

Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado e

Investigación



Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Estudio del Estado Actual de la Calidad de vida en  
pacientes con Esquizofrenia que llevan seguimiento en el  
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

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

**Rodrigo Gustavo Castellanos Garza**

Asesor teórico:

Dr. Fernando Corona Hernández

Asesor Metodológico:

Dr. Pablo Vera Flores

Ciudad de México, 25 de agosto del 2022



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



*Por alentarme siempre; a mi madre, mis hermanos y Alejandra.*

*Por sus enseñanzas; Dr. Corona, Dr. Echaide, Dr. Vera y Dra. Garza.*

*Por ser mi guía, aunque ya no esté; a mi padre.*

*Gracias.*

*A los pacientes; prometo seguir luchando para aliviar su sufrimiento.*

# TÍTULO DEL PROTOCOLO

Estudio del Estado Actual de la Calidad de Vida en pacientes con esquizofrenia que llevan seguimiento en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

## Contenido

<b><u>I. RESUMEN.....</u></b>	<b><u>3</u></b>
<b><u>II. INTRODUCCIÓN.....</u></b>	<b><u>4</u></b>
<b><u>III. MARCO TEÓRICO.....</u></b>	<b><u>5</u></b>
3.1 ANTECEDENTES.....	5
3.2 ESQUIZOFRENIA .....	5
3.3 FACTORES, MECANISMOS Y MODELOS DE LA ESQUIZOFRENIA .....	6
3.4 METAS DEL TRATAMIENTO EN ESQUIZOFRENIA.....	7
3.4.1 REMISIÓN SINTOMÁTICA.....	7
3.4.2 RECUPERACIÓN FUNCIONAL.....	8
<b><u>IV. MATERIAL Y MÉTODO.....</u></b>	<b><u>10</u></b>
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	10
4.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	11
4.3 JUSTIFICACIÓN .....	11
4.4 OBJETIVOS .....	12
4.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	12
4.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
4.5 HIPÓTESIS.....	12
4.6 TIPO DE ESTUDIO.....	13
4.7 MUESTRA .....	13
4.8 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	13
4.8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	13
4.8.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	13
4.9 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES .....	14
4.10 ALCANCES DEL ESTUDIO .....	15
4.11 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....	15
4.12 PROCEDIMIENTO .....	17
4.13 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	17
4.14 CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	17
<b><u>V. RESULTADOS.....</u></b>	<b><u>19</u></b>
<b><u>IV. DISCUSIÓN.....</u></b>	<b><u>21</u></b>

**VII. CONCLUSIONES ..... 23**

**VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 24**

**IX. ANEXOS ..... 27**

**9.1 CUESTIONARIO DE SALUD SF-36..... 27**

**9.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ..... 31**

**9.3 DECLARACIÓN DE NO CONFLICTO DE INTERESES ..... 32**

**9.4 CARTA DE ACEPTACIÓN ..... 33**

## **I. Resumen**

**INTRODUCCIÓN:** En años recientes las metas del tratamiento en pacientes con esquizofrenia, a nivel internacional, han cambiado. Hoy en día se ha incluido la calidad de vida como parte de estas metas. Actualmente en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” sólo se evalúa de manera consistente y objetiva la remisión sintomática; desconociéndose cómo es la calidad de vida en las personas que padecen esquizofrenia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional descriptivo con una muestra que incluyó a 85 pacientes que llevan seguimiento en este hospital con diagnóstico confirmado de esquizofrenia, a los que se les aplicó el cuestionario de salud SF-36 para determinar su calidad de vida para describir cuál es el estado actual en el que se encuentran los pacientes con esquizofrenia que llevan seguimiento en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

**RESULTADOS:** Este estudio encontró que el dominio de calidad de vida con peor desempeño medido por SF-36 es la limitación del rol emocional, con una media de 59.6 y percentiles 25 de 33.33. Se encontró que las medias para salud mental ( $p=0.024$ ), vitalidad ( $p=0.002$ ) y función social ( $p=0.056$ ) son significativamente distintas según el estado civil, así como para limitación del rol emocional ( $p=0.024$ ) según el nivel socioeconómico.

**CONCLUSIONES:** Este estudio encontró que los pacientes que padecen esquizofrenia presentan un deterioro en su calidad de vida, principalmente en el dominio de la limitación del rol emocional, probablemente derivado de la carga sintomática y del estigma que estos pacientes afrontan cotidianamente. Señalamos la importancia de estudiar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia para poder atender y dar seguimiento a las necesidades específicas que pudieran tener y generar intervenciones enfocadas en su bienestar.

