de vida, mientras que 45 puntos es el puntaje más alto, con muy buena calidad de vida.
- 2. Bienestar General:** Consta de 6 reactivos, donde 6 puntos es el puntaje más bajo, que indica muy mala calidad de vida, mientras que 30 puntos es el puntaje más alto, con muy buena calidad de vida.
- 3. Intercambio Afectivo:** Consta de 6 reactivos, donde 6 puntos es el puntaje más bajo, que indica muy mala calidad de vida, mientras que 30 puntos es el puntaje más alto, con muy buena calidad de vida.
- 4. Autoeficacia:** Consta de 3 reactivos, donde 3 puntos es el puntaje más bajo, que indica muy mala calidad de vida, mientras que 15 puntos es el puntaje más alto, con muy buena calidad de vida.
- 5. Atención Psiquiátrica.** Consta de 6 reactivos, donde 6 puntos es el puntaje más bajo, que indica muy mala calidad de vida, mientras que 30 puntos es el puntaje más alto, con muy buena calidad de vida.
- 6. Hogar y Familia.** Consta de 4 reactivos, donde 4 puntos es el puntaje más bajo, que indica muy mala calidad de vida, mientras que 20 puntos es el puntaje más alto, con muy buena calidad de vida.
- 7. Vida Amorosa:** Consta de 2 reactivos, donde 2 puntos es el puntaje más bajo, que indica muy mala calidad de vida, mientras que 10 puntos es el puntaje más alto, con muy buena calidad de vida.

8. Situación Económica. Consta de 2 reactivos, donde 2 puntos es el puntaje más bajo, que indica muy mala calidad de vida, mientras que 10 puntos es el puntaje más alto, con muy buena calidad de vida.

9. Emancipación del hogar /mundo exterior. Consta de 4 reactivos, donde 4 puntos es el puntaje más bajo, que indica muy mala calidad de vida, mientras que 20 puntos es el puntaje más alto, con muy buena calidad de vida.

Instrumentos:

Cuestionario para medir calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. (Anexo 1). El cual es un cuestionario de 41 reactivos, que entrega información acerca de la calidad de vida global y de 9 dimensiones específicas.

El instrumento está concebido para ser aplicado en la interacción paciente y evaluador. Este lee las preguntas y simultáneamente el paciente las visualiza en tarjetas de reactivos.

A los puntajes que se obtienen de cada reactivo se les asigna valores entre 1 y 5 puntos, al puntaje 1 se le asigna el polo negativo, muy mala calidad de vida y el puntaje 5 el polo positivo, muy buena calidad de vida.

Tiempo aproximado de aplicación entre 15 y 30 minutos.

Procedimiento:

Tras la autorización para realizar el protocolo por parte de las autoridades correspondientes en la Universidad Nacional Autónoma de México, el Hospital De Psiquiatría “Morelos” y el Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”, se aplicaron encuestas a pacientes de entre 18 y 65 años, que cumplieron con los criterios de inclusión de Hospital de Psiquiatría “Morelos” que cursaban con el Diagnostico de Esquizofrenia.

En el área del auditorio, el día de la reunión quincenal de familiares y pacientes, que se lleva a cabo por parte de la clínica de esquizofrenia:

Se explico a los pacientes a detalle en qué consistía el protocolo.

Se obtuvo carta de consentimiento informado de cada participante y de su familiar.

Acto seguido en el auditorio se dieron las instrucciones para el llenado de las escalas.

Se aplicó la escala de calidad de vida para pacientes y familiares de forma individual y confidencial.

Se aplicó con un tiempo máximo de entre 15 y 30 minutos para contestar adecuadamente el instrumento de evaluación.

Plan de análisis de los resultados

Se utilizó el programa SPSS.

Para dar respuesta al objetivo general se llevaron a cabo análisis las frecuencias y porcentajes de los datos de las áreas de adaptación al entorno, bienestar general, intercambio afectivo, autoeficacia, atención psiquiátrica, hogar y familia, vida amorosa, situación económica y emancipación del hogar/mundo exterior.

Para dar respuesta a los objetivos específicos se identificaron los porcentajes de las áreas más afectadas de la calidad de vida en la esquizofrenia.

Implicaciones Éticas

Las investigaciones pueden presentarse como:

- A) Sin riesgo.
- B) Riesgo mínimo.
- C) Riesgo mayor que el mínimo.
- D) Riesgo mayor.

En esta investigación no se realizó ninguna utilización de medicamentos, o manipulación de conducta de los sujetos involucrados y la probabilidad de que los participantes resultaran afectados fue mínima.

