



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología  
Residencia en Medicina Conductual

---

## Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hospitalizados

---

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**  
Que para optar por el grado de Maestro en Psicología

**Presenta**

MARCELO ARCHIBALDO BRAVO CALDERÓN

**Tutor**

MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA

**Miembros del comité tutorial**

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MTRO. EDGAR LANDA RAMÍREZ

DRA. SANDRA ANGUIANO SERRANO

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA



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.

*Dedicado a mis Padres  
y a la memoria de Fernando Vázquez*

Caminante, son tus huellas  
el camino y nada más;  
caminante, no hay camino,  
se hace camino al andar.  
Al andar se hace el camino,  
y al volver la vista atrás  
se ve la senda que nunca  
se ha de volver a pisar.  
Caminante no hay camino  
sino estelas en la mar.

[Antonio Machado, *Caminante no hay camino*]

« A force de croire en ses rêves, l'homme en fait une réalité »

[Hergé, *Les aventures de Tintin*]

# AGRADECIMIENTOS

Antes que nada, deseo agradecer a mi tutor el Mtro. Fernando Vázquez Pineda por todo el apoyo, tiempo y confianza que me ha brindado. Le agradezco por guiarme en este viaje de estudiar una maestría... Ha sido muy satisfactorio poder trabajar con él, y espero seguir haciéndolo de alguna manera.

Al Mtro. Leonardo Reynoso Erazo por el apoyo y asesoría que me brindó en su momento, como supervisor académico durante mi residencia en el Hospital General de Atizapán.

Desde luego al Dr. Samuel Jurado Cárdenas por haber sido el revisor del presente trabajo y por confiar en el mismo.

Asimismo, a los demás miembros del comité tutorial: el Mtro. Edgar Landa Ramírez, la Dra. Sandra Anguiano Serrano, y el Dr. Juan José Sánchez Sosa. Agradezco la gran calidad de los integrantes de mi comité.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme sus puertas, y por la formación que me brindó en su programa de posgrado. *"Por mi raza hablará el espíritu"*.

Al Hospital General de Atizapán, por permitirme conocer el trabajo interdisciplinario.

Por supuesto, al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por el apoyo recibido para la realización de estos estudios.

A las personas geniales que conocí a lo largo de mis estudios de maestría...

Al Dr. Ferran Padrós Blázquez, por su presencia constante a lo largo de todos estos años.

Finalmente agradezco a mi Papá, a mi Mamá, a mis hermanos (y hermana), y a mi familia en general. Gracias por todo su apoyo, por sus palabras de aliento, por confiar en mí, por estar presentes...

# REMERCIEMENTS

Je veux remercier la Dre Tania Lecomte de m'avoir accepté comme étudiant dans son laboratoire et de m'avoir accordé son soutien et sa confiance. Merci d'avoir rendu possible mon séjour de recherche... on reste en contact!

Mes remerciements vont aussi à l'Université de Montréal pour tout ce que j'y ai appris et pour m'avoir permis de connaître sa grande qualité académique, ainsi qu'au gouvernement du Canada pour son aide.

Merci à chacune des personnes que j'ai pu connaître, rencontrer ou revoir... ça a été un plaisir! Effectuer un séjour académique à l'étranger a été une des expériences les plus exigeantes et gratifiantes (dans tous les sens) que j'ai vécues... j'en remercie!

# INDICE

## INTRODUCCIÓN

<b>1. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS .....</b>	<b>8</b>
1.1 Introducción .....	8
1.1.1 Calidad de vida relacionada con la salud .....	8
1.1.2 La enfermedad y su impacto en la calidad de vida .....	10
1.1.2.1 El impacto de la enfermedad .....	10
1.1.2.2 Factores moduladores de la calidad de vida .....	13
1.1.2.3 Modelos explicativos de la calidad de vida .....	14
1.1.3 Evaluación de la calidad de vida .....	18
1.2 ESTUDIO I. Diabetes Mellitus y sus complicaciones: Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud .....	22
1.2.1 Método .....	23
1.2.2 Resultados .....	25
1.2.3 Discusión .....	29
1.3 ESTUDIO II. Pacientes ingresados al servicio de medicina interna: Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud .....	32
1.3.1 Método .....	33
1.3.2 Resultados .....	36
1.3.3 Discusión .....	42
1.4 Discusión general .....	45
<b>2. REPORTE DE ACTIVIDADES:     Residencia de Medicina Conductual en el HGA .....</b>	<b>51</b>
2.1 Medicina Conductual .....	51
2.2 Residencia en Medicina Conductual .....	53
2.3 Actividades realizadas .....	56
2.4 Estadísticas de las actividades realizadas .....	57
2.5 Evaluación de la residencia .....	62
<b>3. REPORTE DE ACTIVIDADES:     Estancia de investigación en la Universidad de Montreal .....</b>	<b>66</b>
3.1 Introducción .....	66
3.2 Actividades realizadas .....	67
3.3 Proyecto de investigación .....	69
3.4 Relación de las actividades realizadas en la UdeM con los objetivos de formación de la residencia en Medicina Conductual .....	70

## REFERENCIAS

## ANEXOS

# INTRODUCCIÓN

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (2014), en la última década casi todos los países del mundo han experimentado un cambio importante en las causas de muerte prematura, disminuyendo las muertes debidas a enfermedades infecciosas y aumentando las ocasionadas por enfermedades no transmisibles y lesiones. Y aunque los países se encuentran en fases distintas de esta transición epidemiológica, es posible afirmar que en todo el mundo, aumenta constantemente el número de fallecimientos debidos a enfermedades crónicas.

En el año 2012, las *enfermedades no transmisibles* fueron responsables del 68% de todas las muertes a nivel mundial, lo que representa un aumento en comparación con el 60% reportado en el 2000. Siendo los principales padecimientos (no transmisibles), las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes (OMS, 2014).

Además, se han identificado una serie de *factores de riesgo conductuales* que aumentan el riesgo de la mayoría de las enfermedades crónicas o las causan directamente, tales como el consumo de tabaco, el uso nocivo del alcohol, la falta de actividad física, y las dietas no saludables (Lim et al., 2013).

De esta manera, al observarse que las principales causas de mortalidad están relacionadas con enfermedades crónicas (las cuales es posible prevenir y controlar adecuadamente), y que la aparición de dichas enfermedades está influenciada o provocada por factores de riesgo conductuales (modificables), nos encontramos así frente al papel central que tiene la “conducta” en la “salud”.

Al considerar que la conducta de las personas influye en su propia salud, la siguiente pregunta es ¿qué podemos hacer para modificar la conducta y mejorar la salud? La respuesta la encontramos en las *intervenciones conductuales* (y cognitivo-conductuales), ya que existe evidencia sólida de que las mismas son eficaces para prevenir enfermedades, mejorar el manejo de una enfermedad ya existente, incrementar la calidad de vida, y reducir los costos de la atención médica (Fisher et al., 2011). Por lo que se demuestra la eficacia, rentabilidad y valor de las intervenciones conductuales para el cuidado de la salud.

Y es precisamente dentro de este marco de acción, donde toma lugar el presente trabajo de titulación, correspondiente a la Maestría en Psicología con residencia en Medicina Conductual de la UNAM. Dicho trabajo se divide en tres partes: **a)** Proyecto

de investigación “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hospitalizados”; **b)** Reporte de actividades “Residencia de Medicina Conductual en el Hospital General de Atizapán”; y **c)** Reporte de actividades “Estancia de investigación en la Universidad de Montreal”.

El primer apartado, proyecto de investigación “*Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hospitalizados*” (capítulo 1), comienza brindándonos una revisión teórica acerca del concepto de calidad de vida (y su evaluación), así como del impacto que se tiene en la misma al padecerse una enfermedad. Posteriormente, se presentan dos estudios que analizan la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hospitalizados. El primero de ellos se enfoca en pacientes que presentan diabetes y sus complicaciones, y el segundo aborda siete grupos de pacientes (con distintas enfermedades) ingresados al servicio de medicina interna. Los resultados se analizan y discuten.

El capítulo 2 (reporte de actividades de la *Residencia en Medicina Conductual*), empieza por definir la Medicina Conductual y su campo de acción, para después presentarnos el reporte de las actividades realizadas (y las estadísticas de las mismas) en el Hospital General de Atizapán, como parte de la residencia en Medicina Conductual. Asimismo, se presenta una evaluación de dicha residencia.

Finalmente, el capítulo 3 aborda la *estancia de investigación llevada a cabo en la Universidad de Montreal (Canadá)*. Se presentan las actividades realizadas como parte de los proyectos en curso, así como la puesta en marcha de un proyecto propio de investigación. Además, se analiza la relación de las actividades y los aprendizajes obtenidos, con los objetivos de formación de la residencia en Medicina Conductual.

Por último, y como una forma de conclusión (¡en la introducción!), es importante que no olvidemos y tengamos presente que, en gran medida, de lo que hagamos o dejemos de hacer (“conducta”) el día de hoy, va a depender nuestra calidad de vida en los años venideros, y en último término la cantidad de tiempo que nos quede por vivir en este mundo... ¡la decisión está en nuestras manos! –y las intervenciones eficaces también ;)

# CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

## 1.1 INTRODUCCIÓN

### 1.1.1 Calidad de vida relacionada con la salud

Tanto en el ámbito clínico como de investigación, cada vez se le está brindando más importancia a la calidad de vida de los pacientes; ya que se está comprendiendo que no es suficiente con prolongar la vida y curar las enfermedades, sino que además es necesario mejorar el bienestar de los pacientes en las diversas áreas del funcionamiento humano (Tobón, Vinaccia & Sandín, 2010).

De acuerdo al grupo de trabajo sobre calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (The WHOQOL Group, 1995), la *calidad de vida* puede definirse como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida con respecto al contexto cultural y al sistema de valores en el cual vive, en relación con sus propios objetivos, normas, expectativas e intereses. Podríamos decir que de manera muy general, la calidad de vida se refiere a la evaluación que hace el individuo de su experiencia vital general en un momento determinado (Morrison & Bennett, 2008).

Por su parte, el término de *calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS) se refiere a la evaluación de las experiencias vitales y como estas se ven afectadas por la enfermedad, los accidentes o los tratamientos (Morrison & Bennett, 2008). En otras palabras, con CVRS nos

estamos refiriendo al nivel de bienestar derivado de la evaluación que el individuo realiza de diversos dominios de su vida, al considerar el impacto que en éstos tiene su estado de salud (Urzúa, 2010).

Por lo que de acuerdo a Bowling (1995, *en* Morrison & Bennett, 2008), la CVRS implica un nivel óptimo de funcionamiento físico, mental, social y del rol desempeñado (p.ej. laboral), incluyendo así mismo las relaciones, la satisfacción con la vida, la percepción de salud, la condición física, el nivel de satisfacción con el tratamiento médico, el resultado del mismo y las perspectivas futuras.

De esta manera, la CVRS intenta determinar el estado de salud de una manera comprensiva, al tener en cuenta el funcionamiento físico, psicológico y social, a partir de la propia valoración y percepción del sujeto. Se trata de un concepto multidimensional y de tipo biopsicosocial, que debería usarse como criterio complementario para detectar diferentes problemas de salud (Tobón et al., 2010).

Además, es importante destacar que la autoevaluación del estado de salud también ha demostrado ser un predictor poderoso de la mortalidad. Ya que por ejemplo los individuos que se evalúan así mismos con una “pobre” salud, tienen un riesgo de mortalidad dos veces más alto en comparación con aquellos que se asignan una “excelente” salud (DeSalvo, Bloser, Reynolds & Muntner, 2006).

De acuerdo a Badia & Lizan (2003, *en* Tobón et al., 2010), la evaluación de la CVRS brinda las siguientes aportaciones:

1. Permite determinar el impacto de los tratamientos médicos y psicosociales.
2. Proporciona información al paciente sobre su bienestar, más que datos de exámenes clínicos –los cuales no correlacionan necesariamente con el nivel de satisfacción con la salud.

3. Posibilita diferenciar los efectos de los tratamientos en los pacientes, ya que aunque estos tengan la misma enfermedad y similar sintomatología, el estado de bienestar puede ser diferente.
4. Puede brindar información relacionada con la salud de grandes poblaciones, con el objetivo de asignar recursos y mejorarla.
5. Ayuda a establecer criterios objetivos para determinar la eficacia de nuevos medicamentos e intervenciones quirúrgicas.

Es de mencionar que lo anterior es consistente con la concepción amplia de salud adoptada por la Organización Mundial de la Salud (1946): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Para mantener la simplicidad, en los apartados siguientes será utilizado el término de “calidad de vida” para referirse a la “calidad de vida relacionada con la salud”.

### **1.1.2 La enfermedad y su impacto en la calidad de vida**

#### **1.1.2.1 El impacto de la enfermedad**

La presencia de una enfermedad plantea al individuo muchos retos y cuestiones que pueden cambiar a lo largo del tiempo, dependiendo de la enfermedad, el tratamiento, el contexto social-cultural y las respuestas emocionales, cognitivas y conductuales del sujeto (Morrison & Bennett, 2008). Así por ejemplo, el individuo tiene que hacer frente al diagnóstico, a las exigencias de los procedimientos médicos, a los cambios o limitaciones que la enfermedad impone, y a la perspectiva de su pronóstico; en suma, se encuentra frente al impacto que la enfermedad tiene en su vida actual y futura (García-Viniegras & Rodríguez, 2007).

Existe amplia evidencia (p.ej. Alonso et al., 2004; Bernabeu-Wittel et al., 2010; Hofhuis et al., 2008; Lam & Wodchis, 2010; Mo, Choi, Li & Merrick, 2004; Riveros, Castro & Lara-Tapia, 2009; Saarni et al., 2006; Wang, Beyer, Gensichen & Gerlach, 2008), de que la presencia de una enfermedad –ya sea crónica o aguda– es capaz de implicar un deterioro importante en la calidad de vida de las personas.

Cuando se padece una enfermedad, las reacciones emocionales más frecuentes entre los individuos son la ansiedad y la depresión (García et al., 2008; Robles, 2000); las cuales asimismo, están asociadas con un deterioro en la calidad de vida (Blakemore et al., 2014; Helvik, Engedal & Selbaek, 2010). Pudiera pensarse que la ansiedad y la depresión son problemas generados exclusivamente por la presencia de la enfermedad física, sin embargo no debe descartarse la posibilidad de que sean originados por otros factores (p.ej. problemas o dificultades psicosociales preexistentes a la enfermedad). Además, una que vez que los síntomas de ansiedad y/o depresión se manifiestan, estos pudieran tener cierto grado de influencia en el curso y síntomas de la enfermedad (Tobón et al., 2010).

En relación con lo anterior, de manera general se ha observado que las enfermedades crónicas implican cambios psicológicos importantes (cómo altos niveles de estrés), los cuales pueden afectar negativamente el ajuste y funcionamiento psicológico del sujeto. Sin embargo, el impacto que tiene una enfermedad sobre el individuo, puede variar grandemente de persona a persona; por lo que es conveniente tener en cuenta, que una enfermedad crónica no implica necesariamente un pobre ajuste psicológico o la presencia de trastornos mentales (Dobbie & Mellor, 2008).

Con respecto a la importancia que pudiera tener la gravedad de la enfermedad, el estudio de Blane, Higgs, Hyde & Wiggins (2004) sostiene que la presencia de problemas de salud graves y limitadores, es un buen predictor de la calidad de vida. Sin embargo existen otros estudios (p.ej. Pérez, Martín, Galán & Blanco, 2005), en donde se sugiere que un empeoramiento de la sintomatología física, no implica necesariamente un deterioro al mismo nivel en los aspectos

psicosociales. Por lo que estos hallazgos contradictorios, hacen referencia –como ya se mencionó– a que la calidad de vida no depende únicamente del estado de salud objetivo, sino también de las valoraciones subjetivas que realiza el individuo. Lo cual implica descartar una relación lineal directa entre los problemas de salud y sus implicaciones psicosociales (Pérez et al., 2005).

El hecho de que la gravedad de los síntomas no predice consistentemente la calidad de vida, pone énfasis en que por definición, la calidad de vida es relativa a las cosas que valora el individuo en su propia vida, y la enfermedad puede cambiar o no dichas percepciones (Morrison & Bennett, 2008). Así por ejemplo, en el estudio de Ferrucci et al. (2000) se analizó la relación entre la gravedad del padecimiento y la calidad de vida, encontrándose que en pacientes con accidente cerebrovascular o enfermedad coronaria, no existía una relación lineal directa en todos los casos; por lo que se sugiere que cambios similares en la gravedad de la enfermedad, pueden tener impactos diferentes sobre la calidad de vida.

Sin restar importancia a lo anterior, es posible encontrar algunas situaciones en donde sí se observa un impacto más directo –y lineal– de la enfermedad sobre la calidad de vida, un ejemplo de ello sería el caso de pacientes críticos que ingresan a una unidad de cuidados intensivos (Hofhuis et al., 2008), o el de pacientes con Parkinson a medida que avanza la enfermedad (Ferrucci et al., 2000).

Finalmente, es preciso mencionar que el nivel de discapacidad relacionado con la enfermedad también ha sido asociado con un deterioro en la calidad de vida, lo cual se puede reflejar por ejemplo en la limitación de las actividades cotidianas (Helvik et al., 2010), o en problemas de movilidad (Patrick, Kinne, Engelberg & Pearlman, 2000). Sin embargo, la paradoja de que existan algunas personas con discapacidades graves y persistentes que reportan una buena o excelente calidad de vida (*véase* Albrecht & Devlieger, 1999), nos recuerda que los individuos pueden valorar distintos aspectos de su vida, y que la

importancia asignada a cada uno de ellos –así como la propia conceptualización de la calidad de vida– puede cambiar o modificarse a lo largo del tiempo (Sprangers & Schwartz, 1999).

### 1.1.2.2 Factores moduladores de la calidad de vida

Al abordar el impacto relativo que puede tener una enfermedad sobre la calidad de vida, se ha visto que éste no se presenta generalmente de la misma manera, ni en el mismo nivel de gravedad en todos los pacientes. Por lo que es conveniente considerar una serie de factores moduladores o “predictores” que pudieran estar asociados con este impacto, algunos de estos factores son (Morrison & Bennett, 2008; Tobón et al., 2010): *socio-demográficos* (p.ej. la edad y la cultura); *relativos a la enfermedad* (p.ej. sintomatología, discapacidad); *relativos al tratamiento* (p.ej. disponibilidad, efectos secundarios); y *psicosociales* (principalmente estado emocional, afrontamiento y apoyo social).