**PALABRAS CLAVE:** Esquizofrenia, Calidad de vida, Remisión Sintomática, Recuperación Funcional.

## II. Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental grave y crónico, con un curso heterogéneo y variable, frecuentemente marcado por múltiples recaídas y pobre funcionalidad, se caracteriza por síntomas psicóticos, síntomas negativos y déficits cognitivos.

A pesar de que este síndrome psiquiátrico solo afecta al 1% de la población, se encuentra dentro de las 10 causas de discapacidad a nivel mundial dado que los pacientes que sufren de este trastorno enfrentan dificultades significativas e incapacitantes<sup>1,2,3</sup>.

Históricamente, los tratamientos farmacológicos e intervenciones psicoterapéuticas se han enfocado en aminorar la carga sintomática y mejorar la funcionalidad, sin embargo, se ha comprobado que el alivio de estos no necesariamente influye en la calidad de vida de los pacientes. Actualmente los abordajes se enfocan hacia la remisión sintomática, y existe poca evidencia respecto a la calidad de vida y la recuperación funcional en los pacientes con esquizofrenia que llevan seguimiento en la consulta externa. La presente tesis busca encontrar el estado actual de la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia que llevan seguimiento en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.



### **III. Marco Teórico**

#### **3.1 Antecedentes**

Con el pasar de los años, los objetivos terapéuticos para la esquizofrenia se han transformado; en la actualidad, de manera internacional, se ha optado por incluir dentro de las metas terapéuticas a la calidad de vida, la recuperación funcional y otras vivencias subjetivas del paciente que vive con esta enfermedad mental. Cotidianamente, en el servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, sólo se evalúa de manera consistente la remisión sintomática sostenida, omitiendo frecuentemente la evaluación objetiva de la calidad de vida y su relación con la recuperación funcional.

#### **3.2 Esquizofrenia**

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más severas que impacta múltiples áreas de la vida, con manifestaciones clínicas que suelen ser crónicas, de curso variable, impredecible y heterogéneo; representa una gran carga de salud, siendo una de las primeras 10 causas que condicionan discapacidad a nivel mundial debido a los costos atribuibles al inicio en la adolescencia tardía o adultez temprana, a las discapacidades sociales, pobre funcionalidad laboral, una esperanza de vida reducida por múltiples factores como lo son la carga sintomática, una alta tasa de suicidios, comorbilidades con otras enfermedades metabólicas, autocuidado deficiente, entre otros; a pesar de contar con una prevalencia mundial del 1% de la población<sup>1,2,3,5,6,8,9,10,11,12</sup>.

Esta patología psiquiátrica se compone de síntomas psicóticos como alucinaciones, ideas delirantes y desorganización del pensamiento, síntomas negativos como afecto aplanado y apatía, aunado a déficits cognitivos como alteraciones en las funciones ejecutivas y en la memoria; así mismo, se puede acompañar de trastornos como la depresión o ansiedad<sup>1,2,3,4,8,12,13,14,18</sup>. La presentación de estos síntomas es amplia, provocando que algunos pacientes sean altamente funcionales, mientras que otros presenten un deterioro funcional severo; e incluso, a pesar de que algunos se encuentren clínicamente estables,

factores como los afectos adversos a los medicamentos, el estigma y la discriminación, contribuyen a la carga de la enfermedad<sup>1,3,5,6,8,11</sup>.

Se ha documentado en varios estudios que aquellas personas que padecen esquizofrenia tienen una peor calidad de vida en múltiples áreas de la vida en comparación a sujetos sanos; pero esta asociación puede deberse a distintas causas<sup>8,9,10,11</sup>.

### **3.3 Factores, mecanismos y modelos de la esquizofrenia**

De manera general en la patogénesis de este trastorno coinciden, durante el neurodesarrollo y poda neuronal, múltiples factores de riesgo, genéticos y ambientales, como lo son genes asociados al sistema inmune, el desarrollo del citoesqueleto y la plasticidad neuronal, así como factores ambientales como complicaciones obstétricas, trauma infantil, migración y uso de cannabis, entre otros factores<sup>1,2</sup>.