Fue una investigación con riesgo mínimo que incluyó la aplicación de escalas, que se realizó en el área del auditorio, el día de la reunión quincenal de familiares y pacientes, que se lleva a cabo por parte de la clínica de esquizofrenia:

Se explico a los pacientes a detalle en qué consistía el protocolo.

Se obtuvo carta de consentimiento informado de cada participante y de su familiar.

Acto seguido en el auditorio se dieron las instrucciones para el llenado de las escalas.

Se aplicó la escala de calidad de vida para pacientes y familiares de forma individual y confidencial.

Se aplicó con un tiempo máximo de entre 15 y 30 minutos para contestar adecuadamente el instrumento de evaluación

Fue una investigación factible desde la perspectiva de los investigadores. Se considerara la información de acuerdo a las consideraciones éticas exigidas en la declaración de Helsinki y su revisión en el 2008, Con confidencialidad absoluta para los participantes.

Conforme a la ley general de salud 2002, en su título quinto, capítulo único del artículo 96 al 103 a cerca de “la investigación para la salud” podemos comentar que toda investigación comporta riesgos, complicaciones y efectos colaterales, de los cuales se consideran las lesiones físicas o psicológicas que no excedan las que normalmente surgirán en la vida diaria, en la exploración médica o psicológica corriente.

RESULTADOS

Se evaluó a 53 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, 32 hombres y 21 mujeres, con una media de edad de 36.30 años y una desviación estándar de 10.18.

Para la evaluación de cada una de las áreas, se utilizaron las categorías de muy buena, buena, normal, mala y muy mala, los resultados de cada una se presentan a continuación.

Tabla 1. Calidad de vida en escala general (N: 53)

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	5	9.4%
Buena	17	32.1%
Normal	20	37.7%
Mala	11	20.8%

En la tabla numero 1, podemos observar que la calidad de vida en general de pacientes con esquizofrenia oscila entre buena con un 32.1% y normal con un 37.7%.

Tabla 2 Adaptación al entorno

Calidad	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	2	3.8%
Buena	3	5.7%
Normal	7	13.2%
Mala	25	47.2%
Muy mala	16	30.2%

En la tabla 2 se puede apreciar las dificultades en un 77% para adaptarse al entorno (entre quienes reportaron calidad mala con un 47.2% y muy mala con un 30.2%).

Tabla 3 Bienestar general

Calidad	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	3	5.7%
Buena	6	11.3%
Normal	5	9.4%
Mala	12	22.6%
Muy mala	27	50.9%

En la tabla numero 3, observamos que el 50.9% reporta su bienestar general con una calidad muy mala.

Tabla 4 Intercambio afectivo

Calidad	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	6	11.3%
Buena	13	24.5%
Normal	20	37.7%
Mala	13	24.5%
Muy mala	1	1.9%

En la tabla 4 observamos que el 37.7% de los pacientes refieren la calidad de vida en intercambio efectivo es normal.

Tabla 5 Autoeficacia

Calidad	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	8	15.1%
Buena	5	9.4%
Normal	5	9.4%
Mala	15	28.3%
Muy mala	20	37.7%

En la tabla 5 observamos que un 37.7% de los pacientes consideraron su autoeficacia con una calidad de vida muy mala y un 28.3% como mala.

Tabla 6 Atención Psiquiátrica

Calidad	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	9	17.0%
Normal	4	7.5%
Mala	15	28.3%
Muy mala	25	47.2%

En la tabla 6 se observa en un 47.2% de los pacientes evaluaron su atención psiquiátrica como muy mala.

Tabla 7 Hogar y familia

Calidad	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	6	11.3%
Buena	13	24.5%
Normal	1	1.9%
Mala	15	28.3%
Muy mala	18	34%

En lo correspondiente al hogar y la familia el 34% de los pacientes refieren una calidad de vida muy mala.

Tabla 8 Vida amorosa

Calidad	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	27	50.9%
Buena	13	24.5%
Muy mala	12	22.6%

En la dimensión de vida amorosa el 50.9% la clasifica como muy buena.

Tabla 9 Situación económica

Calidad	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	7	13.2%
Buena	6	11.3%
Normal	17	32.1%
Mala	16	30.2%
Muy mala	7	13.2%

El 32.1% de los pacientes evaluados consideraron como normal su situación económica.

Tabla 10 Emancipación del hogar

Calidad	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	3	5.7%
Buena	8	15.1%
Normal	8	15.1%
Mala	9	17%
Muy mala	25	47.2%

En la tabla 10 podemos observar que un 47.2% de los pacientes refieren una calidad de vida muy mala para la emancipación del hogar.