Con respecto a los factores psicosociales, ya se mencionó que un *estado emocional* negativo– como la presencia de ansiedad y depresión–, está asociado con un deterioro en la calidad de vida (Blakemore et al., 2014; Helvik et al., 2010); y que incluso su presencia, puede teóricamente llegar a tener cierto grado de influencia en el curso y síntomas de la enfermedad física (Tobón et al., 2010).

Sin embargo, el estado emocional solamente es una parte de las respuestas del individuo ante la enfermedad; ya que las *estrategias de afrontamiento* que emplea la persona para afrontar la enfermedad y sus consecuencias, pueden llegar a ser tan importantes como las emociones experimentadas en la determinación del impacto de la enfermedad (Morrison & Bennett, 2008). De esta manera, el uso de estrategias de afrontamiento no adaptativas – sobre todo de tipo evitativo– ha sido asociado con un mayor deterioro en la calidad de vida (Urzúa & Jarne, 2008).

El *apoyo social* también es considerado como un factor modulador muy importante, ya que la ayuda y asistencia que recibe el sujeto por parte de sus distintas redes sociales, puede servir como una especie de “amortiguador” de las situaciones estresantes y de las emociones negativas originadas por la enfermedad y sus consecuencias (Sandin, 1999, en Tobón et al., 2010; Vinaccia & Quiceno, 2012).

Complementario a lo mencionado hasta el momento, Dobbie & Mellor (2008) mencionan cuatro factores que pudieran influir en el ajuste psicológico del individuo ante la enfermedad: *a) la interacción familiar* cuando un miembro de la familia está enfermo; *b) una pobre comunicación médico-paciente*; *c) el ambiente* del hospital y de la atención médica; y *d) las creencias personales* del individuo sobre tener cierto nivel de control sobre su salud – autoeficacia–. Por lo que cada una de estas condiciones, al ser capaces de interferir con el ajuste psicológico del sujeto, pueden llegar a tener un efecto importante sobre la calidad de vida.

Para finalizar, mencionaremos el estudio de Vilhena et al. (2014), en donde se exploró en pacientes con distintas enfermedades crónicas, los factores psicosociales predictores de la calidad de vida. En dicho estudio se concluye que los pacientes que manifestaron más presencia de optimismo, de afecto positivo, de apoyo social, de adecuada adhesión al tratamiento y de sentimientos espirituales se sintieron mejor con las condiciones de la enfermedad y pudieron manejarla más adecuadamente, teniendo como resultado una mejor calidad de vida. Lo cual nos da una idea de las experiencias mediadoras entre la enfermedad y su correspondiente impacto.

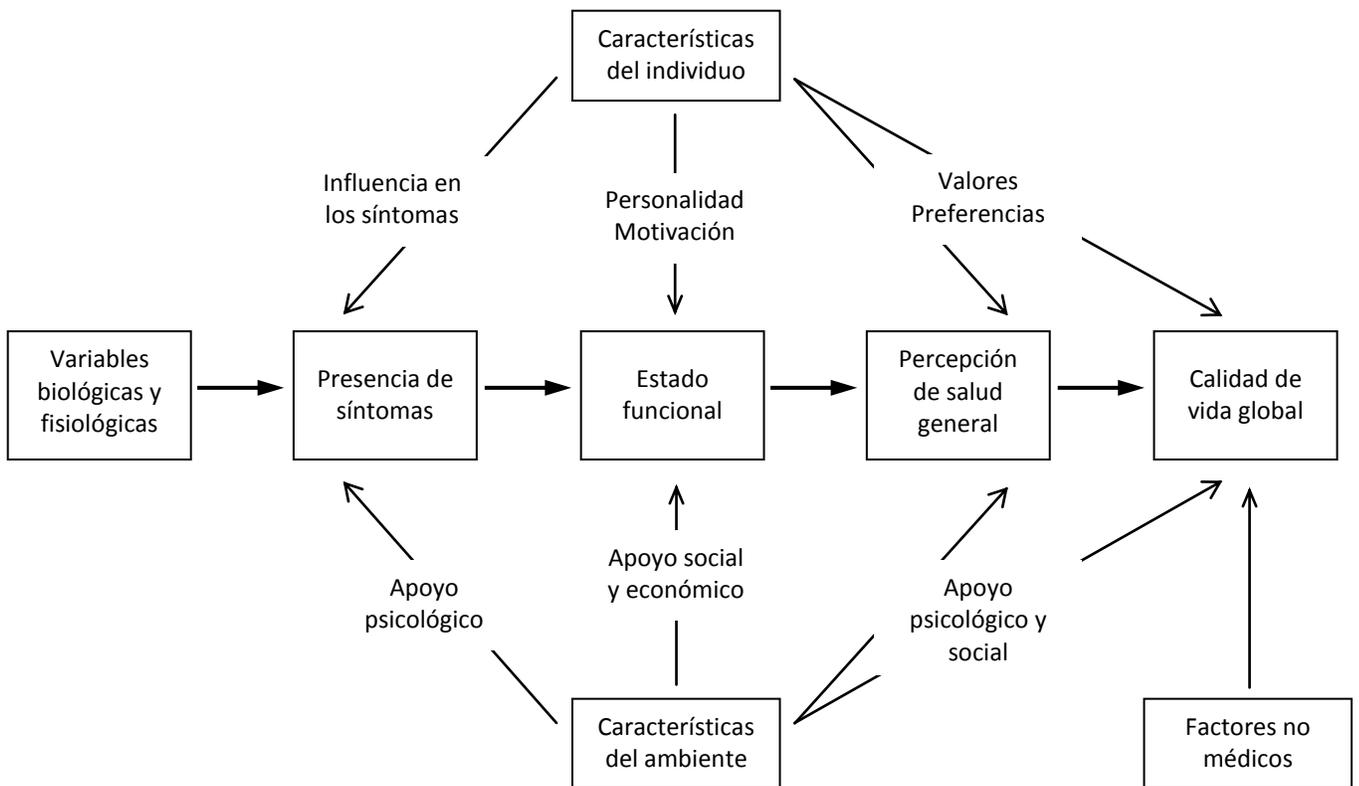
### **1.1.2.3 Modelos explicativos de la calidad de vida**

Se han desarrollado diferentes modelos que explican el proceso del impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida. Existen modelos explicativos tanto para padecimientos en específico, como para la presencia de enfermedades en general. A continuación y como

manera de ejemplo, será abordado brevemente el modelo de Wilson & Cleary (1995). Dicho modelo fue elegido por ser el más representativo de los modelos citados en la literatura (véase Bakas et al., 2012).

**Modelo explicativo de Wilson & Cleary (1995)**

El modelo de Wilson & Cleary (1995) propone un esquema de clasificación que categoriza las medidas de resultados del paciente, de acuerdo a los conceptos de salud subyacentes, y propone relaciones causales específicas entre ellos. Estas medidas de salud pueden ser pensadas como si existieran en un continuum, en donde a medida que se avanza, los factores biológicos, sociales y psicológicos aumentan en complejidad. A continuación se describen los cinco niveles del modelo de Wilson & Cleary (véase Figura 1), los cinco niveles son: factores bio-fisiológicos, síntomas, funcionamiento, percepción de salud general y calidad de vida global.



**Figura 1.** Relación entre diferentes medidas de resultados del paciente, en un modelo conceptual de la calidad de vida relacionada con la salud (*adaptado* de Wilson & Cleary, 1995).

El primer nivel del modelo se refiere a los *factores bio-fisiológicos*, y se centra en la función de las células, órganos y sistemas. Algunos ejemplos de las medidas de resultado correspondientes serían: diagnósticos médicos, resultados de laboratorio, medidas de funcionamiento fisiológico, y la exploración física del paciente.

Cuando los *síntomas* son evaluados (segundo nivel), el foco de atención pasa de las células y órganos específicos, a considerar al organismo como un todo. En este modelo un síntoma se define como la percepción del paciente de un estado anormal, ya sea a nivel físico, emocional o cognitivo. La relación entre los síntomas reportados y las variables bio-fisiológicas es compleja, ya que no hay una relación consistente entre ellos (p.ej. se puede tener una enfermedad grave y no tener síntomas).

El próximo nivel del modelo es el estado de *funcionamiento*, cuyas medidas evalúan la habilidad del individuo para llevar a cabo una determinada tarea. La presencia de síntomas es un determinante importante del funcionamiento (p.ej. dolor que impida la realización de ciertas actividades); otros factores del paciente que también son importantes, son la personalidad y la motivación. Asimismo, varios aspectos del ambiente social del individuo pueden tener un efecto importante en el funcionamiento.

La *percepción de salud general* (nivel cuatro) representa la integración de todos los conceptos de salud discutidos previamente, e incluye también a otros conceptos como la salud mental. La percepción general de salud ha demostrado estar asociada tanto con el estado de funcionamiento, como con características del individuo (p.ej. preferencias) y del ambiente (p.ej. apoyo social). También puede hablarse de una relación con los factores bio-fisiológicos, pero debido a los numerosos factores moduladores que afectan la percepción de salud, se encuentran grandes diferencias entre los individuos.

Derivado de todo lo anterior, se llega al quinto y último nivel del modelo: la *calidad de vida global*. En donde al final puede observarse el resultado de todo el proceso, que comenzó con

la manifestación de la enfermedad (factores bio-fisiológicos), y termino con su correspondiente impacto en la calidad de vida (moderado por los niveles intermedios).

Asimismo, se aborda el rol de los *factores emocionales o psicológicos en el modelo*. Estos factores pudieran ser conceptualizados de diferentes maneras (como un factor bio-fisiológico, un síntoma, o un componente del funcionamiento), pero independientemente de ello, algo fundamental es que estos factores pueden tener relaciones causales con distintas variables en cualquier nivel del modelo (a pesar de no estar completamente representados en la figura). Además, la mayoría de estas relaciones serían bidireccionales, por lo que no solo los factores psicológicos podrían afectar el estado de salud y la calidad de vida, sino que el estado emocional también pudiera ser influenciado por ellos.

Para concluir la presentación del modelo, Wilson & Cleary (1995) comentan que el diseño adecuado de intervenciones para mejorar las medidas de resultados del paciente, requiere de la identificación de relaciones causales que asocien unos con otros los diferentes tipos de resultados. Por lo que se espera que el presente modelo pueda facilitar la comprensión de estas asociaciones, y por lo tanto ser útil en la mejora del funcionamiento y la calidad de vida.

Para finalizar, es de importancia agregar que este modelo explicativo fue sometido a prueba por Sousa & Kwok (2006) en pacientes con VIH, a través de análisis de ecuaciones estructurales. Teniendo como resultado un adecuado ajuste del modelo, con relaciones significativas entre todos los constructos planteados. Esto implica que las principales relaciones que se confirmaron fueron (véase Figura 1): **a)** asociación positiva entre la presencia de “síntomas” y un deterioro del “estado funcional”; **b)** asociación negativa entre un deterioro del “estado funcional” y la “percepción de salud general”; y **c)** asociación positiva entre la “percepción de salud general” y la “calidad de vida global”.

Por lo que de esta manera, las relaciones hipotetizadas por el modelo son apoyadas por los datos, y se aporta evidencia empírica de la pertinencia del modelo conceptual de Wilson & Cleary (1995). Adicionalmente, los autores de dicho estudio (Sousa & Kwok, 2006), con base en lo datos, sugieren un modelo alternativo en donde se relacionen directamente (y de manera negativa) la presencia de “síntomas” con la “percepción de salud general” y la “calidad de vida global” (véase Figura 1).

### **1.1.3 Evaluación de la calidad de vida**

Dentro de la práctica clínica, la evaluación de la calidad de vida se puede llevar a cabo con el uso de una entrevista semiestructurada, y con la aplicación de pruebas psicológicas estandarizadas. Al realizar una entrevista de evaluación, Tobón et al. (2010) sugiere los siguientes elementos a tomar en cuenta (que pueden ser aplicables a una variedad de padecimientos crónico-degenerativos):

1. La historia de la enfermedad y el grado en que las relaciones laborales y sociales han sido afectadas por la misma.
2. La forma en la que el paciente maneja y ha manejado las fases activas (episodios agudos o de descontrol), tanto en lo que respecta a los cuidados especiales, como a las relaciones familiares, laborales y sociales.
3. Los recursos, redes y apoyo social con los que cuenta el paciente para manejar la enfermedad, y el estrés que esta provoca.
4. El grado de aceptación de la enfermedad por parte del paciente, y el nivel de influencia de la enfermedad en su bienestar.

Según los intereses o criterios del clínico, la información de calidad de vida puede complementarse con los instrumentos estandarizados. Estas pruebas psicológicas para la evaluación de la calidad de vida, se dividen en dos grupos: medidas generales (o genéricas), y

medidas específicas (Gutteling et al., 2007; Robles, 2010; Tuesca, 2005; Velarde & Ávila, 2002). Los *instrumentos generales* han sido diseñados para aplicarse a todo tipo de pacientes con cualquier enfermedad, así como a diversos grupos y poblaciones; lo cual es muy útil para realizar estudios comparativos (entre enfermedades o grupos) y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. Por su parte, los *instrumentos específicos* permiten evaluar diferencias sutiles y problemas específicos de una enfermedad en particular; es decir, se analiza el impacto de un diagnóstico específico sobre la calidad de vida.

Algunos ejemplos de temas que pudieran ser tratados en la evaluación general incluyen: estado de salud general, movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión, grado de independencia, relaciones sociales y relación con el entorno (véase The EuroQol Group, 1990; The WHOQOL Group, 1998a). En el caso de la evaluación específica (además de poderse abordar algunos de los temas ya mencionados), también pueden incluirse aspectos específicos del impacto de la enfermedad que se está evaluando, algunos ejemplos son: en Diabetes, satisfacción con el tratamiento y preocupación por las complicaciones futuras del padecimiento (véase The DCCT Reseach Group, 1988); y en Cáncer, presencia de fatiga, dolor, náusea y vómito (véase Aaronson et al., 1993).

Los dos tipos de medidas tienen sus propias ventajas y desventajas. Los instrumentos genéricos a pesar de que permiten comparar diferentes grupos de enfermedades, por lo general no abordan algunos de los temas de calidad de vida exclusivos para una enfermedad determinada. Por lo tanto, los instrumentos específicos tienen un “valor adicional” al ser capaces de abordar estos temas; sin embargo, no ofrecen la misma capacidad para comparar enfermedades. Esta capacidad de comparación posibilita hacerse preguntas como: “¿el cáncer tiene más impacto en la calidad de vida que una enfermedad cardiaca?”, lo cual puede tener interés a la hora de asignar recursos o evaluar necesidades (Morrison & Bennett, 2008).

Alternativamente, desde un punto de vista estratégico, es el criterio del clínico o los intereses de la evaluación, los que determinan que la evaluación de calidad de vida se circunscriba sólo al nivel general, sólo al específico, o ambos de forma complementaria.

Algunas de las medidas generales más representativas para la evaluación de la calidad de vida, son las siguientes:

1. EQ-5D-5L (*EuroQol–5 dimensions–5 levels*; The EuroQol Group, 1990, 2013).
2. WHOQOL-100 (*World Health Organization Quality of Life assessment*; The WHOQOL Group, 1998a), y su versión breve WHOQOL-BREF (The WHOQOL Group, 1998b).
3. Cuestionario de salud SF-36 (formato breve del denominado Estudio de los Resultados Médicos) (*MOS 36-item Short Form Health Survey, SF-36*; Ware & Sherbourne, 1992).
4. Perfil de Salud de Nottingham (*Nottingham Health Profile, NHP*; Hunt, McKenna, McEwen, Williams & Papp, 1981).
5. Perfil del Impacto de la Enfermedad (*Sickness Impact Profile, SIP*; Bergner, Bobbitt, Carter & Gilson, 1981).
6. Inventario de Calidad de Vida y Salud (*InCaViSa*; Riveros, Sánchez-Sosa & Del Águila, 2009).

Respecto a las medidas específicas para evaluar calidad de vida, han sido diseñadas, de acuerdo a los distintos tipos de padecimientos que los pacientes pueden presentar. A manera de ejemplo, podemos mencionar el cuestionario “Calidad de Vida en Diabetes” (*Diabetes Quality of Life, DQOL*; The DCCT Reseach Group, 1988), que como su nombre indica, evalúa el grado de impacto que tiene la Diabetes Mellitus sobre la calidad de vida; y el “EORTC QLQ-C30” (*Cancer Quality of Life Questionnaire C-30*; Aaronson et al., 1993), que evalúa este impacto debido a la presencia de enfermedades oncológicas.

Finalmente, al evaluar la calidad de vida en el contexto clínico es conveniente considerar la obtención de información detallada sobre diferentes aspectos del funcionamiento psicológico, tales como ansiedad, depresión, personalidad, apoyo social, etc.; y por lo tanto si es necesario, aplicar instrumentos específicos para la valoración de dichos constructos (Tobón et al., 2010).

La imagen que nos da la entrevista y los resultados de las pruebas aplicadas, nos brindan información importante sobre el impacto en la calidad de vida que experimenta la persona, y por lo tanto pueden ser útiles en el diseño de un tratamiento adecuado y en la valoración de la eficacia del mismo.

A continuación, en los apartados siguientes se presentan dos estudios que analizan la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hospitalizados. El primero de ellos se enfoca en pacientes que presentan diabetes y sus complicaciones, y el segundo aborda siete grupos de pacientes (con distintas enfermedades) ingresados al servicio de medicina interna.

## 1.2 ESTUDIO I

### **Diabetes Mellitus y sus complicaciones: Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud<sup>1</sup>**

La diabetes mellitus comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten la característica de la hiperglucemia (niveles altos de glucosa en sangre). Existen varios tipos de diabetes, pero específicamente la diabetes mellitus tipo 2 es un grupo de trastornos que se caracterizan por grados variables de resistencia a la insulina, menor secreción de dicha hormona y una mayor producción de glucosa (Fauci et al. 2008).

Durante la evolución de la diabetes pueden aparecer complicaciones crónicas, que afectan no sólo la esperanza de vida, sino también la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes (Mata, Roset, Badia, Antoñanzas & Ragel, 2003; Lloyd, Sawyer & Hopkinson, 2001). Además, la diabetes mellitus es considerada como la primera causa de nefropatía en etapa terminal, de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores y de ceguera en adultos; además de que también predispone a enfermedades cardiovasculares (Fauci et al. 2008).