Esta convergencia de factores que interrumpen el desarrollo cerebral condicionan cambios neurobiológicos, tanto estructurales como bioquímicos, destacan una reducción global de la sustancia gris, reorganización estructural y funcional de redes cerebrales asociados a un exceso en la poda neuronal, aunado a una disregulación dopaminérgica, como en la modulación interneuronas GABAérgicas de circuitos corticales y un incremento en la síntesis de este neurotransmisor en las vías corticoestriatales; estos cambios neurobiológicos condicionan los síntomas y las alteraciones cognitivas mencionadas con anterioridad y han sido sustentados mediante la acción de fármacos que bloquean los receptores de dopamina, en específico los receptores D2<sup>1,2,3</sup>; por otra parte, se han propuesto, mediante los cambios explicados anteriormente, modelos cognitivos para entender los síntomas psicóticos y negativos, permitiendo la inclusión de las intervenciones de corte cognitivo conductual así como intervenciones psicosociales como un agregado a las intervenciones farmacológicas disponibles<sup>3</sup>.

### **3.4 Metas del tratamiento en esquizofrenia**

La esquizofrenia difiere de otras enfermedades severas en su curso y en la disponibilidad de tratamientos efectivos o con potencial curativo, además de que se le ha asociado a una alta carga económica y social, un gran nivel de discapacidad y de mal pronóstico<sup>15,21</sup>.

En 1985 fue la primera vez que se utilizó evidencia empírica para refutar esas descripciones previas sobre el pronóstico, describiendo a la enfermedad como un trastorno inherentemente catastrófico cuyo tratamiento tiene poco efecto a largo plazo<sup>15</sup>. Fue a partir de estos datos que se reorientaron las metas en el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo a las intervenciones psicosociales y cognitivas como parte del tratamiento, así mismo surgieron diferentes conceptos que describen la evolución de los pacientes, siendo el primero la remisión sintomática y la recuperación funcional.

#### **3.4.1 Remisión sintomática**

Durante muchos años, el objetivo principal del tratamiento farmacológico y de las intervenciones psicoterapéuticas fue la remisión sintomática para evitar recaídas y hospitalizaciones, entendiendo a este concepto como el estado en que el paciente demuestra mejoría trascendente y con duración de al menos 6 meses, en los síntomas predominantes de la esquizofrenia, de manera en que no interfieran significativamente en su conducta<sup>1,3,5,6</sup>; para ello se desarrollaron instrumentos clínicos y fórmulas para calcular el porcentaje de mejoría, como por ejemplo la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS, por sus siglas en inglés) o la escala breve de apreciación psiquiátrica (conocida como BPRS por sus siglas en inglés)<sup>5,6</sup>.

Sin embargo, múltiples estudios han demostrado que la mejoría sintomática no se relaciona con una mejoría en la calidad de vida, debido a que los criterios de remisión no cubren otros aspectos de la vida diaria ni consideran otros síntomas de comorbilidades asociadas<sup>5,6,7</sup>; es por ello que en años recientes, las guías clínicas e intervenciones terapéuticas se han enfocado en mejorar la calidad de vida, definiendo a este concepto como la percepción personal de bienestar y satisfacción con las circunstancias de la vida, así como de su estado de salud y acceso a oportunidades, tomando en cuenta su contexto cultural, expectativas y metas; para evaluar estos aspectos se han utilizado

múltiples herramientas como la escala de calidad de vida de la OMS y su versión breve (WHOQOL/WHOQOL-BREF) o el Cuestionario de Salud SF-36<sup>7,8</sup>.

A pesar de que este criterio se ha utilizado para determinar la respuesta a tratamiento y definir otros conceptos como lo es la resistencia a tratamiento; no incluye otros aspectos relevantes que se ven impactados por esta enfermedad, como lo son el funcionamiento psicosocial y la percepción de bienestar, es por ello que se desarrolló otro concepto, que surge de la base de la remisión sintomática y aborda estos conceptos subjetivos, la recuperación funcional.

### **3.4.2 Recuperación Funcional**

En la primera década del siglo XXI, este modelo fue incluido dentro de las políticas de salud mental en países como Australia, Irlanda, Nueva Zelanda, Inglaterra, Gales y Estados Unidos, e incluso la guía de práctica para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana<sup>19,20</sup>; a pesar de que a nivel internacional aún no existe un consenso sobre la definición de este concepto multidimensional, siendo la definición y criterios más aceptados aquellos propuestos por Liberman, quien define este concepto como aquel paciente que psicopatológicamente obtiene un puntaje igual o menor a 4 puntos en la Escala BPRS y dentro del funcionamiento psicosocial cuenta con características como no depender de subsidios, trabajo o estudios de medio tiempo o más, manejo independiente de medicamentos y dinero, que no requieran supervisión y que socialicen con pares al menos una vez por semana en un periodo de al menos 2 años<sup>4,12</sup>.