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia del Hospital de psiquiatría “Morelos” en las áreas de adaptación al entorno, bienestar general, intercambio afectivo, autoeficacia, atención psiquiátrica, hogar y familia, vida amorosa, situación económica y emancipación del hogar/mundo exterior. En los resultados descriptivos un 37.7% de los pacientes refieren en la puntuación general una calidad de vida normal. Sin embargo al analizar las frecuencias de las diferentes áreas que componen la escala por separado, la adaptación al entorno es la dimensión en que reportan mala calidad de vida con una frecuencia 47.2% y de muy mala en un 30.2%. Como ya se había mencionado previamente en este trabajo el deterioro en el funcionamiento social, está influido tanto por la sintomatología psicótica así como la capacidad cognitiva, afectiva y los efectos adversos de los neurolépticos ^(9,12,14,16,37,38,39). Como también se menciona anteriormente el 60% de los pacientes presentan déficits severos en su funcionamiento social en los primeros cinco años desde el inicio del trastorno como lo menciona Awad en el 2008 en su publicación de la calidad de vida del paciente con esquizofrenia ^(12,14,35,36). Este es un aspecto que no se corroboró con nuestros participantes, pero que puede ser relevante su estudio en futuras investigaciones.

Con respecto a la hipótesis de este trabajo se propuso que los pacientes con esquizofrenia del hospital psiquiátrico Morelos presentarían un elevado deterioro en la calidad de vida en las áreas de adaptación al entorno, bienestar general, intercambio afectivo, autoeficacia, atención psiquiátrica, hogar y familia, vida amorosa, situación económica y emancipación del hogar/mundo exterior referido por Bobes en el 2005 en su publicación de quality life in schizophrenia, de las comentadas áreas, la que obtuvo mayor afección es la adaptación al entorno con mala y muy mala calidad de vida en un 77%. Los pacientes evaluados para este estudio refirieron como las áreas con mala y muy mala calidad, además de la adaptación al

entorno, la atención psiquiátrica y su bienestar en general, lo que confirma la hipótesis planteada para el presente trabajo.

Otras escalas que consideraron con una calidad mala y muy mala fueron hogar y familia (62.3) la autoeficacia (66%) y emancipación del hogar (64.2%), lo que corrobora las dificultades sociales en estos pacientes. La autoeficacia está relacionada con su propia percepción de funcionalidad, ya sea laboral o académica, en tanto que hogar y familia así como emancipación del hogar están vinculadas al hogar, lo que también corrobora nuestra hipótesis, en cuanto al deterioro en la esfera laboral y familiar, como Bobes lo menciona en sus publicaciones del 2001 y 2005, donde comenta que los pacientes con esquizofrenia comprometen la mayoría de sus áreas de vida como resultado de los síntomas psicóticos, la cronicidad, la frecuencia de las recaídas.

Un aspecto que merece mayor investigación a futuro es la percepción de una buena y muy buena calidad en la vida amorosa (74%). Para lo cual sería relevante agregar una escala de percepción a la pareja del paciente, para su corroboración, esto debido que la percepción del paciente puede ser buena en el caso de que tenga pareja, ya que estos pacientes presentan una alta incidencia de nunca llegar a realizar una vida de pareja, debido a su deterioro en la afectividad como lo menciona Browne en 1996 donde afirma que debido a que el paciente tiene a ser fantasioso y vivir en su mundo puede falsear información en las preguntas hechas en las escalas y en realidad no tener pareja, solo en su imaginación. Cabe recordar que la calidad de vida fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como "la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural, de valores en que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses". La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas

sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

Es posible entonces que si se diseñan programas de intervención dirigidos a la emancipación del hogar y la adaptación al entorno, esta terapéutica, influya positivamente en la advertencia de padecimiento y por lo tanto en la adherencia al tratamiento.

CONCLUSIONES

Se evaluó a 53 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, 32 hombres y 21 mujeres, con una media en la edad de 36.30 años. El objetivo general de esta investigación fue describir la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia de Hospital De Psiquiatría “Morelos” en las áreas de adaptación al entorno, bienestar general, intercambio afectivo, autoeficacia, atención psiquiátrica, hogar y familia, vida amorosa, situación económica y emancipación del hogar/mundo exterior.

Las áreas en las que se obtuvo mayor porcentaje de mala calidad de vida en general de acuerdo a la propia escala fueron emancipación del hogar y adaptación al entorno, esto sugiere que si no se favorecen terapéuticamente estos aspectos pueden actuar como factores de riesgo para mejor pronóstico en la integración social del paciente.

Lo anterior planteado en el objetivo específico que fue el describir las áreas más afectadas, donde vemos efectivamente que el paciente a perdido la autonomía por lo tanto no tiene la posibilidad de independizarse del hogar y en un futuro no lograra adaptarse al entorno.