En este apartado, se describe un estudio piloto de corte descriptivo, cuyo objetivo es analizar en pacientes hospitalizados el impacto que tiene la diabetes mellitus y sus complicaciones, sobre el nivel de calidad de vida relacionada con la salud. El realizar este estudio permitirá obtener datos preliminares del nivel de afectación que tienen estos pacientes, así como de las áreas de calidad de vida que se ven más comprometidas; lo que nos puede dar una idea de su atención oportuna y específica.

---

<sup>1</sup> Una versión preliminar de este estudio fue presentada en el “VI Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud (MÉXICO)”: Bravo, M.A. & Vázquez, F. (2013, junio). *Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes descompensada.*

## 1.2.1 MÉTODO

### Participantes

El número total de participantes fue de cuarenta y tres sujetos, que fueron ingresados como pacientes al servicio de medicina interna del Hospital General de Atizapán (Estado de México). Los participantes fueron divididos en 3 grupos (véase Tabla 1).

El grupo "A" (n = 16) estuvo formado por pacientes que ingresaron al hospital con un diagnóstico único de diabetes descompensada (sin existir ningún otro padecimiento o complicación). El grupo "B" (n = 19) consistió en individuos con diabetes descompensada más la presencia de algún otro padecimiento (que por sí mismo también hubiera justificado el internamiento). Y el grupo "C" (n = 8) correspondió a pacientes diagnosticados de insuficiencia renal crónica (en fase terminal), padecida como complicación de la diabetes.

**Tabla 1.** Se observa para cada uno de los grupos, el número de participantes, el sexo, la edad, los años de escolaridad, y el estado civil.

	<b>A</b> <i>(DM descompensada)</i>	<b>B</b> <i>(DM más otro padecimiento)</i>	<b>C</b> <i>(IRC secundaria a DM)</i>
<b>N</b>	16	19	8
<b>SEXO</b>			
Hombres	6 (37.5%)	12 (63.2%)	5 (62.5%)
Mujeres	10 (62.5%)	7 (36.8%)	3 (37.5%)
<b>EDAD</b>			
Media	37.31	49.79	49.38
Desviación estándar	15.46	15.36	11.92
Rango	17-78	23-80	32-68
<b>AÑOS DE ESCOLARIDAD</b>			
Media	8.94	8.00	7.62
Desviación estándar	3.75	3.33	2.07
Rango	2-16	2-16	6-12
<b>EDO. CIVIL</b>			
Soltero	6 (37.5%)	3 (15.8%)	3 (37.5%)
Casado /unión libre	7 (43.8%)	11 (57.9%)	4 (50%)
Divorciado /separado	0 (0%)	3 (15.8%)	1 (12.5%)

Viuda	1 (6.2%)	2 (10.5%)	0 (0%)
Madre soltera	2 (12.5%)	0 (0%)	0 (0%)

Nota: DM (diabetes mellitus), IRC (insuficiencia renal crónica).

## Instrumentos

*EQ-5D-5L (EuroQol – 5 dimensions – 5 levels)*. El EQ-5D-5L es un instrumento genérico de medición diseñado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (The EuroQol Group, 1990, 2013; Herdman et al., 2011). Este instrumento ha demostrado ser aplicable a un amplio rango de condiciones de salud, y actualmente ha sido traducido a 118 idiomas diferentes ([www.euroqol.org](http://www.euroqol.org)); en el presente estudio fue utilizada la versión en español mexicano (véase Anexo 1)

El EQ-5D-5L está compuesto de dos partes: el sistema descriptivo y la escala visual análoga (EVA). El sistema descriptivo se refiere a la evaluación de cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, y ansiedad/depresión. Cada una de estas dimensiones es calificada en cinco niveles de gravedad (sin problemas, problemas leves, problemas moderados, problemas graves y problemas extremos). La segunda parte del EQ-5D-5L, consiste en una escala visual análoga (EVA) de 20 centímetros con orientación vertical, en donde el sujeto hace una evaluación general de su estado de salud. La EVA esta numerada de 0 (la peor salud que se pueda imaginar) a 100 (la mejor salud que se pueda imaginar), y el paciente debe de marcar con un cruz la puntuación que mejor refleje su estado de salud actual.

## Procedimiento

Se asistió al piso de Medicina Interna del Hospital General de Atizapán (Edo. de México), en dónde se hizo el pase de visita matutino junto con el médico tratante, y se tuvo acceso al

censo diario de pacientes hospitalizados. De esta manera fue posible detectar a los participantes potenciales de nuestro estudio (grupos “A”, “B” y “C”).

Posteriormente, se acudió a cada una de las camas de los participantes potenciales, para asegurar: *a)* que tuvieran un estado de conciencia adecuado que permitiera la aplicación del instrumento, *b)* que supieran leer y escribir, y *c)* que aceptarían participar voluntariamente en el estudio. Si estas tres condiciones se cumplían, el paciente contestaba el EQ-5D-5L. Cada participante expresó de manera verbal su aceptación para responder el cuestionario.

Finalmente, se revisó el expediente clínico de cada uno de los pacientes que contestaron el EQ-5D-5L; tanto para obtener sus datos sociodemográficos, como para confirmar los diagnósticos médicos y hacer una correcta clasificación de los participantes en cada uno de los grupos.

### 1.2.2 RESULTADOS

De manera preliminar, fue obtenido el tiempo de diagnóstico de diabetes mellitus, para cada uno de los grupos (véase Tabla 2).

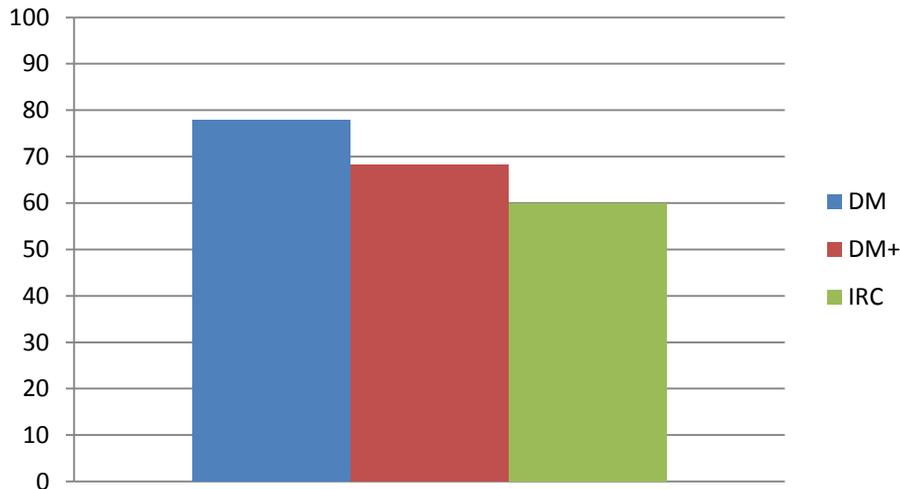
**Tabla 2.** Para cada grupo se observa el tiempo de diagnóstico de diabetes mellitus.

	<b>A</b> <i>(DM descompensada)</i> n = 16	<b>B</b> <i>(DM más otro padecimiento)</i> n = 19	<b>C</b> <i>(IRC secundaria a DM)</i> n = 8
0–5 años	85.7%	66.7%	62.5%
6–10 años	6.2%	0%	37.5%
11–15 años	6.2%	27.8%	0%
16–20 años	0%	5.6%	0%

*Nota:* DM (diabetes mellitus), IRC (insuficiencia renal crónica).

### Escala EVA del EQ-5D-5L

Para cada grupo se calculó la media de la escala EVA, que hace una evaluación general del estado de salud (véase Figura 2). El grupo “A” (diabetes descompensada) tuvo una media de 77.81 (DE = 19.42), el grupo “B” (diabetes descompensada más algún otro padecimiento) una de 68.16 (DE = 17.24), y el “C” (insuficiencia renal crónica debida a diabetes) una de 60 (DE = 18.71). Se realizó una prueba H de Kruskal-Wallis, para comparar las puntuaciones de salud general de los grupos, pero no fueron encontradas diferencias estadísticamente significativas entre ellos.



**Figura 2.** Media de la escala EVA (estado de salud general), en cada uno de los grupos.

*Nota:* DM (diagnóstico único de diabetes descompensada, n = 16), DM+ (diabetes descompensada más algún otro padecimiento, n = 19), IRC (insuficiencia renal crónica debida a diabetes, n = 8).

### Sistema descriptivo del EQ-5D-5L

Las cinco dimensiones del sistema descriptivo del EQ-5D-5L fueron evaluadas, y se determinó la presencia o ausencia de problemas en cada una de ellas. En la Tabla 3 puede observarse dicha información para cada grupo de participantes. Se realizaron pruebas de Chi-cuadrada ( $\chi^2$ ) para comparar entre los grupos la presencia de problemas en cada una de las dimensiones, obteniéndose diferencias significativas solamente entre los grupos “A” y “C”,

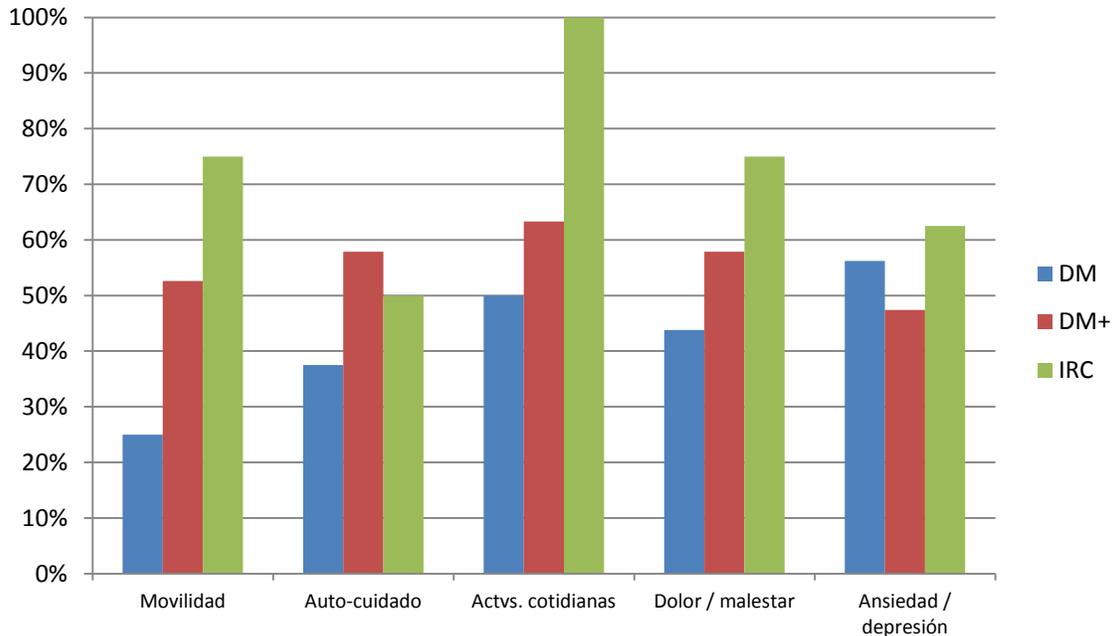
específicamente en las dimensiones de “movilidad” ( $X^2 = 5.49$ ,  $gl = 1$ ,  $p < .05$ )y “actividades cotidianas” ( $X^2 = 6.00$ ,  $gl = 1$ ,  $p < .05$ ).

**Tabla 3.** Para cada grupo se muestra la presencia o ausencia de problemas, en cada una de las dimensiones del EQ-5D-5L

Dimensiones del EQ-ED-5L		A	B	C
		(DM descompensada) n = 16	(DM más otro padecimiento) n = 19	(IRC secundaria a DM) n = 8
MOVILIDAD	Sin problemas	75%	47.4%	25%
	Con problemas	25%	52.6%	75%
AUTO-CUIDADO	Sin problemas	62.5%	42.1%	50%
	Con problemas	37.5%	57.9%	50%
ACTVS. COTIDIANAS	Sin problemas	50%	36.7%	0%
	Con problemas	50%	63.3%	100%
DOLOR / MALESTAR	Sin problemas	56.2%	42.1%	25%
	Con problemas	43.8%	57.9%	75%
ANSIEDAD / DEPRESIÓN	Sin problemas	43.8%	52.6%	37.5%
	Con problemas	56.2%	47.4%	62.5%

Nota: DM (diabetes mellitus), IRC (insuficiencia renal crónica).

Complementario a la tabla anterior, la Figura 3 compara el porcentaje de pacientes que manifestaron algún tipo de problema, en cada una de las cinco dimensiones del EQ-5D-5L.







salud más deteriorado fue el grupo “C” (IRC secundaria a DM). Sin embargo, estas diferencias entre los grupos no mostraron ser estadísticamente significativas.

Respecto a la presencia de problemas en las dimensiones evaluadas por el EQ-5D-5L, de manera general el grupo “C” (IRC secundaria a DM) fue el que tuvo mayor cantidad de problemas, siguió el “B” (DM más otro padecimiento), y por último, el grupo que manifestó menor frecuencia de problemas fue el “A” (DM descompensada). No obstante, al considerar la significancia estadística de los resultados, solamente fueron encontradas diferencias entre los grupos “A” y “C” en las dimensiones de “movilidad” y “actividades cotidianas”. Es decir, los pacientes con insuficiencia renal crónica (grupo “C”) manifestaron significativamente mayor presencia de problemas de movilidad y de dificultades para realizar actividades cotidianas, en comparación con aquellos con un diagnóstico único de diabetes (grupo “A”).

Al analizar la gravedad de los problemas presentados, la mayoría de las dificultades en el grupo “A” (DM descompensada) fueron de carácter leve, sólo encontrando ligera presencia de problemas extremos en la dimensión de “actividades cotidianas”. Respecto al grupo “B” (DM más otro padecimiento), se observó un aumento en la cantidad de problemas moderados en el área “dolor/malestar”, y fuerte presencia de problemas moderados a extremos en “actividades cotidianas”. Finalmente el grupo “C” (IRC secundaria a DM) fue el que manifestó mayores dificultades extremas, encontrándose fuerte presencia de problemas moderados a extremos en cuatro de las cinco dimensiones evaluadas (movilidad, autocuidado, dolor/malestar, ansiedad/depresión).

Al considerar en general los resultados, se puede observar que a medida que se presenta una progresión de la enfermedad, desde un diagnóstico único de diabetes (grupo “A”), a uno de diabetes más algún otro padecimiento (grupo “B”), y finalmente a uno de insuficiencia renal crónica (grupo “C”); esta progresión está relacionada con un deterioro igualmente progresivo en el estado de salud general, con un incremento en la presencia de problemas (en las

dimensiones evaluadas por el EQ-5D-5L), y con una mayor gravedad percibida de dichos problemas.

Sin embargo, este deterioro en la calidad de vida, estadísticamente solo fue observado entre los grupos extremos “A” (DM descompensada) y “C” (IRC), en las dimensiones de “movilidad” y “actividades cotidianas”, lo que implica una discontinuidad en la calidad de vida percibida.

## 1.3 ESTUDIO II

### Pacientes ingresados al servicio de medicina interna: Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud<sup>2</sup>

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha convertido en un elemento importante de la vigilancia de salud, y es considerado generalmente como un indicador válido de las necesidades del servicio y de los resultados de una intervención. Además, la autoevaluación del estado de salud también ha demostrado ser un predictor poderoso de la mortalidad y morbilidad, incluso superior a algunas medidas de salud más objetivas (DeSalvo, Bloser, Reynolds & Muntner, 2006).

Al comparar padecimientos agudos contra crónicos (en pacientes de consulta externa), se ha observado que los individuos con una enfermedad crónica presentan un impacto más pronunciado en la calidad de vida (Riveros, Castro & Lara-Tapia, 2009). Por otro lado, en estudios con pacientes hospitalizados, se ha encontrado por ejemplo un deterioro bastante grave de la calidad de vida, tanto en personas con múltiples padecimientos (Bernabeu-Wittelcita et al., 2010), como en enfermos críticos que ingresan a la unidad de cuidados intensivos (Hofhuis et al., 2008).

Tomando en cuenta las diferencias que pudieran encontrarse al comparar diferentes padecimientos, en este apartado se describe un estudio piloto de corte descriptivo, cuyo objetivo es analizar la CVRS en siete grupos de enfermedades de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. El propósito del estudio fue obtener datos preliminares sobre el nivel de afectación que tienen los pacientes, así como también, sobre cuáles son las áreas de la calidad de vida más afectadas en los mismos; lo que nos puede dar una idea de su atención oportuna.

---

<sup>2</sup> Una versión preliminar de este estudio fue presentada en el “7th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies (PERÚ)”: Bravo, M.A. & Vázquez, F. (2013, julio). *Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes del servicio de medicina interna del Hospital General de Atizapán.*

### 1.3.1 MÉTODO

#### Participantes

El número total de participantes fue de 196 sujetos que fueron ingresados como pacientes al servicio de medicina interna del Hospital General de Atizapán (Estado de México). Los participantes se dividieron en siete grupos, de acuerdo a la enfermedad médica presentada (véase Tabla 4). Se excluyeron del estudio 24 pacientes, debido a no contar con un diagnóstico al momento de la recolección de los datos ( $n = 14$ ), o por presentar una enfermedad que no fue posible agrupar en alguno de los grupos formados ( $n = 10$ ).

Los siete grupos formados de acuerdo al padecimiento presentado fueron: diabetes descompensada (grupo “A”,  $n = 23$ ); insuficiencia renal crónica (grupo “B”,  $n = 16$ ); enfermedades del sistema respiratorio (grupo “C”,  $n = 12$ ); enfermedades del sistema circulatorio (grupo “D”,  $n = 15$ ); enfermedades del sistema digestivo (grupo “E”,  $n = 19$ ); enfermedades del sistema nervioso (grupo “F”,  $n = 11$ ); y afectación en 2 o más sistemas –o padecimientos– de los mencionados en los grupos anteriores (grupo “G”,  $n = 76$ ).

**Tabla 4.** Composición de la muestra de participantes de acuerdo al sexo, la edad, los años de escolaridad, y el estado civil.