Por estas razones, las personas con esquizofrenia reciben como parte de su tratamiento varias alternativas que abarcan las dosis óptimas de antipsicóticos con la cual se busca alcanzar la remisión sintomática que fungirá como la base de la recuperación funcional; además de intervenciones psicosociales en habilidades para la socialización y apoyo laboral, psicoeducación para el paciente y sus familiares, e intervenciones cognitivas, para así alcanzar una reintegración psicosocial y alcanzar la recuperación funcional<sup>12</sup>.

A partir de la inclusión de los conceptos de calidad de vida y bienestar en los objetivos del tratamiento de la esquizofrenia, diversos autores han propuesto a la recuperación

funcional como un constructo multidimensional que parte de la remisión sintomática, como la base que permita alcanzar un mejor funcionamiento social, cognitivo y mejor calidad de vida<sup>5,6,7</sup>.

### **3.4.2.1 Calidad de vida**

La calidad de vida es un concepto subjetivo que comprende la percepción y capacidad que tiene un individuo sobre su posición en la vida en el contexto ambiental, cultural y de los sistemas de valores en los que vive en relación con sus metas, expectativas y preocupaciones<sup>8,20</sup>. Este concepto se relaciona estrechamente con la sensación de bienestar, y es el componente que se agrega a la base de la remisión sintomática para construir el concepto de recuperación funcional<sup>6,7,12</sup>.

A pesar de ser un constructo multifacético, subjetivo e individual, es posible evaluarlo mediante herramientas validadas a nivel internacional y nacional<sup>20</sup>, las cuales ponderan la función física, interacción social, síntomas físicos y otros aspectos asociados a los dominios principales relacionados con la salud, permitiendo estimar aspectos que trascienden el aspecto clínico de una enfermedad, como lo son es el bienestar físico, psíquico y social<sup>20</sup>.

Diferentes revisiones artículos de revisión<sup>6,8</sup> y ensayos clínicos<sup>21</sup> utilizan escalas como la WHOQOL, WHOQOL-BREF y SF-36 para evaluar la calidad de vida en los pacientes que sufren de esquizofrenia; e incluso es posible compararla con individuos sanos, lo que ha podido demostrar el beneficio de intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de los pacientes que padecen esquizofrenia, como lo demuestra el estudio publicado por Szortyka *et al*, en el que refuerzan el beneficio y la necesidad de complementar el tratamiento de los pacientes que padecen de esquizofrenia con programas de actividad física<sup>21</sup>.

## **IV. Material y método**

### **4.1 Planteamiento del problema**

La evidencia demuestra que la respuesta clínica que presentan los pacientes con esquizofrenia al tratamiento con antipsicóticos es variable. Se estima que del 10 al 30% de los pacientes tendrán una respuesta parcial, es decir, presentaran sintomatología psicótica persistente o residual a pesar del tratamiento<sup>1</sup>, aunado a que se ha demostrado que estos medicamentos tienen poco impacto en los síntomas negativos y cognitivos<sup>2</sup>, cual puede afectar su funcionalidad y su calidad de vida.

Respecto a la recuperación funcional, la evidencia indica que 1 de cada 7 pacientes que padecen esquizofrenia pueden alcanzar remisión sintomática y alcanzar un mejor funcionamiento social y cognitivo<sup>5</sup>, otros autores reportan que el porcentaje de los pacientes que alcanzan la recuperación varía del 13 al 50%<sup>6</sup>, esta inconsistencia pudiera estar relacionada a diferentes factores como el contexto cultural, demográfico y experiencias subjetivas individuales, además de que el concepto de recuperación funcional sigue en desarrollo, por lo que los criterios para definirlo aún no son universales<sup>5,6</sup>. Respecto a la calidad de vida en estos pacientes, se sabe por diversos metaanálisis que existen factores asociados a una peor calidad de vida como lo son la edad, el ser hombre, el tiempo de evolución de la enfermedad, el nivel socioeconómico y la presencia de efectos adversos del tratamiento, entre otros<sup>8,9</sup>.