Se confirma así la hipótesis planteada para el presente trabajo sobre la alta frecuencia con que los pacientes con esquizofrenia del hospital de psiquiatría Morelos presentarían un elevado deterioro en las áreas de adaptación al entorno, bienestar general, intercambio afectivo, autoeficacia, emancipación del hogar/mundo exterior atención psiquiátrica, hogar y familia, a diferencia de que en la vida amorosa, situación económica se observa una normal a buena calidad de vida, lo cual obedece a la percepción del paciente frente a sus parejas.

Referencias

1. Asociación americana de psiquiatría. **DSM-IV-TR**. Barcelona: Masson, 2002.
2. Awad, G. **Calidad de vida en esquizofrenia. Conceptos y medidas para la práctica clínica**. Revista de Psiquiatría Del Uruguay. 2008; 72:121-129.
3. Bobes, J. Garcia, M. **Quality of life in schizophrenia**. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd; 2005:153–168.
4. Adrianzen, C. Mazzotti, G. Cardenas E. **Costos y calidad de vida en esquizofrenia**. Rev. Neuropsiq. 1997; 60 (1): 81-93.
5. Aroca, A. Carmona, P. **Estudio descriptivo sobre calidad de vida en pacientes esquizofrénicos: Comparación urbano-rural**. Boletín Cs. Act. Fís. y de la Salud. 2007: 1 (1):1-4.
6. Björkman, T. Hansson, L. **Predictores de la mejoría en la calidad de vida de individuos enfermos mentales a largo plazo que recibieron gestión de casos**. European Psychiatry. 2002; 9:283-290.
7. Bobes J. **Current status of quality of life assessment in schizophrenic patients**. Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci. 2001;251:11/38–11/42.
8. Bobes J., Garcia-Portilla MP., Saiz PA., Bascaran T., Bousoño M. **Quality of life measures in schizophrenia**. European Psychiatry. 2005;20:5313–5317.
9. Bobes J., Gutierrez M., Gibert J., Gonzalez MP., Herraiz L., Fernandez A. **Quality of life in schizophrenia: long-term follow-up in 362 chronic**

Spanish schizophrenic outpatients undergoing risperidone maintenance treatment. Eur Psychiatry. 1998;13:158-163.

10. Bobes, J. González, M.P. Bousoño, P.A. **Calidad de vida en los trastornos esquizofrénicos.** Anales de Psiquiatría. 1996; 12(1):47:54.
11. Bobes, J. Gutiérrez, M. Gibert, J. González, M. P. Herraiz, M. L. **Calidad de vida y discapacidad en pacientes esquizofrénicos crónicos en tratamiento.** Actas Esp Psiq. 1999; 27(4):229-234.
12. Bobes, J. Leal C, Ibáñez E. Cervera S. Giner, J. Baca, E. **Discapacidad y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos.** Neuropsiquiatría. 1997; 25(2):43-54.
13. Browne S., Roe M., Lane A., et al. **Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia.** Acta Psychiatrica Scandinava. 1996;94:118–124.
14. Cabello-Rangel, H. Díaz-Castro, L. Arredondo, A. **Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México.** Salud Mental 2011; 34:95-102.
15. Caqueo-Urizar, A. Gutiérrez-Maldonado J. Ferrer-García M. Fernández-Dávila P. **Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia de ascendencia étnica aymara en el norte de Chile.** Salud Mental. 2012; 155(6):1-6.

16. Caqueo-Urizar, A. Gutiérrez-Maldonado J. Miranda-Castillo, A. **Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: Aliterature review.** Health and Quality of Life Outcomes 2009;7:84.
17. Caqueo-Urizar, A. Lemos Giráldez S. **Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana.** Psicothema. 2008; 20(4):577-582.
18. Cavieres, F. A. Valdebenito, V.M. **Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia.** Rev. Chil Neuro-Psiquiat 2005; 43(2): 97-108.
19. **CIE 10.** Transtornos mentales y del comportamiento. Meditor, Madrid, 1994
20. Dernovsek, M. Z. Prevolnik, V. Rebolj M. Tavcar, R. **Calidad de vida y costos de tratamiento en pacientes ambulatorios esquizofrénicos.** Eur Psychiatry. 2002; 9: 226-235.
21. Eizaguirre, L. Cerviño, M.J, Fernández, E. Salamero C. **Calidad de vida y rehabilitación de enfermos mentales crónicos.** Revista. Asociacion. Española de. Neuropsiquiatría. 1996; 16(59): 427-440.
22. Esparcía, A. Villaseñor, T. Guàrdia, J. Arroyo, M. Peró, M. **Transcultural study on quality of life in patients diagnosed of schizophrenia from Mexico and Spain.** Escritos de Psic. 2009; 2(3):1-7.
23. Florit-Robles, A. **La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica.** Acta de Psicología. 2006; 24(1-3):223-244.