	<b>A</b> <i>(Diabetes descompensada)</i>	<b>B</b> <i>(Insuficiencia renal crónica)</i>	<b>C</b> <i>(Enfermedades del sistema respiratorio)</i>	<b>D</b> <i>(Enfermedades del sistema circulatorio)</i>	<b>E</b> <i>(Enfermedades del sistema digestivo)</i>	<b>F</b> <i>(Enfermedades del sistema nervioso)</i>	<b>G</b> <i>(Afectación en 2 o más sistemas)*</i>
<b>N</b>	23	16	12	15	19	11	76
<b>SEXO</b>							
Hombres	12 (52.2%)	13 (81.2%)	5 (41.7%)	9 (60%)	10 (52.6%)	5 (45.5%)	50 (65.8%)
Mujeres	11 (47.8%)	3 (18.8%)	7 (58.3%)	6 (40%)	9 (47.4%)	6 (54.5%)	26 (34.2%)
<b>EDAD</b>							
Media	37.13	38.38	41.08	50.33	35.58	36.73	44.47
Desviación estándar	18.28	15.12	21.12	14.78	14.76	11.73	15.58
Rango	17-80	18-68	16-79	17-75	16-62	16-55	19-96

<b>AÑOS DE ESCOLARIDAD</b>							
Media	9.13	7.94	7.42	9.00	8.74	9.09	8.34
Desviación estándar	3.40	2.77	2.06	2.90	4.38	4.13	3.64
Rango	2-16	3-13	3-12	4-13	2-17	3-16	2-17
<b>EDO. CIVIL</b>							
Soltero	11 (47.8%)	7 (43.8%)	2 (16.7%)	2 (13.3%)	7 (36.8%)	4 (36.4%)	17 (22.4%)
Casado /unión libre	8 (34.8%)	7 (43.8%)	7 (58.3%)	10 (66.7%)	10 (52.7%)	5 (45.5%)	44 (57.9%)
Divorciado / separado	1 (4.3%)	1 (6.2%)	1 (8.3%)	2 (13.4%)	1 (5.3%)	2 (18.2%)	6 (7.9%)
Viuda	1 (4.3%)	0 (0%)	1 (8.3%)	1 (6.7%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (7.9%)
Madre soltera	2 (8.7%)	1 (6.2%)	1 (8.3%)	0 (0%)	1 (5.3%)	0 (0%)	3 (3.9%)

\*Grupo "G": sujetos que presentan una afectación en 2 o más sistemas (o padecimientos), de los mencionados en los demás grupos.

## Instrumentos

*EQ-5D-5L (EuroQol – 5 dimensions – 5 levels)*. El EQ-5D-5L es un instrumento genérico de medición diseñado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (The EuroQol Group, 1990, 2013; Herdman et al., 2011). Este instrumento ha demostrado ser aplicable a un amplio rango de condiciones de salud, y actualmente ha sido traducido a 118 idiomas diferentes ([www.euroqol.org](http://www.euroqol.org)); en el presente estudio fue utilizada la versión en español mexicano (véase Anexo 1)

El EQ-5D-5L está compuesto de dos partes: el sistema descriptivo y la escala visual análoga (EVA). El sistema descriptivo se refiere a la evaluación de cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, y ansiedad/depresión. Cada una de estas dimensiones es calificada en cinco niveles de gravedad (sin problemas, problemas leves, problemas moderados, problemas graves y problemas extremos). La segunda parte del EQ-5D-5L, consiste en una escala visual análoga (EVA) de 20 centímetros con orientación vertical, en donde el sujeto hace una evaluación general de su estado de salud. La EVA esta numerada de 0 (la peor salud que se pueda imaginar) a 100 (la mejor salud que se pueda

imaginar), y el paciente debe de marcar con un cruz la puntuación que mejor refleje su estado de salud actual.

### **Procedimiento**

Se asistió al piso de Medicina Interna del Hospital General de Atizapán (Edo. de México), en dónde se hizo el pase de visita matutino junto con el médico tratante, y se tuvo acceso al censo diario de pacientes hospitalizados. De esta manera fue posible identificar a los pacientes que contaban con requisitos mínimos para la probable aplicación del instrumento (p.ej. que el paciente no estuviera intubado con ventilación mecánica).

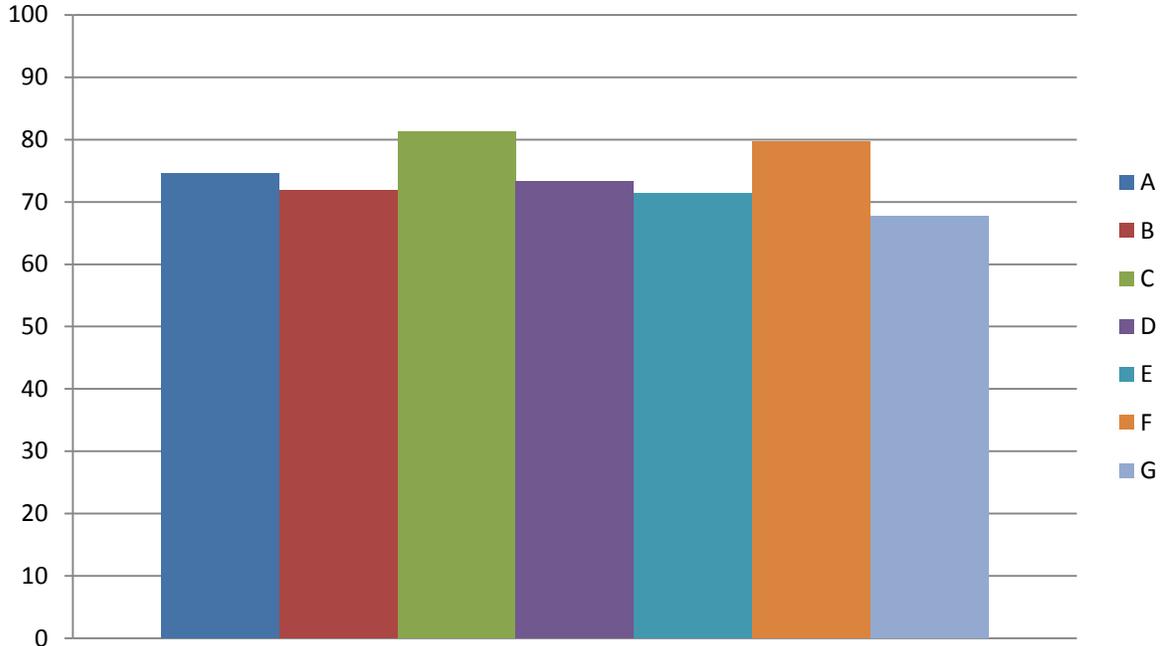
Posteriormente, se acudió a cada una de las camas de los participantes potenciales, para asegurar: *a)* que tuvieran un estado de conciencia adecuado que permitiera la aplicación del instrumento, *b)* que supieran leer y escribir, y *c)* que aceptarían participar voluntariamente en el estudio. Si estas tres condiciones se cumplían, el paciente contestaba el EQ-5D-5L. Cada participante expresó de manera verbal su aceptación para responder el cuestionario y participar en el estudio.

A continuación se revisó cada uno de los expedientes clínicos de los pacientes que contestaron el EQ-5D-5L; tanto para obtener sus datos sociodemográficos, como para obtener los diagnósticos médicos presentados. Con base en lo anterior, fue posible analizar el conjunto de padecimientos, y clasificar a los participantes en siete grupos diferentes (véase Tabla 4). Cabe aclarar que 24 sujetos fueron eliminados del presente estudio, ya sea por no contar con un diagnóstico al momento de la recolección de los datos, o por presentar una enfermedad que no fue posible agrupar en alguno de los grupos formados.

### 1.3.2 RESULTADOS

#### Escala EVA del EQ-5D-5L

Para cada grupo se calculó la media de la escala EVA, la cual hace una evaluación general del estado de salud (véase Figura 7). El grupo "A" (diabetes descompensada) tuvo una media de 74.57 (DE = 18.22), el grupo "B" (insuficiencia renal crónica) una de 71.81 (DE = 19.64), el "C" (enfermedades sistema respiratorio) una de 81.25 (DE = 11.10), el "D" (enf. sistema circulatorio) de 73.33 (DE = 13.97), el "E" (enf. sistema digestivo) de 71.32 (DE = 20.54), el "F" (enf. sistema nervioso) de 79.73 (DE = 14.35), y el "G" (afectación en 2 o más sistemas) de 67.75 (DE = 21.47). Se realizó un ANOVA de una vía para comparar las medias de los siete grupos, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ellos ( $F = 1.26$ ,  $gl = 7$ ,  $n.s.$ )



**Figura 7.** Media de la escala EVA (estado de salud general), en cada uno de los grupos

*Nota:* A (diabetes descompensada,  $n = 23$ ), B (insuficiencia renal crónica,  $n = 16$ ), C (enfermedades del sistema respiratorio,  $n = 12$ ), D (enfermedades del sistema circulatorio,  $n = 15$ ), E (enfermedades del sistema digestivo,  $n = 19$ ), F (enfermedades del sistema nervioso,  $n = 11$ ), G (afectación en 2 o más sistemas,  $n = 76$ ).

### Sistema descriptivo del EQ-5D-5L

Las cinco dimensiones del sistema descriptivo del EQ-5D-5L fueron evaluadas, y se determinó la presencia o ausencia de problemas en cada una de ellas. En la Tabla 5 puede observarse dicha información para cada grupo de participantes.

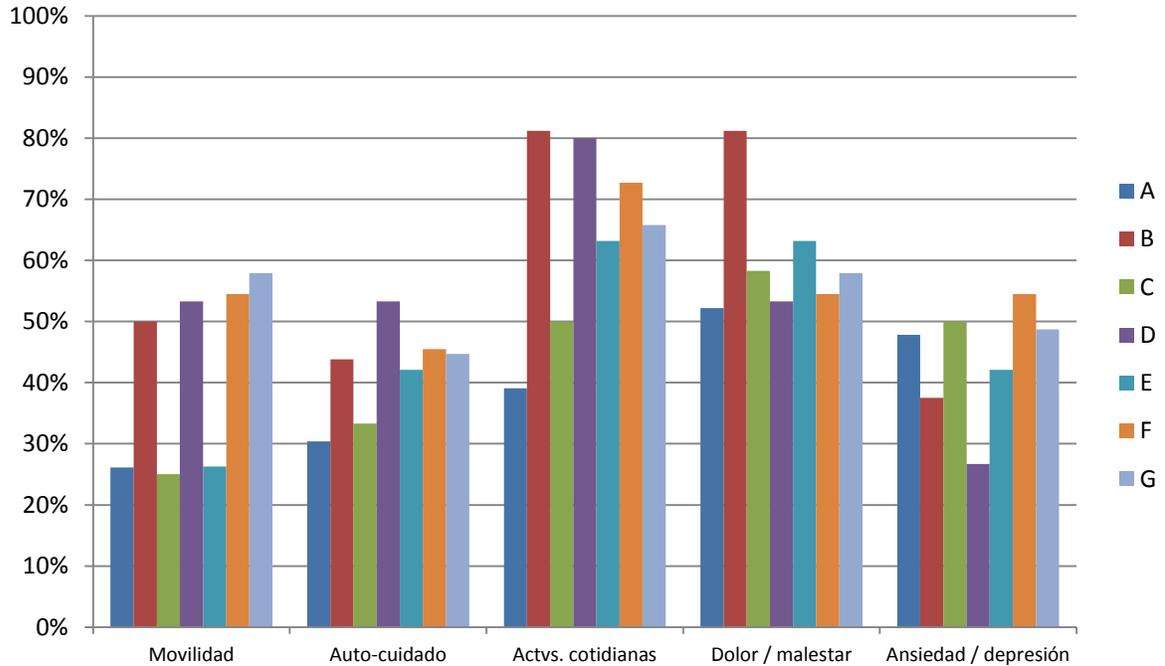
Se realizaron pruebas de Chi-cuadrada ( $\chi^2$ ) para comparar entre los grupos la presencia de problemas en cada dimensión, obteniéndose diferencias significativas solamente en las dimensiones de “movilidad” y “actividades cotidianas”. En la dimensión de “movilidad”, las diferencias se encontraron específicamente entre los grupos “A” y “G” ( $\chi^2 = 7.15$ , gl = 1,  $p < .01$ ), “C” y “G” ( $\chi^2 = 4.51$ , gl = 1,  $p < .05$ ), “E” y “G” ( $\chi^2 = 6.07$ , gl = 1,  $p < .05$ ). Por su parte en la dimensión de “actividades cotidianas”, las diferencias fueron específicamente entre los grupos “A” y “G” ( $\chi^2 = 5.21$ , gl = 1,  $p < .05$ ), “A” y “B” ( $\chi^2 = 6.80$ , gl = 1,  $p < .01$ ), “A” y “D” ( $\chi^2 = 6.13$ , gl = 1,  $p < .05$ ).

**Tabla 5.** Para cada grupo se muestra la presencia o ausencia de problemas, en cada una de las dimensiones del EQ-5D-5L

Dimensiones del EQ-ED-5L		A (Diabetes) n = 23	B (IRC) n = 16	C (Resp.) n = 12	D (Cardio.) n = 15	E (Digest.) n = 19	F (Nerv.) n = 11	G (2 o más) n = 76
MOVILIDAD	Sin problemas	73.9%	50%	75%	46.7%	73.7%	45.5%	42.1%
	Con problemas	26.1%	50%	25%	53.3%	26.3%	54.5%	57.9%
AUTO-CUIDADO	Sin problemas	69.6%	56.2%	66.7%	46.7%	57.9%	54.5%	55.3%
	Con problemas	30.4%	43.8%	33.3%	53.3%	42.1%	45.5%	44.7%
ACTIVIDADES COTIDIANAS	Sin problemas	60.9%	18.8%	50%	20%	36.8%	27.3%	34.2%
	Con problemas	39.1%	81.2%	50%	80%	63.2%	72.7%	65.8%
DOLOR / MALESTAR	Sin problemas	47.8%	18.8%	41.7%	46.7%	36.8%	45.5%	42.1%
	Con problemas	52.2%	81.2%	58.3%	53.3%	63.2%	54.5%	57.9%
ANSIEDAD / DEPRESIÓN	Sin problemas	52.2%	62.5%	50%	73.3%	57.9%	45.5%	51.3%
	Con problemas	47.8%	37.5%	50%	26.7%	42.1%	54.5%	48.7%

*Nota:* Diabetes (diabetes descompensada); IRC (insuficiencia renal crónica); Resp. (enfermedades del sistema respiratorio); Cardio. (enfermedades del sistema cardiovascular); Digest. (enfermedades del sistema digestivo); Nerv. (enfermedades del sistema nervioso); 2 o más (afectación en 2 o más sistemas).

Complementario a la tabla anterior, la Figura 8 compara el porcentaje de pacientes que manifestaron algún tipo de problema, en cada una de las cinco dimensiones del EQ-5D-5L.



**Figura 8.** Se muestra para cada grupo, el porcentaje de problemas presentados en cada una de las dimensiones del EQ-5D-5L.

*Nota:* A (diabetes descompensada, n = 23), B (insuficiencia renal crónica, n = 16), C (enfermedades del sistema respiratorio, n = 12), D (enfermedades del sistema circulatorio, n = 15), E (enfermedades del sistema digestivo, n =19), F (enfermedades del sistema nervioso, n = 11), G (afectación en 2 o más sistemas, n = 76).

La información de la Figura 8 muestra la presencia de problemas en general, en cada una de las dimensiones del instrumento. Adicional a lo anterior, en las figuras 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15 (grupos “A”, “B”, “C”, “D”, “E”, “F” y “G” respectivamente) puede observarse de manera específica la gravedad de los problemas reportados (leves, moderados, graves o extremos).









Respecto a la presencia de problemas en las dimensiones evaluadas por el EQ-5D-5L, de manera general los grupos “G” (afectación en 2 o más sistemas), “B” (insuficiencia renal), “F” (enf. sistema nervioso) y “D” (enf. sistema circulatorio), fueron los que tuvieron la mayor cantidad de problemas. En cambio, los grupos que manifestaron menor frecuencia de problemas, fueron el “E” (enf. sistema digestivo), el “C” (enf. sistema respiratorio) y el “A” (diabetes).

No obstante, al considerar la significancia estadística de los resultados, solamente se encontraron diferencias entre los grupos en las dimensiones de “movilidad” y “actividades cotidianas”. Al considerar la dimensión de “movilidad”, las diferencias encontradas fueron entre los grupos “A” y “G” (diabetes y 2 o más sistemas), “C” y “G” (enf. respiratorio y 2 o más sistemas), “E” y “G” (enf. digestivo y 2 o más sistemas). En tanto, las diferencias que se encontraron en la dimensión de “actividades cotidianas”, fueron entre los grupos “A” y “G” (diabetes y 2 o más sistemas), “A” y “B” (diabetes e insuficiencia renal), “A” y “D” (diabetes y enf. circulatorio).

Es decir, los pacientes con afectación en 2 o más sistemas (grupo “G”) manifestaron significativamente mayor presencia de problemas de movilidad, en comparación con aquellos que padecían diabetes (grupo “A”), enfermedades del sistema respiratorio (grupo “C”) o enfermedades del sistema digestivo (grupo “E”). Asimismo, los pacientes con diabetes (grupo “A”) mostraron significativamente menor presencia de problemas al realizar actividades cotidianas, en comparación con los que padecían insuficiencia renal (grupo “B”), enfermedades del sistema circulatorio (grupo “D”) o presentaban afectación en 2 o más sistemas (grupo “G”).

Por otra parte, al analizar la gravedad de los problemas presentados en las distintas dimensiones, se observó que en general predominaron los puntajes más bajos “leve” y “moderado”. Las condiciones “grave” y “extrema” se observaron de manera importante en los grupos “B” (insuficiencia renal), “F” (enf. nervioso) y “G” (2 o más sistemas). Es de destacar

que los pacientes con afectación en 2 o más sistemas (grupo "G"), fueron los que manifestaron mayor presencia de dificultades "extremas".