24. Górna, K. Jaracz, K. Wrzyszczyńska, L. Rybakowski, F. Górna, K. Jaracz, K. **Quality of life and depression in schizophrenic patients.** Adv in Medical Sciences. 2007;52:1.
25. Gutiérrez-Maldonado, J. Caqueo-Urizar, A. Ferrer-García, M. y Fernández-Dávila, P. **Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores.** Psicothema 2012; 24(2): 255-262.
26. Leibe, M. Kallert, T.M. **Integración social y calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos en tipos de asistencia complementaria diferentes.** Eur Psychiatry. 2001; 8: 93-104.
28. López Salazar F. **Calidad de vida en pacientes psicóticos externos.** Clínica. Neuropsiquiátrica. 2007; 16(14): 65 a 75.
29. Morales N. Tizón J.L. **Study of the quality of life of patients in early psychosis.** Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2012; 32 (116), 723-738.
30. Muro-Flores, E. **Calidad de vida en personas con esquizofrenia con tratamiento de antipsicóticos de primera o segunda generación.** Investigación en Salud. 2006; 8 (3): 203.
31. Núñez, D. Acuña F. Rojas, G. Vogel, E. **Construcción y validación inicial de un cuestionario para medir calidad de vida en pacientes esquizofrénicos.** Revista Chilena Neuropsiquiátrica. 2007; 45 (2): 148-160.

32. **Objective and subjective quality of life in schizophrenic patients after a first hospitalization.** Anales de la academia de psiquiatría biológica. 2005;50:1.
33. Ojeda, N. Sánchez, P. Peña, J. Elizagárate, E. B. Yoller, A. **Un modelo explicativo de la calidad de vida en la esquizofrenia: el papel de la velocidad de procesamiento y los síntomas negativos.** Ac. Esp. Psiq. 2012; 40(1):10-8.
34. Robles-García, R. Medina-Dávalos R. Páez Agraz F. Becerra-Rodríguez, B. **Evaluación de funcionalidad, discapacidad y salud para la rehabilitación psicosocial de pacientes asilados por trastornos mentales grave.** Salud Mental 2010; 33:67-75.
35. Rodríguez-Vidal, M. Castro-Salas, M. Sanhueza-Escobar, V. **Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos.** Chia.. 2011; 11(1):66-76.
36. Roeder-Wanner, P. Kaiser, W. **Quality of life in first-admitted schizophrenia patients: follow-up Study.** Psychological Medicine. 2000: 30, 225-230.
37. Sañudo-Corrales, J. Herrero, S. Lamas-Bosque, F.J. Franco-Fernández, M.D. **Calidad de vida subjetiva y síntomas psicóticos básicos en pacientes con esquizofrenia en distintos recursos asistenciales: un estudio preliminar.** Anales de Psicología. Clínica y de la salud. 2010; 6: 67-72.

38. Sayed Ramadan, E. Abdou El Dod, W. **Relation Between Insight and Quality of Life in Patients With Schizophrenia: Role of Internalized Stigma and Depression.** *Current Psychiatry* 2010; 17: 3: 43-48.
39. Shaun M. Christina E. **Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis.** *Schizophrenia Bulletin.* 2007; 33(5): 1225–1237.
40. Silva, C. Teixeira, W. **Factors associated with low quality of life in schizophrenia.** *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21(5):1338-1348.
41. Skantze K., Malm U., Dencker S., May P. Corrigan P. **Comparaison of quality of life with standard of living in schizophrenic outpatients.** *BMPJ.* 1992;161:797–801.
42. Tomotake, M. **Quality of life and its predictors in people with schizophrenia.** *J. Med. Invest.* 2011;58:167-174.
43. Velarde-Jurado, E. Ávila-Figueroa, C. **Evaluación de la calidad de vida.** *Salud pública de México.* 2002; 44:4.

ANEXOS:

ANEXO 1:

Instrumentos:

Utilizaremos el cuestionario para medir calidad de vida en pacientes esquizofrénicos que se llevó a cabo en Chile en el 2007. El cual consta de 41 ítems, que entrega información acerca de la calidad de vida global y de 9 dimensiones específicas: Adaptación al entorno, Bienestar general, Intercambio afectivo, Autoeficacia, Atención psiquiátrica, Hogar y familia, Vida amorosa, Situación económica y Emancipación del hogar/mundo exterior, con el fin de plantear intervenciones a futuro destinadas a mejorar o mantener una óptima calidad de vida.