Al considerar en conjunto los resultados, puede observarse que aparentemente los pacientes con afectación en 2 o más sistemas (grupo "G") fueron los que experimentaron un mayor deterioro en la calidad de vida –aunque estadísticamente este deterioro solo estuvo reflejado en la dimensión de "movilidad"–, ya que manifestaron una presencia importante de problemas, y la gravedad de los mismos fue la más alta entre los grupos evaluados. Por su parte, los pacientes con diabetes (grupo "A") fueron los que tuvieron una calidad de vida menos deteriorada –aunque estadísticamente este menor deterioro solo estuvo reflejado en las dimensiones de "movilidad" y "actividades cotidianas"–, al ser el grupo que presentó la menor cantidad de problemas.

Con respecto a los demás grupos, de manera general –con base en la presencia de problemas y la gravedad de los mismos– podemos hacer dos divisiones: aquellos que están más cerca de un mayor deterioro de la calidad de vida, y aquellos más cercanos a un menor deterioro de la misma. Los más próximos a un mayor deterioro fueron los pacientes con insuficiencia renal crónica (grupo "B"), enfermedades del sistema nervioso (grupo "F"), y enfermedades del sistema circulatorio (grupo "D"). Se pudieran destacar algunos detalles, como por ejemplo que el grupo "B" fue el que manifestó mayor presencia de dolor/malestar o que el "F" mostró la más grande frecuencia de ansiedad/depresión, sin embargo de acuerdo a las pruebas realizadas estas diferencias no son estadísticamente significativas. Finalmente, en lo que concierne a los grupos más cercanos a un menor deterioro de la calidad de vida, encontramos a los pacientes con enfermedades del sistema respiratorio (grupo "C"), y enfermedades del sistema digestivo (grupo "E").

## 1.4 DISCUSIÓN GENERAL

El Estudio I tuvo como objetivo analizar el impacto en calidad de vida que tiene la diabetes mellitus y sus complicaciones. Al tomar en cuenta los resultados obtenidos, se puede observar que a medida que se presenta una progresión del padecimiento (desde DM a DM más otro padecimiento, y posteriormente a IRC), esta progresión se relaciona con un deterioro en el estado de salud general, con un incremento en la presencia de problemas, y con una mayor gravedad de dichos problemas.

No obstante, para la muestra estudiada ( $n = 43$ ) este deterioro en la calidad de vida solamente fue significativo estadísticamente hablando entre los grupos de DM descompensada e IRC, específicamente en las dimensiones de “movilidad” y “actividades cotidianas”. Es decir, los pacientes con insuficiencia renal crónica manifestaron significativamente mayor presencia de problemas de movilidad y de dificultades para realizar sus actividades cotidianas, en comparación con aquellos con un diagnóstico único de diabetes descompensada.

Estos resultados concuerdan con los observados en el estudio de Wee, Cheung, Li, Fong & Thumboo (2005), en donde se observó que los sujetos con diabetes que presentan algún padecimiento adicional como complicación de la misma, manifiestan un mayor deterioro en la calidad de vida en comparación con los pacientes diagnosticados únicamente de DM. De la misma manera, la insuficiencia renal crónica es considerada una complicación muy grave de la diabetes –una “catástrofe médica”– (Ritz, Rychlík, Locatelli & Halimi, 1999), e implica un fuerte deterioro en la calidad de vida de la persona que la padece (Valderrábano, Jofre & López, 2001).

Por lo que de esta manera, los resultados del estudio I subrayan aspectos concretos de la calidad de vida, y la importancia de la detección temprana y el adecuado tratamiento de la

diabetes mellitus, para así estar en condiciones de evitar complicaciones y prevenir un deterioro significativo de la calidad de vida.

Con respecto al Estudio II, el mismo tuvo como finalidad evaluar la calidad de vida en pacientes ingresados al servicio de medicina interna del Hospital General de Atizapán, los cuáles para su análisis fueron divididos en 7 grupos diferentes (véase Tabla 4). Tomando en cuenta los resultados, el grupo que mostró mayor deterioro en la calidad de vida fue el de afectación en 2 o más sistemas, y el de menor deterioro el grupo de diabetes.

Al considerar la significancia estadística de los resultados, para las muestra estudiada (n = 196) se encontraron diferencias significativas solamente en las dimensiones de “movilidad” y “actividades cotidianas”. Especificando lo anterior, los pacientes con afectación en 2 o más sistemas manifestaron significativamente mayor presencia de problemas de movilidad, en comparación con aquellos que padecían diabetes, enfermedades del sistema respiratorio o enfermedades del sistema digestivo. En tanto que, los pacientes con diabetes mostraron significativamente menor presencia de problemas al realizar actividades cotidianas, en comparación con los que padecían insuficiencia renal, enfermedades del sistema circulatorio o presentaban afectación en 2 o más sistemas.

El hecho de que el grupo con afectación en 2 o más sistemas fuera el que presentara un mayor impacto –negativo– en la calidad de vida, concuerda con algunos estudios en los que al comparar diferentes enfermedades, los pacientes que presentan al menos un padecimiento comórbido manifiestan un deterioro más pronunciado en la calidad de vida (Lam & Wodchis, 2010; Fortin et al., 2007; Sprangers et al., 2000). De esta manera, se aporta evidencia a lo ya mencionado por otros autores (p.ej. Bernabeu-Wittelcita et al., 2010), sobre el deterioro importante que implica la presencia de múltiples padecimientos.

Por su parte, el resultado que obtuvo el grupo de diabetes (el menor impacto en calidad de vida), es coincidente con el deterioro ligero que se menciona en el estudio de Sprangers et al.

(2000) y en el de Wee et al. (2005). Sin embargo, el impacto de la DM parece no ser tan claro, ya que por ejemplo también se ha encontrado que la diabetes puede implicar un deterioro severo de la calidad de vida (Mo, Choi, Li & Merrick, 2004). Una posibilidad para explicar dicha discrepancia, pudiera ser el que no se haya tomado en cuenta si los pacientes padecían únicamente de DM o si ya presentaban alguna complicación de la misma.

Con respecto a los demás grupos evaluados en el Estudio II, analizando visualmente los resultados se pueden hacer dos divisiones (sin tomar en cuenta DM y afectación en 2 o más sistemas): aquellos más cercanos a un mayor deterioro de la calidad de vida, y aquellos más próximos a un menor deterioro de la misma. Los más cercanos a un mayor deterioro fueron los pacientes con insuficiencia renal crónica, enfermedades del sistema nervioso y enfermedades del sistema circulatorio. En tanto que los grupos más próximos a un menor deterioro, consistieron en pacientes con enfermedades del sistema respiratorio y enfermedades del sistema digestivo.

Sprangers et al. (2000), realizó un estudio en donde analiza la calidad de vida a través de diferentes grupos de padecimientos, grupos similares a los formados en nuestra investigación. Analizando sus resultados (sin tomar en cuenta DM y presencia de comorbilidad), e intentando formar de la misma manera dos divisiones respecto al grado de impacto en calidad de vida, tenemos lo siguiente: *a)* los grupos más cercanos a un mayor deterioro fueron la insuficiencia renal crónica, las enfermedades del sistema nervioso y las enfermedades del sistema digestivo; *b)* los grupos más próximos a un menor deterioro fueron las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades del sistema circulatorio.

Es decir, nuestros resultados coinciden con los de Sprangers et al. (2000) en considerar que la insuficiencia renal crónica y las enfermedades del sistema nervioso presentan un impacto importante en la calidad de vida; así como en considerar, que las enfermedades del sistema respiratorio presentan un menor deterioro en comparación con dichos grupos. Respecto a

los otros dos padecimientos (enfermedades del sistema digestivo y enfermedades del sistema circulatorio) en los cuales no coincidieron los estudios, esto pudo haberse debido a una variedad de razones, como por ejemplo la gravedad de los padecimientos incluidos en cada grupo, la cantidad de participantes o las diferencias de medición inherentes a los instrumentos utilizados.

Ahora, haciendo énfasis sobre las dimensiones específicas de calidad de vida que se evaluaron al comparar los distintos grupos. Es importante reiterar que tanto en el Estudio I como en el II, las diferencias significativas que se encontraron fueron solamente en las dimensiones de “movilidad” y “actividades cotidianas”. Si bien esto pudiera deberse en parte a las características de los participantes, también indica la importante relación entre la discapacidad relacionada con la enfermedad y la calidad de vida (Helvik et al., 2010; Patrick et al., 2000). Por lo que de esta manera, la discapacidad resultante de las enfermedades evaluadas, se vio reflejada principalmente en los problemas de movilidad de los pacientes, y sus dificultades para realizar actividades cotidianas.

A reserva de mayor investigación (con muestras de otros hospitales) que permitiera hacer réplicas de los hallazgos encontrados, la información en su conjunto de los estudios reseñados, podría ser útil para el diseño de programas de intervención específicos, que tomen en cuenta las dificultades particulares de los padecimientos evaluados. Por ejemplo, si tenemos evidencia de que los pacientes con IRC secundaria a DM (Estudio I) o con afectación en 2 o más sistemas (Estudio II), manifiestan significativamente mayores problemas de movilidad, entonces los procedimientos de intervención psicológicos podrían enfocarse sobre esta dimensión de la calidad de vida, y no en otras que no son pertinentes para estos pacientes.

Asimismo, el contar con este tipo de información puede ser muy útil a la hora de asignar recursos y priorizar las necesidades de atención. Por ejemplo, si se tiene que decidir entre atender primero a un paciente con un diagnóstico único de diabetes o a uno con diabetes

más alguna complicación de la misma, sin duda se le dará preferencia a éste último, debido al mayor impacto en calidad de vida que experimenta.

En términos generales, se puede decir que los resultados de los dos estudios presentados, muestran una variedad de formas de impacto, de grado variable de discapacidad y funcionalidad derivadas de la enfermedad y su tratamiento, que compromete el adecuado funcionamiento de la persona y su capacidad de relacionarse con su medio. La importancia de estos resultados requiere conocer los mecanismos conductuales y cognitivos asociados a la evaluación y mejoramiento de la calidad de vida, y pone énfasis en la importancia de conocer el grado de impacto que puede tener la enfermedad padecida.

En cuanto a las limitaciones de los estudios presentados, se puede decir en primer lugar, que hubiera sido deseable contar con un grupo de participantes relativamente sanos (igualando edad y sexo), para poder hacer comparaciones entre ellos y los pacientes con alguna enfermedad, y así tener una idea del impacto que presenta la presencia/ausencia de un padecimiento. También hubiera sido deseable formar grupos equivalentes en número de participantes, y en el sexo de los mismos. Otro punto importante, es que no se consideró la gravedad de las enfermedades incluidas en cada grupo, es decir, en el mismo grupo puede estar un padecimiento considerado menos grave (p.ej. hipertensión arterial) en comparación con otro (p.ej. infarto agudo al miocardio); por lo que en futuros estudios se recomienda formar subgrupos, para así analizar el impacto diferencial de la gravedad de los distintos padecimientos comparados.

Una de las razones principales por las que se decidió utilizar el EQ-5D-5L (The EuroQol Group, 1990, 2013), es porque es un instrumento de fácil y rápida aplicación; las cuales son características importantes a considerar cuando se trabaja con pacientes hospitalizados, y por lo tanto las condiciones de evaluación son limitadas. Sin embargo, estas características del EQ-5D-5L hacen que sea capaz de evaluar solamente cinco dimensiones de la calidad de vida, por lo que el empleo de otros instrumentos que evalúen un conjunto más amplio de

dimensiones, puede darnos además de una validación convergente, una idea más específica de cómo la calidad de vida puede verse afectada.

Asimismo, sería interesante evaluar algunos factores de interés que pudieran tener cierto efecto modulador sobre la calidad de vida, tales como la adhesión al tratamiento, el apoyo familiar o las estrategias de afrontamientos utilizadas. Por último, como ya se mencionó, este conjunto de resultados podrían servir de base para el diseño de tratamientos cognitivo-conductuales diferenciales para cada uno de los grupos evaluados.

# REPORTE DE ACTIVIDADES:

## Residencia de Medicina Conductual en el Hospital General de Atizapán (HGA)

### 2.1 Medicina Conductual

La *Medicina Conductual* se define como el campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo e integración del conocimiento y técnicas de las ciencias biomédicas y conductuales, relevantes para la salud y la enfermedad, y la aplicación de estas técnicas y conocimientos para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Schwartz & Weiss, 1978).

Asimismo, Pomerleau & Brady (1979, *en* Pomerleau, 1979) consideran que por definición, la Medicina Conductual consiste en: **a)** el uso clínico de las técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta –terapia conductual y modificación de conducta– para la evaluación, prevención, manejo, o tratamiento de las enfermedades físicas o disfunciones fisiológicas; y **b)** la realización de investigaciones que contribuyen al análisis funcional y a la comprensión de las conductas asociadas con los trastornos médicos y los problemas de atención médica.

De esta manera, la medicina conductual emerge como un paradigma tanto para realizar intervenciones clínicas como investigaciones empíricas, conjuntando los esfuerzos de la investigación biomédica y la conductual. Y aunque la medicina conductual en un principio se enfocaba exclusivamente al tratamiento de pacientes, actualmente su campo de acción

también se ha extendido también a la prevención y mantenimiento de la salud (Reynoso & Seligson, 2005).

Entre las razones que favorecieron el surgimiento y desarrollo de la medicina conductual, se pueden mencionar las siguientes (Labrador, Muños & Cruzado, 1990, *en* Labiano, 2010):

1. El cambio en los patrones de morbilidad y mortalidad, con el control de las enfermedades infecciosas, produciéndose más enfermedades funcionales.
2. La aparición de enfermedades crónicas propias de las sociedades industrializadas (p.ej. cáncer, enfermedades cardiovasculares, dolor crónico), las cuales surgen debido al estilo de vida de los individuos.
3. El hecho de que en condiciones iguales, algunas personas enferman y otras no lo hacen.
4. El nivel de desarrollo logrado por las ciencias conductuales y sociales, así como el desarrollo de la epidemiología conductual.
5. El interés despertado por el tema de la prevención de enfermedades (originado en parte por los altos costos médicos).
6. Los resultados de los estudios epidemiológicos y experimentales, que han demostrado la importancia de la conducta en los procesos de salud-enfermedad.

El estudio de Fisher et al. (2011), presenta una revisión de distintas investigaciones llevadas a cabo dentro del marco de la medicina conductual, y especifica una serie de relaciones que se han encontrado entre la “conducta” y la “salud”: **a)** Los factores conductuales y socio-ambientales pueden moderar la genética y otras influencias biológicas; **b)** La conducta influye en la salud; **c)** Las intervenciones de cambio de conducta previenen enfermedades; **d)** Las intervenciones de cambio de conducta mejoran el manejo de las enfermedades; **e)** Las intervenciones conductuales y psicosociales mejoran la calidad de vida; y **f)** Los programas de promoción de la salud mejoran la salud de la población.

Este estudio muestra que la *conducta* tiene un papel central en la salud, y que las intervenciones conductuales son eficaces para prevenir enfermedades, mejorar el manejo de una enfermedad ya existente, incrementar la calidad de vida, y reducir los costos de la atención médica. De esta manera, la evidencia muestra la eficacia, rentabilidad y valor de las intervenciones conductuales –llevadas a cabo por la medicina conductual– (Fisher et al., 2011).

## 2.2 Residencia en Medicina Conductual

Desde el año 1999, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), dentro del “Programa de Maestría y Doctorado en Psicología”, ofrece dentro de su oferta académica la maestría en psicología con *Residencia en Medicina Conductual*.

De acuerdo al plan de estudios de dicha Residencia, el objetivo de la misma es: “Desarrollar en el alumno las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en salud, con un enfoque cognitivo-conductual y desde una perspectiva multidisciplinaria. Los egresados deberán contar con los conocimientos y competencia necesarios para prevenir y solucionar problemas prioritarios mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos idóneos que sustentan el quehacer disciplinario, tanto a nivel individual como grupal; integrado de manera equilibrada en sus diferentes actividades, objetivos de docencia, servicio e investigación” (UNAM, 2012).

Así mismo, los objetivos específicos de la Residencia en Medicina Conductual son los siguientes (UNAM, 2012).

1. Desarrollar programas de intervención en pacientes con problema crónico a nivel individual.

2. Desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico.
3. Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.
4. Favorecer en los pacientes la adhesión a la terapéutica médica.
5. Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de problemas tales como ansiedad, depresión, estrés, habilidades de afrontamiento inadecuadas, etc.

Con la intención de cumplir con los objetivos de formación anteriormente señalados, el plan de estudios menciona la necesidad de realizar una residencia (práctica profesional supervisada) en alguno de los institutos o sedes hospitalarias en donde la UNAM cuenta con convenios de colaboración. Por lo que de esta manera, el autor del presente reporte, fue asignado para realizar su *Residencia de Medicina Conductual* en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón–Daimler Chrysler”.

Desde el año 2000 existe colaboración entre el Hospital General de Atizapán (HGA) y la Residencia en Medicina Conductual de la UNAM. Por lo que desde esa fecha, cada año son asignados aproximadamente dos alumnos del programa, para realizar una residencia de al menos un año en dicho hospital.

El Hospital General de Atizapán es un hospital de segundo nivel, localizado en el municipio de Atizapán de Zaragoza en el Estado de México. Cuenta con los servicios de urgencias, medicina interna, gineco-obstetricia, cirugía, terapia intensiva, pediatría y consulta externa. Este hospital además de brindar atención a los habitantes de Atizapán, también lo hace a sus áreas conurbadas, tales como: Nicolás Romero, Isidro Fabela, Aculco, Chapa de Mota, Jilotepec, Polotitlán, Villa del Carbón, Tlatlaya y otros municipios cercanos.

De acuerdo a datos internos del Sistema Automático de Egresos Hospitalarios (HGA, 2014), las diez principales causas de muerte en el Hospital General de Atizapán durante el año 2014, fueron las siguientes:

- Septicemia
- Influenza y Neumonía
- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades cerebrovasculares
- Insuficiencia renal crónica
- Enfermedades hepáticas
- Afecciones originadas en el período perinatal
- Tumores malignos
- Infecciones respiratorias agudas (excepto influenza y neumonía)
- Diabetes Mellitus

Es fundamental destacar, que muchas de estas causas de muerte están relacionadas directa o indirectamente con complicaciones de padecimientos crónico-degenerativos (que pueden ser prevenibles y controlables); lo cual es un indicador de la importancia de las intervenciones llevadas a cabo por el psicólogo especialista en Medicina Conductual.

En los apartados siguientes, como parte de la Residencia en Medicina Conductual llevada a cabo en el Hospital General de Atizapán, se describirán y analizarán las actividades realizadas en dicho hospital, del periodo comprendido del 07 de Enero al 27 de Diciembre de 2013.