Los resultados se agrupan en las nueve categorías mencionadas. Subescalas, con sus reactivos correspondientes al número de pregunta:

F1: Adaptación al entorno: 30, 32, 29, 7, 31, 28, 9, 6, 45.

F2: Bienestar general: 2, 8, 1, 3, 4, 14.

F3: Intercambio afectivo: 22, 19, 21, 27, 39, 38.

F4: Autoeficacia: 35, 36, 37

F5: Atención psiquiátrica: 12, 13, 11.

F6: Hogar y familia: 15, 17, 18, 20.

F7: Vida amorosa: 24, 23

F8: Situación económica: 34, 33.

F9: Emancipación del hogar /mundo exterior: 26, 16, 41, 25.

Índice de confiabilidad por consistencia interna (alfa de Crombach = 0,89)

Se considerarán los siguientes puntos de corte:

Puntaje de corte.

Los puntajes en cada reactivo se obtienen asignando valores entre 1 y 5 a las respuestas del paciente.

- Muy mala. 5
- Mal. 25
- Normal. 50
- Bien. 75
- Muy bien. 95

El puntaje 1 se asigna a aquella alternativa que representaba el polo negativo en el reactivo (mala calidad de vida).

El puntaje de 5 al extremo positivo (buena calidad de vida). (28).

Puntaje de corte.

Los puntajes en cada reactivo se obtienen asignando valores entre 1 y 5 a las respuestas del paciente.

Anexo 1. Instrucciones para la administración del cuestionario de Calidad de Vida

El cuestionario está diseñado para ser administrado al paciente por un entrevistador calificado (médico, psiquiatra, enfermera, psicólogo, asistente social, y personal paramédico)

2. El entrevistador debe anunciar al paciente que le va a realizar una serie de preguntas y que esto le tomará 15 y 30 minutos.

3. El entrevistador lee las preguntas al paciente y simultáneamente le entrega las tarjetas correspondientes para cada pregunta. Una vez que el paciente responde y el entrevistador registra las respuestas en el cuestionario, se retira la tarjeta y se le entrega la siguiente. Las

tarjetas las puede confeccionar copiando cada reactivo y sus alternativas de respuesta en hojas separadas con en tamaño 14 puntos.

Anexo 2. Cuestionario Calidad de Vida

A continuación le presentamos una serie de afirmaciones referidas a diversas situaciones de la vida diaria de las personas.

Por favor, indique el grado en que cada afirmación refleja mejor lo que a Ud., le ha pasado y ha sentido durante este último mes. Por favor considere que no hay respuestas correctas ni incorrectas, sólo distintas formas de ser y opiniones. Para Contestar, por favor seleccione la alternativa que mejor representa su opinión. Para ayudarlo a contestar, le voy a leer la pregunta y además, le voy a poner la pregunta con las alternativas al frente de usted para que las vea.

1. En primer lugar, me gustaría que usted pensara en todo lo bueno y lo malo que le ha pasado durante este último mes. Recuerde lo positivo y lo negativo de su vida, acuérdesese de cuando lo pasó bien y cuando lo pasó mal, y piense en las cosas que usted quiso hacer y se cumplieron y también en aquellas que no se cumplieron. Sumando todas esas cosas que le pasaron ¿qué tan conforme está usted con su vida durante este último mes?

- a. Muy disconforme
- b. Disconforme
- c. Regular
- d. Conforme
- e. Muy conforme

Ahora vamos a conversar sobre varios temas relacionados con su vida durante este último mes.

2. ¿Cómo fue su estado de salud durante este último mes?

- a. Pésimo

- b. Malo
- c. Regular
- d. Bueno
- e. Excelente

3. ¿En general, cuál diría usted que fue su estado de ánimo durante el último mes?

- a. Muy Triste
- b. Triste
- c. Regular
- d. Contento
- e. Muy Contento

4. ¿Se sintió usted con energía y ganas de hacer cosas durante el último mes?

- a. Ninguna energía y ganas de hacer cosas
- b. Poca energía y ganas de hacer cosas
- c. Algo de energía y ganas de hacer cosas
- d. Bastante energía y ganas de hacer cosas
- e. Mucha energía y ganas de hacer cosas

5. Durante el último mes, ¿Se sintió usted angustiado por algún problema?

- a. Siempre me sentí angustiado
- b. Muchas veces me sentí angustiado
- c. A veces me sentí angustiado
- d. Pocas veces me sentí angustiado
- e. Nunca me sentí angustiado