## 2.3 Actividades realizadas

Las actividades del residente en Medicina Conductual, estuvieron bajo la supervisión directa de tres figuras diferentes: *Tutor del alumno* (Mtro. Fernando Vázquez Pineda), *Supervisor in situ* (Psic. Areli Fernández Uribe) y *Supervisor académico* (Mtro. Leonardo Reynoso Erazo).

Con base en el programa operativo proporcionado por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se desarrollaron las siguientes actividades en el Hospital General de Atizapán, del periodo del 07 de Enero al 27 de Diciembre de 2013, en un horario de 7:30 a 14:30 hrs.

1. *Trabajo en piso (de Medicina Interna)*: atención a pacientes internados en el servicio de Medicina Interna. Lo cual incluye pase de visita matutino junto con el médico tratante, detección de casos, procedimientos de evaluación y diagnóstico, implementación de intervenciones cognitivo-conductuales, y elaboración de notas clínicas.
2. *Atención en consulta externa (un día a la semana)*: atención de pacientes que solicitan atención –o son referidos– en consulta externa de Medicina Conductual. Lo anterior implica procedimientos de evaluación y diagnóstico, implementación de intervenciones cognitivo-conductuales, y elaboración de notas clínicas.
3. *Realización de Interconsultas*: atención a pacientes internados en diferentes servicios del hospital, que requieren de atención psicológica de acuerdo al juicio del personal médico. Lo cual implica visita al servicio demandante de atención, procedimientos de evaluación y diagnóstico, implementación de intervenciones cognitivo-conductuales, y elaboración de notas clínicas.
4. *Valoración psicológica para ingreso al Programa de Diálisis Peritoneal Intermittente (PDPI)*: evaluación psicológica de acuerdo a la perspectiva de Medicina Conductual,

sobre los criterios y condiciones adecuadas que debería de tener un paciente para ser considerado como candidato a ingresar al Programa de Diálisis.

5. *Asistencia y participación en actividades académicas:* asistencia a las clases que se llevan a cabo junto con los residentes de Medicina Integrada, y realización de exposiciones de acuerdo a la perspectiva de Medicina Conductual.
6. *Sesiones de supervisión:* las actividades de supervisión son llevadas a cabo cada que el residente lo solicite, y pueden incluir revisiones bibliográficas, discusión de diagnósticos, revisión de casos clínicos y/o implementación de un protocolo de investigación.
7. *Realización de guardias (un día a la semana):* de acuerdo a las necesidades de los distintos servicios del hospital, durante las guardias nocturnas se realiza visita al servicio demandante de atención, procedimientos de evaluación y diagnóstico, implementación de intervenciones cognitivo-conductuales, y elaboración de notas clínicas.

## 2.4 Estadísticas de las actividades realizadas

### Pacientes atendidos

Durante la residencia en el Hospital General de Atizapán, fueron atendidos un total de 433 pacientes (51.27% de mujeres), que dieron lugar a un total de 874 consultas brindadas (49.54% de primera vez). En la Tabla 4 se especifican dichos datos, de acuerdo a sí los pacientes fueron atendidos en el piso de medicina interna, en el área de consulta externa, o a través de interconsultas de otros servicios.

**Tabla 4.** Cantidad de consultas brindadas, tanto de primera vez como subsecuentes.

		Piso Medicina Interna	Consulta externa	Interconsultas	TOTALES
<b>Primera vez</b>	Hombres	175	14	22	433 <sup>A</sup>
	Mujeres	139	27	56	
<b>Subsecuente</b>	Hombres	191	32	---	441 <sup>B</sup>
	Mujeres	132	86	---	

*Nota:* A (cantidad total de consultas brindadas de primera vez –lo cual equivale al número total de pacientes atendidos); B (cantidad total de consultas subsecuentes).

Asimismo, a petición del médico tratante, fueron realizadas 40 valoraciones psicológicas (29.03% de mujeres) por parte del residente en Medicina Conductual. El objetivo de las consultas fue principalmente relacionado con evaluar si dichos pacientes –con insuficiencia renal crónica–, cumplían con los criterios y condiciones adecuadas para ser considerados como candidatos a ingresar al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente (PDPI). En la Tabla 5 pueden observarse los criterios de inclusión y de exclusión, considerados durante las valoraciones psicológicas para ingreso al PDPI (Alpuche & Noguera, 2010).

**Tabla 5.** Criterios de inclusión y exclusión considerados durante la valoración psicológica para ingreso de pacientes al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente (adaptado de Alpuche & Noguera, 2010).

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Paciente en etapa 5 de insuficiencia renal crónica (filtración glomerular < 30 ml/min)	Paciente con enfermedades concomitantes y/o portadores de infecciones virales
Sin enfermedades agregadas graves (p.ej. neoplasias), o que tengan como resultado que el paciente no pueda valerse por sí mismo.	Incapacidad del peritoneo para realizar sus funciones (p.ej. presencia de hernia abdominal, divertículos, etc.)
Paciente con antecedentes de buen apego a tratamientos anteriores	Fracaso de accesos vasculares
Paciente con conciencia de enfermedad (comprende el grado de severidad de la enfermedad y utiliza recursos de afrontamiento activos)	Toxicomanías (abuso y dependencia del alcohol, opiáceos, cocaína y otras drogas)
	Problemas o trastorno mental que afecte áreas de habilidades adaptativas, tales como: comunicación, autocuidado, actividades de la vida diaria, autogobierno, salud y seguridad personal, habilidades sociales, ocio y trabajo.

Paciente con adhesión al tratamiento	Paciente sin adhesión al tratamiento y/o sin conciencia de enfermedad
Presencia de apoyo familiar real y percibido	Falta de redes de apoyo social y familiar
Paciente motivado, con buena adaptabilidad y autonomía	
Vivienda construida con material perdurable y servicios básicos cubiertos	Condiciones de vivienda inadecuadas (p.ej. techo de lámina, falta de agua potable, baño sin regadera, piso de tierra, presencia de animales, etc.)
Condiciones económicas que permitan la permanencia en el programa	Problemas económicos que dificulten su permanencia en el programa
Adecuadas condiciones de higiene y limpieza en el hogar	
Paciente con adecuados hábitos higiénico-dietéticos	Malos hábitos personales higiénico-dietéticos
Presencia de un cuidador para el paciente	Sin cuidador primario en caso de incapacidad visual
Lugar de residencia (prioridad a los habitantes del municipio de Atizapán de Zaragoza)	

En la Tabla 6 pueden observarse los diagnósticos médicos de los pacientes que recibieron algún tipo de atención, durante la residencia en el hospital; se incluyen tanto los que recibieron tratamiento psicológico (n = 433), como los que fueron evaluados para ingreso al PDPI (n = 40).

**Tabla 6.** Diagnóstico médico de los pacientes que recibieron algún tipo de atención

Diagnóstico médico	N	%
Diabetes Mellitus (tanto descompensada como controlada)	42	8.87
Insuficiencia Renal Crónica (sin importar el origen de la misma)	89	18.82
Enfermedades del sistema Respiratorio	14	2.96
Enfermedades del sistema Circulatorio	28	5.91
Enfermedades del sistema Digestivo	24	5.07
Enfermedades del sistema Nervioso	16	3.38
Afectación en 2 o más sistemas –o padecimientos– (de los mencionados en los grupos anteriores)	120	25.37
Otro padecimiento (no incluido en los grupos anteriores)	25	5.29
Intoxicación medicamentosa (generalmente intento suicida)	39	8.25
Desconocido / sin enfermedad médica	76	16.07

Por su parte, en la Tabla 7 se muestran los diagnósticos psicológicos que fue posible establecer en los pacientes que recibieron algún tipo de atención; de igual manera, se incluyen tanto los que recibieron tratamiento psicológico (n = 433), como los que fueron evaluados para ingreso al PDPI (n = 40).

**Tabla 7.** Diagnóstico psicológico de los pacientes que recibieron algún tipo de atención

Diagnóstico psicológico	N	%
Trastorno del estado de ánimo (de acuerdo al DSM-IV-TR)	23	4.86
Trastorno de ansiedad (de acuerdo al DSM-IV-TR)	12	2.54
Algún otro trastorno (de acuerdo al DSM-IV-TR)	5	1.06
Síntomas depresivos (sin cumplir criterios para diagnóstico formal)	39	8.25
Síntomas de ansiedad (sin cumplir criterios para diagnóstico formal)	27	5.71
Problemas de relación / comportamiento	14	2.96
Dificultades en la adhesión al tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio, recomendaciones médicas, etc.)	149	31.50
Dos o más problemas de los mencionados anteriormente	61	12.89
No registrado / perdido	143	30.23

Los diagnósticos psicológicos se obtuvieron a través de entrevistas realizadas a los pacientes, tomando en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000). En muchas de las ocasiones fue muy útil la aplicación de la *Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional* (MINI; Sheehan et al., 1997), la cual es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración (aprox. 15 minutos) que explora los principales trastornos del Eje I del DSM-IV. Después de realizada la evaluación psicológica, los pacientes recibieron atención de acuerdo a las técnicas y procedimientos de intervención cognitivo-conductuales.

## Otras actividades

Como parte de las actividades académicas, se asistió a clases junto con los residentes de Medicina Integrada; y se llevaron a cabo 12 exposiciones por parte del residente de Medicina Conductual. Los temas expuestos fueron:

- ¿Qué es la Medicina Conductual?
- Enfoque Cognitivo-Conductual
- Análisis Conductual Aplicado
- Estrés y Diabetes
- Nivel óptimo de estrés (relación entre estrés y rendimiento)
- Entrenamiento en Solución de Problemas
- Intervención en pacientes con Diabetes e Hipertensión
- Intervención en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica
- Distorsiones cognitivas
- Sesgos cognitivos y errores en el diagnóstico médico (parte 1)
- Sesgos cognitivos y errores en el diagnóstico médico (parte 2)
- Pacientes con ataques de pánico en el servicio de Urgencias

El asistir a clases junto con los residentes de Medicina Integrada y haber realizado exposiciones dentro de las mismas, favoreció la promoción del trabajo realizado por el residente de Medicina Conductual, y mostró la importancia de un trabajo multidisciplinario para la adecuada atención del paciente.

Por otro lado, se llevaron a cabo guardias nocturnas una vez a la semana, con el objetivo de hacer frente a las necesidades de atención psicológica de los distintos servicios del hospital. Estas se realizaron durante los días lunes, de Agosto a Diciembre 2014; obteniéndose un total de 19 guardias a lo largo de todo el periodo de la residencia.

Es de destacar que la realización de guardias nocturnas, fue muy agradecida por el personal médico del hospital, ya que en ellas se atendieron a la mayoría de pacientes que ingresaron (al servicio de urgencias) con síntomas característicos de un ataque de pánico; los cuales fueron referidos para su atención al residente de Medicina Conductual, después de haberse descartado cualquier problema médico. Los pacientes vistos durante las guardias, ya están considerados en las estadísticas de pacientes atendidos del apartado anterior.

Finalmente, durante la residencia en el hospital se llevó a cabo un proyecto de investigación consistente en evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hospitalizados. Dichos datos ya fueron presentados en el capítulo 1 del presente trabajo. Derivado de este proyecto, fue posible presentar dos ponencias en congresos:

- Bravo, M.A. & Vázquez, F. (2013, Julio). *Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes del servicio de medicina interna del Hospital General de Atizapán*. 7th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies (PERÚ).
- Bravo, M.A. & Vázquez, F. (2013, Junio). *Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes descompensada*. VI Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud (MÉXICO).

## 2.5 Evaluación de la residencia

A continuación se presentan las condiciones que favorecieron un adecuado desempeño de las actividades realizadas, así como algunos obstáculos que se encontraron. Asimismo, se proponen algunas sugerencias que pudieran contribuir al mejor desempeño de las nuevas generaciones de residentes en Medicina Conductual.

En primer lugar, es importante mencionar que la formación en ámbitos hospitalarios brinda la oportunidad de trabajar multidisciplinariamente con otros especialistas de distintas áreas, lo cual enriquece de manera sustancial la formación académica del alumno. En el Hospital General de Atizapán (HGA) fue posible llevar a cabo este trabajo multidisciplinario, ya que se colaboró de manera estrecha con médicos internos de distintos servicios del hospital, así como con médicos residentes y/o adscritos de diferentes especialidades, tales como Medicina Interna, Medicina Integrada, Psiquiatría, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría. Además, también fue muy importante la colaboración con el personal de enfermería y del departamento de nutrición (estos últimos fueron fundamentales en las intervenciones orientadas a promover la adhesión a la dieta y los hábitos saludables en general).

Una característica que convierte a la residencia en Medicina Conductual en un programa de formación único, es la posibilidad de un entrenamiento clínico supervisado (con un enfoque cognitivo-conductual), en donde se brinda atención a una cantidad importante de pacientes. Lo cual fue posible realizar durante la residencia en el Hospital General de Atizapán (véase apartado 2.3.1). Asimismo, la residencia en el HGA permitió conocer el trabajo “en piso” (con pacientes hospitalizados), el cual tiene algunas características que lo diferencian de la intervención “en consultorio”, y en donde muchas de las veces se tiene que hacer el mejor esfuerzo posible dentro de condiciones limitadas de evaluación y tratamiento.

Es importante destacar que, en comparación con buena parte de los hospitales, el Hospital General de Atizapán es una institución que está “habituada” a la presencia e importancia del trabajo llevado a cabo por el psicólogo especialista en Medicina Conductual. Por lo que de manera general, se valora y demanda la puesta en marcha de intervenciones psicológicas como coadyuvantes al tratamiento médico. Además, el residente en Medicina Conductual recibe prácticamente las mismas consideraciones que los residentes médicos (p.ej. proporción de alimentos, acceso a la residencia, etc.). Por todo lo anterior, el HGA es capaz de brindar un ambiente y condiciones adecuadas para el entrenamiento en habilidades clínicas.

Sin embargo, también es importante indicar algunas condiciones particulares, que en cierto sentido obstaculizaron o limitaron las actividades realizadas. Para comenzar, podemos mencionar el hecho de que durante el periodo de la residencia (Enero–Diciembre 2013), solamente fue asignado al hospital un solo residente de Medicina Conductual (el autor del presente reporte). Razón por la cual, en varias ocasiones hubo una sobrecarga de trabajo, teniendo por resultado que algunos procesos de intervención no se llevaran a cabo de la manera más adecuada posible.

Asimismo, se contó únicamente con un día de consulta externa a la semana, lo que implicó que los cuatro días restantes se dedicarían exclusivamente al trabajo “en piso” (pacientes hospitalizados). Si bien el trabajo con este tipo de pacientes permite el desarrollo de habilidades específicas y es importante para la formación del residente, lo ideal sería dedicar la misma cantidad de tiempo al trabajo “en piso” y a la intervención “en consultorio”. Sobre todo, porque esta última modalidad es la que permite una práctica clínica más estructurada y planificada.

El residente en Medicina Conductual estuvo bajo la supervisión directa de tres figuras diferentes: tutor del alumno, supervisor académico y supervisor in situ. Durante el desarrollo de la residencia, tanto el *tutor del alumno* como el *supervisor académico* (los cuales son profesores de la UNAM) estuvieron presentes y brindaron todo su apoyo y asesoría al residente cada vez que éste lo necesitaba. Sin embargo, la *supervisora in situ* (psicóloga contratada por el hospital), al contar únicamente con licenciatura y no poseer formación cognitivo-conductual, no fue de ayuda académica para el alumno y su labor se limitó únicamente a orientar “administrativamente” en formalidades del hospital. Esto se debe a que aparentemente en el HGA, al día de hoy no hay otro psicólogo disponible (empleado del hospital) que pueda fungir como supervisor in situ, por lo que se espera que esta limitación pueda ser subsanada en un futuro con la intención de fortalecer aún más la formación académica del psicólogo especialista en Medicina Conductual.

Se concluye que a pesar de las limitaciones presentadas, el Hospital General de Atizapán fue una sede adecuada para la realización de la Residencia en Medicina Conductual, ya que de manera general brindó las condiciones propicias para la adquisición y fortalecimiento de habilidades clínicas, coincidentes con los objetivos de formación esperados.

## REPORTE DE ACTIVIDADES: Estancia de investigación en la Universidad de Montreal (UdeM)

### 3.1 Introducción

Dentro del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, es posible realizar estancias académicas en universidades de otros países. Lo cual permite que el alumno reciba experiencias formativas y ponga a prueba sus competencias profesionales, al enfrentarse a situaciones académicas, de servicio e investigación novedosas, en un contexto internacional.

Además, la realización de estancias en el extranjero pueden sentar las bases para el establecimiento de relaciones de colaboración entre colegas e investigadores de otras universidades.

De esta manera, se propuso realizar una estancia de investigación en la *Universidad de Montreal (Canadá)*, bajo la dirección de la *Dra. Tania Lecomte*, del periodo del 06 de Enero al 04 de Julio de 2014. Dicha estancia fue aprobada por el Comité Académico del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, en su sesión ordinaria 142, del 03 de Abril de 2013. Por su parte, el Tutor UNAM del alumno fue el *Mtro. Fernando Vázquez Pineda*.

## 3.2 Actividades realizadas

Con base en el plan de trabajo aprobado por el Comité Académico del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, se desarrollaron tres actividades principales: **a)** Asistencia a cursos de modelos de intervención cognitivo-conductuales del programa de estudios de posgrado de la Universidad de Montreal (UdeM), **b)** Participación en los proyectos de investigación sobre rehabilitación del paciente crónico realizados por la Dra. Tania Lecomte, y **c)** Actividades adicionales. A continuación, se detalla cada uno de los rubros mencionados.

### Cursos tomados

Del período del 06 de Enero al 28 de Abril de 2014, se asistió a los siguientes cursos en el Departamento de Psicología de la UdeM:

- a) "*Contributions psychologiques à la santé*" (contribuciones psicológicas a la salud)
- b) "*Interventions de pointe auprès des personnes présentant un diagnostic de troubles mentaux graves*" (intervenciones actuales en personas con un diagnóstico de trastorno mental grave).

Al asistir a estos cursos fue posible obtener una formación sobre los modelos de intervención cognitivo-conductuales, en particular lo relacionado con la atención de problemas psicológicos derivados de enfermedades orgánicas, así como los procedimientos a seguir en pacientes con trastornos mentales graves. Así mismo, se discutieron las bases conceptuales, metodológicas y empíricas que fundamentan las estrategias de intervención con dichos pacientes.

## Participación en proyectos en curso

Durante la estancia (del 06 de Enero al 04 de Julio de 2014), en el marco de los proyectos de investigación sobre rehabilitación del paciente crónico que realiza la Dra. Tania Lecomte, se participó en las siguientes actividades:

- a) *Revisión bibliográfica:* revisión de artículos y bases de datos especializadas (p.ej. *PubMed, PsychInfo, Web of Science*), con el objetivo de encontrar y analizar información pertinente a calidad de vida, adhesión y apoyo familiar del paciente crónico con trastorno mental grave.
  
- b) *Entrenamiento de habilidades clínicas:* capacitación en aplicación y calificación del STAND (*The Scale to Assess Narrative Development; Lysaker, Wickett, Campbell & Buck, 2003*), y del SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders; First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997*). El entrenamiento en la prueba STAND permitió conocer un instrumento que evalúa cuantitativamente las características del discurso de la persona, lo cual es un indicador importante en el caso de pacientes con trastornos mentales graves. Por su parte, el entrenamiento en la entrevista SCID permitió conocer la aplicación computarizada de la misma, y poner en práctica los criterios diagnósticos DSM-IV. Asimismo, fue posible observar algunas de las intervenciones llevadas a cabo dentro del marco de los proyectos de investigación, obteniéndose así una idea de las técnicas y procedimientos cognitivo-conductuales empleados con este tipo de pacientes.
  
- c) *Asistencia a las “Rencontres du laboratoire”:* reuniones mensuales con los demás miembros del equipo de investigación, con la intención de discutir y analizar los avances en los temas de interés académico. En dichas reuniones cada uno de los miembros informaba avances sobre sus proyectos específicos de investigación, siendo retroalimentados por la Dra. Tania Lecomte; si era necesario se solicitaban sugerencias o colaboración (en los proyectos) de los demás miembros del equipo.

La participación en estas reuniones permitió conocer una manera diferente de trabajo y organización, fortaleciéndose de esta manera la formación académica del alumno.

### **Actividades adicionales**

De manera adicional, se asistió a los siguientes congresos/eventos académicos:

- *8e Journée scientifique du Département de psychologie* (11 avril 2014), llevada a cabo en la *Université de Montréal*. Fue de destacar la conferencia magistral de "Envejecer con un cerebro saludable: los beneficios del entrenamiento cognitivo y la actividad física en personas mayores".
- *Journée annuelle du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal* (29 mai 2014), llevada a cabo en el *Institut Philippe-Pinel de Montréal*. La temática del evento giró en torno a las vías de integración psicosocial de las personas con trastornos mentales graves, y el campo de acción del especialista en salud mental.

### **3.3 Proyecto de investigación**

Una actividad que enriqueció la estancia en la Universidad de Montreal fue participar llevando a cabo un proyecto propio de investigación, por invitación de la supervisora. Por lo que se desarrolló un protocolo de investigación cuyo objetivo es validar en idioma Francés, dos instrumentos de medición cuya versión original se encuentra en Español. Los instrumentos a validar son:

- *Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30; Caballo, Salazar, Irurtia, Arias & Hofmann, 2012).*
- *Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (SPT-C; Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco & Corbella, 2003).*

Dicho protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Montreal (véase Anexo 2).

El proyecto implica de manera general las siguientes etapas para cada uno de los cuestionarios: **a)** proceso de traducción del instrumento (de español a francés), **b)** aplicación del instrumento en muestras de estudiantes universitarios, **c)** elaboración de una base de datos, **d)** análisis de las propiedades psicométricas, y **e)** redacción de un artículo.

A la fecha de entrega del presente reporte, aún se continúa trabajando en la validación de dichos instrumentos. Sin embargo, se cuenta con resultados preliminares de la validación del “Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos” (CASO-A30), los cuáles fueron presentados durante la “*8e Journée scientifique du Département de psychologie*” de la *Université de Montréal* (véase Anexo 3). Es de destacar que durante dicho evento, el trabajo mencionado ganó el premio al primer lugar por el mejor poster.

### **3.4 Relación de las actividades realizadas en la UdeM con los objetivos de formación de la residencia en Medicina Conductual**

A continuación se evalúan las actividades desarrolladas en la estancia en la Universidad de Montreal (UdeM) con los objetivos específicos de la Residencia en Medicina Conductual.

La formación de la Residencia busca (UNAM, 2012).

1. Desarrollar programas de intervención en pacientes con problema crónico a nivel individual.
2. Desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico.
3. Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.
4. Favorecer en los pacientes la adhesión a la terapéutica médica.
5. Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de problemas tales como ansiedad, depresión, estrés, habilidades de afrontamiento inadecuadas, etc.

Estos objetivos se cubrieron durante la estancia en la Universidad de Montreal, de la siguiente forma.

**Objetivo 1:** *Desarrollar programas de intervención en pacientes con problema crónico a nivel individual.*

- Durante la estancia no se desarrollaron programas propios de intervención. Sin embargo, se realizaron observaciones de las intervenciones cognitivo-conductuales que ha implementado la Dra. Tania Lecomte sobre rehabilitación del paciente crónico. Por ejemplo, a través de la utilización de su manual "*Thérapie cognitive-comportementale (TCC): cahier du participant et manuel destiné aux cliniciens*" (Lecomte et al., 2003), donde se describen distintos componentes de la TCC aplicada en una modalidad grupal. Así mismo, en su libro "*Manuel de réadaptation psychiatrique*" (Lecomte & Leclerc, 2012) es posible encontrar revisiones sobre distintas técnicas y procedimientos de intervención.

**Objetivo 2:** *Desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico.*

- Complementario al punto anterior, con la asistencia al curso de "*Contributions psychologiques à la santé*", se pudieron reforzar fundamentos teóricos sobre procedimientos específicos para problemas psicológicos derivados de enfermedades orgánicas. Adicionalmente, el Dr. Serge Sultan (profesor del curso) explicó al grupo algunas técnicas de intervención usadas por él en su práctica clínica, tanto en pacientes diabéticos como en oncológicos.

**Objetivo 3:** *Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.*

- Precisamente una de las líneas de acción de los programas de rehabilitación de la Dra. Tania Lecomte, es lograr modificaciones en el comportamiento de los pacientes, para evitar y disminuir la probabilidad de complicaciones no deseadas.

**Objetivo 4:** *Favorecer en los pacientes la adhesión a la terapéutica médica.*

- De la misma manera, dentro de los programas de intervención de la Dra. Tania Lecomte, está el asegurar la adhesión a los medicamentos (antipsicóticos). Por ejemplo, a través del uso de procedimientos de la *Entrevista Motivacional*, la cual ha demostrado ser efectiva en el manejo de enfermedades crónicas.

**Objetivo 5:** *Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de problemas tales como ansiedad, depresión, estrés, habilidades de afrontamiento inadecuadas, etc.*

- Procedimientos específicos de intervención para cada uno de estos problemas, fueron abordados tanto en los cursos tomados, como en los proyectos de rehabilitación de la Dra. Tania Lecomte. Por ejemplo, dentro del manual de "*Thérapie cognitive-comportementale (TCC): cahier du participant et manuel destiné aux cliniciens*" (Lecomte et al., 2003), se incluyen módulos específicos para: manejo del estrés, control del estado de ánimo, "coping" y competencia personal, verificación de

hipótesis (reestructuración cognitiva) y búsqueda de alternativas (solución de problemas). Así mismo, en el libro "*Manuel de réadaptation psychiatrique*" (Lecomte & Leclerc, 2012) es posible encontrar revisiones sobre la aplicación de estos y otros procedimientos de intervención.

Adicionalmente, durante la estancia se pudieron reforzar conocimientos y habilidades referentes a distintas técnicas y procedimientos de evaluación psicológica; tales como la aplicación de la prueba STAND (Lysaker et al., 2003) y la entrevista SCID (First et al., 1997), así como el proceso de validación en idioma francés del CASO-A30 (Caballo et al., 2012) y del PST-Q (Fernández-Álvarez et al., 2003). Lo cual es importante, ya que como sabemos, el implementar adecuados procedimientos de medición y evaluación, es fundamental para la correcta planeación y puesta en marcha de programas de tratamiento eficaces.

Para concluir, tomando en cuenta todo lo mencionado anteriormente, se puede decir que durante la estancia académica en la Universidad de Montreal, se alcanzaron objetivos de formación relacionados con el fortalecimiento de habilidades clínicas y de investigación, especializadas en la atención a la salud. Con lo cual es posible cumplir con los objetivos del programa de Residencia en Medicina Conductual de la UNAM.

## REFERENCIAS

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., ...Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- Albrecht, G. L. & Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48(8), 977-988.
- Alonso, J., Ferrer, M., Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Mosconi, P., ...Iqola Project Group (2004). Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) project. *Quality of Life Research*, 13(2), 283-298.
- Alpuche, V. J. & Noguera, M. J. (2010). *Manual de procedimientos del residente en medicina conductual* –Hospital General de Atizapán, servicio de Medicina Interna– (manuscrito no publicado).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed. texto revisado, DSM-IV-TR). Washington, DC: Autor.
- Bakas, T., McLennon, S., Carpenter, J., Buelow, J., Otte, J., Hanna, K., ...Welch, J. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 134.
- Bergner, M, Bobbitt, R. A., Carter, W. B., & Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19(8), 787-805.
- Bernabeu-Wittel, M., Jadad, A., Moreno-Gaviño, L., Hernández-Quiles, C., Toscano, F., Cassani, M., Ramírez, N. & Ollero-Baturone, M. (2010). Peeking through the cracks: An assessment of the prevalence, clinical characteristics and health-related quality of life (HRQoL) of people with polyopathy in a hospital setting. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51, 185-191.

- Blakemore, A., Dickens, C., Guthrie, E., Bower, P., Kontopantelis, E., Afzal, C. & Coventry, P. A. (2014). Depression and anxiety predict health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9, 501-512.
- Blane, D., Higgs, P., Hyde, M. & Wiggins, R. (2004). Life course influences on quality of life in early old age. *Social Science and Medicine*, 58(11), 2171-2179.
- Bravo, M. A. & Vázquez, F. (2013a, junio). *Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes descompensada*. VI Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud (MÉXICO).
- Bravo, M. A. & Vázquez, F. (2013b, julio). *Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes del servicio de medicina interna del Hospital General de Atizapán*. 7th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies (PERÚ).
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G. & CISO-A Research Team (2012). The multidimensional nature and multicultural validity of a new measure of social anxiety: The Social Anxiety Questionnaire for Adults. *Behavior Therapy*, 43, 313-328.
- DeSalvo, K., Bloser, N., Reynolds, K., He J. & Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question: A meta-analysis. *Gen Intern Med*, 21(3), 267-75.
- The DCCT Research Group (1988). Reliability and validity of a diabetes quality-of-life measure for the diabetes control and complications trial (DCCT). *Diabetes Care*, 11(9), 725-732.
- Dobbie, M. & Mellor, D. (2008). Chronic illness and its impact: Considerations for psychologists. *Psychology, Health & Medicine*, 13(5), 583-590.
- The EuroQol Group (1990). EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208.
- The EuroQol Group (2013). EQ-5D-5L User Guide: Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. *Disponible en:*  
<http://www.euroqol.org/about-eq-5d/publications/user-guide.html>

- Fauci, S. F., Braunwald, E., Kasper, D. L. Huse, L. H., Longo, D. L., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (2008). *Harrison, Principios de medicina interna* (17 edición). McGrawHill: México.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. & Corbella, S. (2003) Assessment Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116-125.
- Ferrucci, L., Baldasseroni, S., Bandinelli, S., de Alfieri, W. Cartei, A., Calvani, D., ...Marchionni (2000). Disease severity and health-related quality of life across different chronic conditions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(11), 1490-1495.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fisher, E. B., Fitzgibbon, M. L., Glasgow, R. E., Haire-Joshu, D., Hayman, L. L., Kaplan, R. M., Nanney, M. S. & Ockene, J. K. (2011). Behavior Matters. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(5), 15-30.
- Fortin, M., Dubois, M., Hudon, C., Soubhi, H., & Almirall, J. (2007). Multimorbidity and quality of life: a closer look. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 52.
- García P. G., Arzate J., Bailón, C., Martínez, L. B., Torres, T., Castro, M., ...Padilla, S. H. (2008). Psicología de enlace en medicina interna. *Medicina Interna de Mexico*, 24(3), 186-192.
- García-Viniegras, C. R. & Rodríguez, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6(4), 1-9.
- Gutteling, J. J., de Man, R. A., Busschbach, J. J. & Darlington, A. S. (2007). Overview of research on health-related quality of life in patients with chronic liver disease. *The Netherlands Journal of Medicine*, 65(7), 227-234.
- Helvik, A. S., Engedal, K. & Selbaek, G. (2010). The quality of life and factors associated with it in the medically hospitalised elderly. *Aging & Mental Health*, 14(7), 861-869.

- Herdman, M. Gudex, C. Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., Bonser, G. & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20(10), 1727-36.
- Hofhuis, J. G., Spronk, P. E., van Stel, H. F., Schrijvers, G. J., Rommes, J. H. & Bakker, J. (2008). The impact of critical illness on perceived health-related quality of life during ICU treatment, hospital stay, and after hospital discharge: A long-term follow-up study. *CHEST*, 133(2), 377-385.
- Hospital General de Atizapán (2014). Sistema Automático de Egresos Hospitalarios: Principales causas de mortalidad hospitalaria (datos internos del HGA, año 2014).
- Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, J., Williams, J. & Papp, E. (1981). The Nottingham health profile: Subjective health status and medical consultations. *Social Science & Medicine –Part A: Medical Psychology & Medical Sociology–*, 15(3), 221-229.
- Labiano, M. (2000). Introducción a la psicología de la salud. En L. A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (p. 3-21). México: Cengage Learning.
- Lam, J. M. & Wodchis, W. P. (2010). The relationship of 60 disease diagnoses and 15 conditions to preference-based health-related quality of life in Ontario Hospital-based long-term care residents. *Medical Care*, 48(4), 380-387.
- Lecomte, T. & Leclerc, C. (2012). *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Canadá: Les Presses de l'Université du Québec.
- Lecomte T., Leclerc, C. & Wykes, T. (2003). *Thérapie cognitive-comportementale (TCC): Cahier du participant et manuel destiné aux cliniciens*. Laboratoire L'ESPOIR, Université de Montréal.
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ...Ezzati, M. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2224-2260.

- Lloyd, A., Sawyer, W. & Hopkinson, P. (2001). Impact of long-term complications on quality of life in patients with type 2 Diabetes not using insulin. *Value in Health*, 4, 392-400.
- Lysaker, P. H., Wickett, A. M., Campbell, K. & Buck, K. (2003). Movement toward coherence in the psychotherapy of schizophrenia: A method for assessing narrative transformation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 538-541
- Mata, C., Roset, G., Badia, X., Anóñanzas, V. & Rigel A. (2003). Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. *Atención Primaria*, 31(8), 493-499.
- Mo, F., Choi, B., Li, F. & Merrick, J. (2004). Using Health Utility Index (HUI) for measuring the impact on health-related quality of Life (HRQL) among individuals with chronic diseases. *The Scientific World Journal*, 4, 746-757.
- Morrison, V. & Bennett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. España: Pearson Prentice Hall.
- Organización Mundial de la Salud (1946). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2014). Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf?ua=1)
- Patrick, D. L., Kinne, S., Engelberg, R. & Pearlman, R. (2000). Functional status and perceived quality of life in adults with and without chronic conditions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(8), 779-785.
- Pérez, M. A., Martín, A., Galán, A., & Blanco, A. (2005). Calidad de vida en la salud: Algunas investigaciones en el ámbito hospitalario. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 64-72.
- Pomerleau, O. F. (1979). Behavioral Medicine: The contribution of the experimental analysis of behavior to medical care. *American Psychologist*, 34(8), 654-663.
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.

- Ritz, E., Rychlík, I., Locatelli, F. & Halimi, S. (1999). End-stage renal failure in type 2 diabetes: A medical catastrophe of worldwide dimensions. *American Journal of Kidney Diseases*, 34(5), 795-808.
- Riveros, A., Castro, C. G. & Lara-Tapia, H. (2009). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 291-304.
- Riveros A., Sánchez-Sosa J. J. & Del Águila M. (2009). *Manual Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)*. México: Manual Moderno
- Robles, R. (2000). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En L. A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (p. 249-275). México: Cengage Learning.
- Saarni, S., Härkänen, T., Sintonen, H., Suvisaari, J., Koskinen, S., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. (2006). The impact of 29 chronic conditions on health-related quality of life: A general population survey in Finland using 15D and EQ-5D. *Quality of Life Research*, 15(8), 1403-1414.
- Schwartz, G. E. & Weiss, S. M. (1978). Behavioral Medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(3), 249-251.
- Sheehan, D. V., Lecrubrer, Y., Harnett-Sheehan, K., Javans, J., Weiller, E., Bonora, L. I. *et al.* (1997). Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry*, 12, 232-241.
- Sousa, K. H. & Kwok, O. M. (2006). Putting Wilson and Cleary to the test: Analysis of a HRQOL conceptual model using structural equation modeling. *Quality of Life Research*, 15(4), 725-737.
- Sprangers, M., de Regt, E., Andries, F., van Agt, H., Bijl, R., de Boer, J., ...de Haes, H. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(9), 895-907.
- Sprangers, M. & Schwartz, C. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: A theoretical model. *Social Science & Medicine*, 48(11), 1507-1515.
- Tobón, S., Vinaccia, S. & Sandín, B. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades inflamatorias intestinales. En L. A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (p. 345-354). México: Cengage Learning.

- Tuesca, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*, 21, 76-86.
- Universidad Nacional Autónoma de México (2012). Programa de maestría y doctorado en Psicología. Disponible en: <http://www.posgrado.unam.mx/psicologia/>
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138, 358-365.
- Urzúa, A. & Jarne, A. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Revista Interamericana de Psicología*, 42(1), 151-160.
- Valderrábano, F., Jofre, R. & López, J. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 38(3), 443-464.
- Velarde, E. & Ávila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44(4), 349-361.
- Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., da Silva, A. M. & Mendonça, D. (2014). Psychosocial factors as predictors of quality of life in chronic portuguese patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 3.
- Vinaccia, S. & Quiceno, J. M. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: Estudios colombianos. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 6(1), 123-136.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403 – 1409.
- The WHOQOL Group (1998a). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46 (12), 1569-1585.
- The WHOQOL Group. (1998b). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.