6. Durante el último mes, ¿Ha sentido usted miedo?

- a. Siempre sentí miedo

b. Muchas veces sentí miedo

c. A veces sentí miedo

d. Pocas veces sentí miedo

e. Nunca sentí miedo

7. Durante el último mes, ¿Sintió usted que le costó controlar sus emociones, tales como la rabia y la pena?

a. Siempre

b. Muchas veces

c. A veces

d. Pocas veces

e. Nunca

8. Por favor indique que tan capacitado se sintió usted para resolver algún problema que haya tenido durante el último mes?

a. Muy incapaz

b. Incapaz

c. Regular

d. Capaz

e. Muy capaz

9. Durante el último mes, ¿Se sintió usted capaz de cuidar de sí mismo?

a. Nunca

b. Rara vez

c. A veces

d. Muchas veces

e. Siempre

10. Durante el último mes, ¿Tuvo dificultades con el movimiento de su cuerpo, tales como movimientos involuntarios, rigidez en sus brazos y piernas, dificultad para quedarse quieto, u otros problemas parecidos?

a. Tuve problemas muy graves

b. Tuve problemas bastante graves

c. Tuve problemas de regular gravedad

d. Tuve problemas poco graves

e. No tuve problemas

11. ¿Se sintió usted apoyado por el servicio de psiquiatría durante el último mes?

a. Nada

b. Poco

c. Regular

d. Bastante

e. Mucho

12. ¿Cómo fue su relación con su médico tratante durante el último mes?

a. Pésima

b. Mala

c. Regular

d. Buena

e. Excelente

13. En el último mes ¿Ha sentido usted que su médico toma en cuenta su opinión sobre el tratamiento de su enfermedad?

- a. Nada
- b. Poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

14. ¿Está usted conforme con el resultado de su tratamiento psiquiátrico?

- a. Muy disconforme
- b. Disconforme
- c. Regular
- d. Conforme
- e. Muy conforme

15. Por favor indique que tan contento se encuentra usted con el lugar donde estuvo viviendo el último mes?

- a. Muy descontento
- b. Descontento
- c. Ni descontento ni contento
- d. Contento
- e. Muy contento

16. Si hubiera querido estar sólo y tranquilo, sin que nadie lo moleste ¿habría podido hacerlo durante el último mes?

- a. Nunca

- b. Pocas veces
- c. A veces
- d. Muchas veces
- e. Siempre

17. ¿Cómo lo trataron en su casa, durante el último mes?

- a. Muy mal
- b. Mal
- c. Regular
- d. Bien
- e. Muy bien

18. ¿Cómo se ha llevado con su familia durante el último mes?

- a. Muy mal
- b. Mal
- c. Regular
- d. Bien
- e. Muy bien

19. Durante el último mes ¿Qué tan frecuentemente sintió usted que alguien necesitaba de su afecto y cariño?

- a. Nunca
- b. Pocas veces
- c. Algunas veces
- d. Muchas veces
- e. Siempre

20. Si durante el último mes, hubiera tenido problemas donde usted vive ¿hubiera usted tenido dificultades para encontrar otro lugar donde quedarse?

- a. Muchas dificultades
- b. Bastantes dificultades
- c. Regular
- d. Pocas dificultades
- e. Ninguna dificultad

21. Durante el último mes ¿Sintió que usted tenía a alguien en quien podía confiar?

- a. Nunca
- b. Pocas veces
- c. Algunas veces
- d. Muchas veces
- e. Siempre

22. Durante el último mes ¿Cuán contento quedó usted con las manifestaciones de cariño que usted recibió de las personas que quiere?

- a. Muy descontento
- b. Descontento
- c. Ni contento ni descontento
- d. Contento
- e. Muy contento

23. Durante el último mes ¿Qué tan contento está usted con su vida de pareja?

- a. Muy descontento
- b. Descontento
- c. Regular

d. Contento

e. Muy contento

24. Durante el último mes ¿Qué tan contento está usted con su vida sexual?

a. Muy descontento

b. Descontento

c. Regular

d. Contento

e. Muy contento

25. Durante el último mes, ¿Sintió usted que era atractivo para alguien?

a. Nunca

b. Pocas veces

c. Algunas veces

d. Muchas veces

e. Siempre

26. ¿Qué tan contento está usted con las relaciones de amistades que usted tuvo fuera de su hogar durante el último mes?

a. Muy descontento

b. Descontento

c. Regular

d. Contento

e. Muy contento

27. Durante el último mes ¿Tuvo usted la oportunidad de entretenerse o divertirse?

a. Nunca

b. Pocas veces

c. Algunas veces

d. Muchas veces

e. Siempre

28. Aparte de su familia y amigos cercanos ¿Cómo fue su relación con otras personas con las que usted se junta en lugares como en el trabajo, donde estudia, en la calle, etc.?

a. Pésima

b. Mala

c. Regular

d. Buena

e. Excelente

29. Durante el último mes ¿Tuvo usted dificultades para entender a las demás personas?

a. Siempre tuve dificultades

b. Muchas veces tuve dificultades

c. Algunas veces tuve dificultades

d. Pocas veces tuve dificultades

e. Nunca tuve dificultades

30. Durante el último mes ¿Tuvo dificultades para que otras personas lo entendieran a usted?

a. Siempre tuve dificultades

b. Muchas veces tuve dificultades

c. Algunas veces tuve dificultades

d. Pocas veces tuve dificultades

e. Nunca tuve dificultades

31. Durante el último mes ¿se sintió usted rechazado o aceptado por la gente en general?

a. Me sentí muy rechazado

- b. Me sentí algo rechazado
- c. Ni rechazado ni aceptado
- d. Me sentí algo aceptado
- e. Me sentí muy aceptado

32. Durante el último mes ¿sintió usted que las demás personas lo veían como una persona rara o extraña?

- a. Siempre
- b. Muchas veces
- c. Algunas veces
- d. Pocas veces
- e. Nunca

33. ¿Tuvo usted suficiente dinero durante el último mes?

- a. Muy insuficiente
- b. Insuficiente
- c. Regular
- d. Suficiente
- e. Más que suficiente

34. ¿Cómo fue su situación económica durante el último mes?

- a. Pésima
- b. Mala
- c. Regular
- d. Buena
- e. Excelente

35. Durante el último mes ¿Pudo usted demostrar a los demás que es una persona capaz de hacer las cosas bien?

- a. Nunca
- b. Pocas veces
- c. Algunas veces
- d. Muchas veces
- e. Siempre

36. Durante el último mes, ¿Le dieron a usted alguna tarea o responsabilidad importante en su casa, en el trabajo o en su lugar de estudio?

- a. Nunca
- b. Pocas veces
- c. Algunas veces
- d. Muchas veces
- e. Siempre

37. Durante el último mes, ¿usted ha sentido que es una persona útil?

- a. Muy inútil
- b. Inútil
- c. Regular
- d. Útil
- e. Muy útil

38. Durante este último mes ¿se sintió usted con confianza en que sus problemas mentales se van a resolver?

- a. Nunca
- b. Pocas veces

c. Algunas veces

d. Muchas veces

e. Siempre

39. Durante el último mes, ¿Tomaron en cuenta su opinión en su casa cuando tomaron alguna decisión?

a. Nunca tomaron en cuenta mi opinión

b. Pocas veces tomaron en cuenta mi opinión

c. Algunas veces tomaron en cuenta mi opinión

d. Muchas veces tomaron en cuenta mi opinión

e. Siempre tomaron en cuenta mi opinión

40. Durante el último mes ¿se sintió usted libre para tomar sus propias decisiones acerca de su vida?

a. Nunca

b. Pocas veces

c. Algunas veces

d. Muchas veces

e. Siempre

41. ¿Hizo usted planes y proyectos acerca de su vida durante el último mes?

a. Nunca

b. Pocas veces

c. Algunas veces

d. Muchas veces.

e. Siempre.

I. Consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Lugar y Fecha. _____

Yo: _____
Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación, titulado CALIDAD

DE VIDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA

“MORELOS”, registrado ante el comité de investigación médica de Centro Médico Nacional

“La Raza”, con el numero _____, el objetivo de este estudio es Describir

qué tipo de calidad de vida tienen los pacientes con esquizofrenia de Hospital De Psiquiatría

“Morelos” de acuerdo a la escala de calidad de vida en pacientes con esquizofrenia. Se me ha

explicado que la participación de mi estudio, consiste en el llenado de una encuesta de 41

preguntas, el cuestionario está diseñado para ser administrado al paciente por un entrevistador

calificado (médico, psiquiatra, enfermera, psicólogo, asistente social, y personal paramédico),

que esto le tomará entre 15 y 30 minutos.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

En esta investigación no se realizara ninguna utilización de medicamentos, o manipulación de conducta de los sujetos involucrados y la probabilidad de que los participantes resulten afectados será mínima.

Será una investigación con riesgo mínimo que incluirá la realización de escalas aplicadas por el médico residente de cuarto grado.

El presente estudio pretende contribuir al conocimiento de la calidad de vida de las personas con trastornos mentales crónicos, específicamente diagnosticadas con esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico Morelos con la finalidad de mejorarla.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la información de este protocolo.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial, también se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer de acuerdo a mi permanencia en el mismo:

Nombre y firma del representante legal

Nombre y matricula del investigador

Dr. Miguel Palomar Baena 8708029

Testigo

Nombre y firma.