- Wang, H. M., Beyer, M., Gensichen, J. & Gerlach, F. (2008). Health-related quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany: Cross sectional survey. *BMC Public Health*, 8(1), 246.
- Ware, J., Jr., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Wee, H., Cheung, Y., Li, S., Fong, K. & Thumboo, J. (2005). The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health-related quality of life: Is the whole greater than the sum of its parts?. *Health and quality of life outcomes*, 3(1), 2.
- Wilson, I. B. & Cleary P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *The Journal of the American Medical Association*, 273(1), 59-65.

# **ANEXO 1**

Cuestionario EQ-5D-5L  
Versión en español para México

Debajo de cada enunciado, marque UNA casilla, la que mejor describa su salud HOY

### **MOVILIDAD**

- No tengo problemas para caminar
- Tengo problemas leves para caminar
- Tengo problemas moderados para caminar
- Tengo problemas graves para caminar
- No puedo caminar

### **CUIDADO PERSONAL**

- No tengo problemas para lavarme o vestirme
- Tengo problemas leves para lavarme o vestirme
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme
- No puedo lavarme o vestirme

### **ACTIVIDADES COTIDIANAS** (ej. trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o recreativas)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas
- No puedo realizar mis actividades cotidianas

### **DOLOR/MALESTAR**

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo dolor o malestar leves
- Tengo dolor o malestar moderados
- Tengo dolor o malestar fuertes
- Tengo dolor o malestar extremos

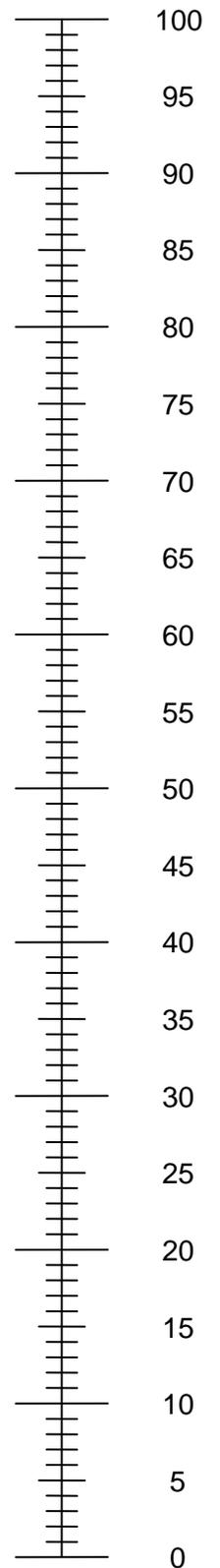
### **ANSIEDAD/DEPRESIÓN**

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy levemente ansioso o deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido
- Estoy extremadamente ansioso o deprimido

- Nos gustaría conocer qué tan buena o mala es su salud el día de HOY.
- La escala está numerada del 0 al 100.
- 100 representa la mejor salud que se pueda imaginar.  
0 representa la peor salud que se pueda imaginar.
- Marque con una X en la escala para indicar su estado de salud el día de HOY.
- Ahora, escriba en la casilla que encontrará a continuación el número que ha marcado en la escala.

SU ESTADO DE SALUD HOY =

La mejor salud que se pueda imaginar



La peor salud que se pueda imaginar

## **ANEXO 2**

Aprobación del proyecto de investigación por parte del  
Comité de Ética de la Universidad de Montreal

---

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA  
FACULTÉ DES ARTS ET DES SCIENCES (CERFAS)**

**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE**

---

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences, selon les procédures en vigueur et en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* de l'Université de Montréal :

TITRE : *Validation de deux questionnaires : CASO-A30 et SPT-C*

REQUÉRANTS : *BRAVO CALDERON, Marcelo Archibaldo (matricule 1065485),  
étudiant à la maîtrise, programmes d'échanges, Département de  
psychologie*

*sous la direction de :*

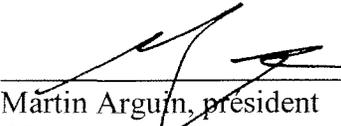
*LECOMTE, Tania, professeure agrégée, Département de psychologie*

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche devra être communiqué au CERFAS qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave devra être immédiatement signalé au CERFAS.

Selon les exigences éthiques en vigueur, **un suivi annuel est minimalement exigé afin de maintenir la validité de ce certificat**, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi peut être consulté sur la page Web du CERFAS.

  
Mártin Arguin, président  
CERFAS

Date de délivrance : 2014/03/31  
AAAA / MM / JJ

Date d'échéance : 2015/04/01  
AAAA / MM / JJ

## **ANEXO 3**

Resultados preliminares de la validación en francés del  
“Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos”

# Propriétés psychométriques de la version française du Questionnaire d'Anxiété Sociale pour Adultes (SAQ-A30): Résultats préliminaires

Archibaldo Bravo <sup>1,2</sup> & Tania Lecomte <sup>1</sup>

<sup>1</sup> UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, <sup>2</sup> UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



## Introduction

La **phobie sociale** (ou trouble d'anxiété sociale) consiste essentiellement en une peur intense et persistante d'une ou plusieurs situations sociales ou de situations de performance (American Psychiatric Association, 2000). Selon diverses études (Acarturk, Ron de Graaf, van Straten, ten Have & Cuijpers, 2008; Chartier, Walker & Stein, 2003; Furmark, 2002; Simon et al., 2002; Stein, Torgrud & Walker, 2000; Torgrud et al., 2004), ce trouble présente une grande comorbidité, est associé à une détérioration de la qualité de vie, à une baisse du soutien social, et aux difficultés scolaires, sociales, et au travail.

Il est donc fondamental de disposer des instruments adéquats qui évaluent la présence et la gravité de la phobie sociale, autant pour détecter des cas que pour évaluer l'efficacité des traitements utilisés.

Le **Questionnaire d'Anxiété Sociale pour Adultes** (*The Social Anxiety Questionnaire for Adults*, SAQ-A30; Caballo et al., 2012), est un nouvel instrument pour l'évaluation de la phobie sociale. Il est constitué de 30 items (plus deux items de contrôle) qui sont groupés en 5 facteurs, et a démontré posséder d'excellentes propriétés psychométriques. La version finale du SAQ-A30 a impliqué la participation des échantillons cliniques (n = 539) et non cliniques (n = 15 733), en provenance 20 pays différents.

L'**objectif** de ce travail est d'exposer les résultats préliminaires de la version française du SAQ-A30. Deux études seront présentées : 1) Traduction de la version originale (en espagnol) vers le français, et 2) Analyse des propriétés psychométriques préliminaires.

## Étude 1: Traduction vers le français

La version originale du *Questionnaire d'Anxiété Sociale pour Adultes* (voir Caballo et al., 2010), a été traduite de façon indépendante par deux traducteurs spécialisés espagnol-français. Les traductions ont ensuite été comparées et les différences de traduction résolues. Un troisième traducteur de langue maternelle espagnole et possédant des connaissances en matière de phobie sociale (A.B) en a fait la contre-traduction. Cette contre-traduction a été confrontée à la version originale (en espagnol), afin d'assurer l'équivalence linguistique entre celles-ci. La version définitive en français a été obtenue, après avoir apporté quelques modifications, et avoir fait réviser le français par un réviseur de langue française. Le *Tableau 1* présente le résultat de ce processus de traduction.

**Tableau 1.** Comparaison entre les items de la version originale du SAQ-A30, et ceux de la version traduite vers le français.

	Version originale en espagnol	Version en français
1	Saludar a una persona y no ser correspondido/a	Saluer quelqu'un sans être salué en retour
2	Tener que decirle a un vecino que deje de hacer ruido	Demander à un voisin de cesser de faire du bruit
3	Hablar en público	Parler en public
4	Pedirle a una persona atractiva del sexo opuesto que salga conmigo	Inviter une personne attirante du sexe opposé à sortir avec moi
5	Quejarme a un camarero de que la comida no está a mi gusto	Me plaindre à un serveur que la nourriture n'est pas à mon goût
6	Sentirme observado/a por personas del sexo opuesto	Me sentir observé par des personnes du sexe opposé
7	Participar en una reunión con personas de autoridad	Participer à une réunion avec des personnes en position d'autorité
8	Hablar con alguien y que no me preste atención	Parler à quelqu'un qui ne me prête pas attention
9	Decir que no cuando me piden algo que me molesta hacer	Répondre « non » lorsqu'on me demande de faire quelque chose qui me dérange
10	Que me atraque o robe una pandilla de delincuentes armados*	Être attaqué ou volé par une bande de délinquants armés*
11	Hacer nuevos amigos	Me faire de nouveaux amis
12	Decirle a alguien que ha herido mis sentimientos	Dire à une personne qu'elle m'a blessé
13	Tener que hablar en clase, en el trabajo o en una reunión	Parler en classe, au travail ou lors d'une réunion
14	Mantener una conversación con una persona a la que acabo de conocer	Converser avec quelqu'un que je viens de rencontrer
15	Expresar mi enfado a una persona que se está metiendo conmigo	Exprimer ma colère à l'égard de quelqu'un qui s'en prend à moi
16	Saludar a cada uno de los asistentes a una reunión social cuando a muchos no los conozco	Saluer les participants à une réunion même si plusieurs me sont inconnus
17	Que me gasten una broma en público	Être l'objet d'une plaisanterie en public
18	Hablar con gente que no conozco en fiestas y reuniones	Parler à des inconnus lors de festivités ou de réunions
19	Que me pregunte un profesor en clase o un superior en una reunión	Répondre à la question d'un professeur ou d'un supérieur durant une réunion
20	Mirar a los ojos mientras hablo con una persona a la que acabo de conocer	Regarder dans les yeux quelqu'un que je viens de rencontrer pendant que je lui parle
21	Que una persona que me atrae me pida que salga con ella	Une personne qui m'attire m'invite à sortir avec elle
22	Equivocarme delante de la gente	Me tromper devant les gens
23	Ir a un acto social donde sólo conozco a una persona	Aller à un événement social où je ne connais qu'une personne
24	Iniciar una conversación con una persona del sexo opuesto que me gusta	Engager une conversation avec une personne du sexe opposé qui me plaît
25	Que me echen en cara algo que he hecho mal	Me faire réprimander pour quelque chose que j'ai mal fait
26	Que en una cena con compañeros me obliguen a dirigir la palabra en nombre de todos	Être obligé de prendre la parole au nom de tous au cours d'un repas avec des collègues
27	Que un ser querido caiga gravemente enfermo*	Un être cher tombe gravement malade*
28	Decir a alguien que su comportamiento me está molestando y pedir que deje de hacerlo	Dire à quelqu'un que son comportement me dérange et lui demander d'arrêter
29	Sacar a bailar a una persona que me atrae	Inviter à danser quelqu'un qui m'attire
30	Que me critiquen	Me faire critiquer
31	Hablar con un superior o una persona con autoridad	Parler avec un supérieur ou une personne en position d'autorité
32	Decirle a una persona que me atrae que me gustaría conocerla mejor	Dire à une personne qui m'attire que je souhaiterais mieux la connaître

\*Les items 10 et 27 ne sont pas pris en compte dans les analyses, ils sont items de contrôle (un score de 1 ou 2 est suspect et non attendu).

## Étude 2: Propriétés psychométriques

Le nombre de **participants** recrutés à ce jour est de 50 étudiants de l'Université de Montréal. Chaque participant a rempli un formulaire de données socio-démographiques, ainsi que les versions en français du *Questionnaire d'Anxiété Sociale pour Adultes* (SAQ-A30), et de l'*Échelle d'Anxiété Sociale de Liebowitz* (LSAS; Heeren et al., 2012).

Cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université de Montréal.

## Étude 2 (résultats)

Cinq participants ont été éliminés pour avoir laissé un ou plusieurs items sans réponse, ou pour avoir obtenu dans les items de contrôle du SAQ-A30 un score de 1 ou 2 (score suspect et non attendu).

Le **score moyen** du SAQ-A30 chez les hommes est de 77.50 (*SD* = 12.90), et de 83.66 (*SD* = 16.61) chez les femmes. Pour évaluer cette différence, un test *t* de Student pour échantillons indépendants a été effectué; sans qu'on ne constate de différences significatives (*t* = -1.32, *df* = 24.51, *n.s.*). Dans le *Tableau 2* sont présentées les moyennes de chaque item.

La **cohérence interne** alpha de Cronbach est de .903 pour l'échelle totale. Le score moyen pour chaque item va de 1.94 (item 16) à 3.57 (item 4). L'étendue de la corrélation de chaque item avec le score total corrigé –score total sans prendre en compte l'item mentionné– change de .219 (item 8) à .669 (item 32). Finalement, on constate que la suppression d'aucun item augmente de manière importante l'alpha de Cronbach total; indiquant que tous les items sont adéquats (voir *Tableau 2*).

**Tableau 2.** Pour chacun des items sont présentés le score moyen, l'écart type, la corrélation item-total corrigé, et l'alpha de Cronbach total en cas de suppression de l'item.

Item	Moyenne	Ecart type	Corrélation item-total corrigé	α en cas de suppression de l'item
1	2,81	,83	,300	,903
2	3,13	1,13	,537	,899
3	2,66	1,24	,473	,900
4	3,57	1,12	,578	,898
5	3,26	1,09	,506	,899
6	2,45	1,04	,243	,904
7	2,64	1,01	,316	,903
8	3,00	1,06	,219	,905
9	2,45	1,00	,438	,901
10*	---	---	---	---
11	2,17	,99	,489	,900
12	2,66	1,01	,473	,900
13	2,30	1,00	,522	,899
14	2,13	,97	,543	,899
15	2,62	1,13	,425	,901
16	1,94	,94	,433	,901
17	3,30	1,08	,452	,900
18	2,17	,99	,542	,899
19	2,60	,93	,540	,899
20	1,96	,93	,232	,904
21	2,49	1,10	,307	,903
22	2,98	,94	,531	,899
23	2,66	1,13	,551	,899
24	2,91	,91	,657	,897
25	3,45	,93	,410	,901
26	2,66	1,15	,462	,900
27*	---	---	---	---
28	3,02	,82	,674	,897
29	3,15	1,16	,465	,900
30	3,34	1,09	,548	,899
31	2,55	1,04	,438	,901
32	3,09	1,04	,669	,897

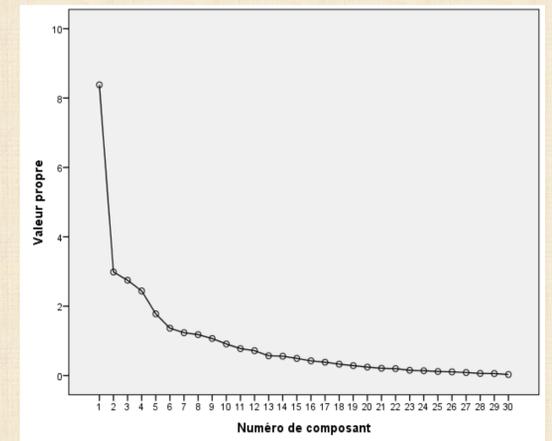
\*Les items 10 et 27 ne sont pas pris en compte dans les analyses, ils sont items de contrôle.

## Étude 2 (résultats) suite

Avec l'intention d'évaluer la **validité de convergence**, des corrélations de Pearson ont été effectuées entre le score total du SAQ-A30 et celui du LSAS et ses sous-échelles. La corrélation la plus grande s'est avérée être avec la sous-échelle d'anxiété (*r* = .698, *p* < .001), suivie du score total du LSAS (*r* = .523, *p* < .001), et finalement avec la sous-échelle d'évitement (*r* = .293, *p* < .05).

Pour évaluer la **structure factorielle** du SAQ-A30, une analyse exploratoire en composantes principales avec rotation Oblimin, a été réalisée. On a obtenu 9 facteurs ayant une valeur propre supérieure à 1, expliquant 77.23% de la variance (voir *Figure 1*). Cependant, la plupart des items sont regroupés en seulement 5 facteurs, lesquels apparemment ne correspondent pas à la solution factorielle de l'article original (Caballo et al., 2012). La structure trouvée n'est pas très claire, il faut réaliser de nouvelles analyses factorielles avec des échantillons plus grands afin de trouver la meilleure structure pour la version française du SAQ-A30.

**Figure 1.** Graphique *Sree plot*, dans lequel on peut observer les valeurs propres de chaque facteur.



## Conclusions

La version française du *Questionnaire d'Anxiété sociale pour Adultes* (SAQ-A30) semble posséder de bonnes propriétés psychométriques. Cependant, il faut continuer à évaluer ses propriétés, en utilisant des échantillons cliniques et non cliniques; et de cette façon, obtenir des évidences plus solides démontrant que cet instrument est un outil valide et fiable d'évaluation de la phobie sociale.

contact: [archi6886@yahoo.com](mailto:archi6886@yahoo.com)



## REFERENCES

Acarturk, C., Ron de Graaf, van Straten, A., ten Have, M., & Cuijpers, P. (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 273-279.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., texto revisado, DSM-IV-TR). Washington, DC: Autor.

Caballo, V.E., Salazar, I.C., Arias, B., Irujo, M.J., Calderero, M., & Equipo de Investigación CISO-A España (2010). *Psicología Conductual*, 18, 5-34.

Caballo, V.E., Salazar, I.C., Irujo, M.J., Arias, B., & Hofmann, S.G. (2012). The multidimensional nature and multicultural validity of a new measure of social anxiety: The Social Anxiety Questionnaire for Adults (SAQ-A30). *Behavior Therapy*, 43, 313-328.

Chartier, M. J., Walker, J. R. & Stein, M. B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38, 728-734.

Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.

Simon, N. M., Otto, M. W., Korbly, N. B., Peters, P. M., Nicolau, D. C. & Pollack, M. H. (2002). Quality of life in social anxiety disorder compared with panic disorder and the general population. *Psychiatric Services*, 53(6), 714-718.

Stein, M. B., Torgrud, L. J. & Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Findings from a community survey. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 1046-1052.

Torgud, L. J., Walker, J. R., Murray, L., Cox, B. J., Chartier, M. & Kjemistad, K. D. (2004). Deficits in perceived social support associated with generalized social phobia. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33(2), 67-96.