Dado que, de manera rutinaria, sólo se toma en cuenta la remisión sintomática como indicador de mejoría, se desconoce si los pacientes con esquizofrenia que llevan seguimiento en la consulta externa del HPFBA alcanzan la recuperación funcional, ya que se desconoce con certeza el estado actual de la calidad de vida de los usuarios, por lo que esta tesis se plantea conocer dicho estado mediante la aplicación de escalas que ya se han aplicado en pacientes con esquizofrenia para determinar su calidad de vida<sup>8</sup> e intentar determinar los posibles factores asociados a la dicho concepto en los pacientes que son tratados en el hospital, lo cual se planea realizar en un par de semanas.

## **4.2 Pregunta de investigación**

¿Cuál es el estado actual de la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia que llevan seguimiento en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”?

## **4.3 Justificación**

Por mucho tiempo, solo se ha considerado a la remisión sintomática como único indicador de mejoría en los pacientes con esquizofrenia que llevan seguimiento en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, e incluso, este concepto no siempre es respaldado mediante escalas en la práctica cotidiana. Actualmente, a nivel internacional, se está buscando incluir parámetros que midan la calidad de vida dentro de los objetivos terapéuticos, ya que la búsqueda del éxito del tratamiento debe incluir aspectos como proveer una vida productiva, la autonomía y el bienestar del individuo.

En la actualidad en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, parámetros como calidad de vida y los diferentes ámbitos que la componen, no son tomados en cuenta. La aportación de este estudio es realizar un diagnóstico situacional, con la finalidad de describir el estado actual de la calidad de vida, de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, dado que es una de las patologías que con más frecuencia atendemos en nuestro nosocomio y que más generan discapacidad global a nivel mundial, por lo que es de suma importancia conocer estos indicadores y, en un futuro, poder determinar el grado de recuperación funcional que presentan estos pacientes.

Cabe resaltar que, si bien existen líneas de investigación y tesis que hablan sobre la calidad de vida en esta población, no existe alguna con el enfoque que presenta este protocolo.

## 4.4 Objetivos

### 4.4.1 Objetivo General

Describir el estado actual de la calidad de vida y los dominios que la componen en los pacientes con esquizofrenia que llevan seguimiento en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

### 4.4.2 Objetivos Específicos

- Generar una base de datos que permita evaluar otros indicadores que surgen de la calidad de vida, como la recuperación funcional
- Fomentar la medición rutinaria de otros indicadores útiles en el seguimiento de los pacientes que padecen esquizofrenia
- Lograr que futuras líneas de investigación, que estudien a los pacientes con esquizofrenia, incorporen la determinación de calidad de vida y la recuperación funcional dentro de sus variables de estudio.

## 4.5 Hipótesis

**Hipótesis de estudio:** Los pacientes con esquizofrenia que llevan seguimiento en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” presentan porcentajes cercanos a 0 en la escala SF-36 de calidad de vida.

**Hipótesis nula:** Los pacientes con esquizofrenia que llevan seguimiento en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” presentan porcentajes cercanos a 100 en la escala SF-36 de calidad de vida.

**Hipótesis alterna:** Los pacientes con esquizofrenia que llevan seguimiento en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” presentan porcentajes lejanos a 0 en la escala SF-36 de calidad de vida.



#### **4.6 Tipo de estudio**

Observacional, descriptivo.

#### **4.7 Muestra**

Se propuso la participación en el presente trabajo a los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia que lleven seguimiento en el servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

Según la información proporcionada en el registro interno de la Unidad de Servicios Ambulatorios, capturado por el departamento de Bioestadística en marzo del 2022, el servicio de consulta externa brinda seguimiento a un total de 679 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia, se calculó un tamaño de muestra probabilística de 85 pacientes considerando un nivel de confianza del 95% con un margen de error del 10%<sup>22</sup>.

#### **4.8 Criterios de selección**

##### **4.8.1 Criterios de inclusión**

1. Pacientes del HPFBA con diagnóstico confirmado de esquizofrenia asentado en el expediente clínico
2. Mayores de 18 años
3. Aceptar participar en el estudio de manera voluntaria
4. Firma de consentimiento informado

##### **4.8.2 Criterios de exclusión**

1. Pacientes del HPFBA con otro tipo de trastorno psicótico confirmado asentado en el expediente clínico
2. Pacientes que no contesten el cuestionario de manera correcta
3. Pacientes que no acepten participar

## 4.9 Descripción de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	NIVEL MEDICIÓN	UNIDADES
EDAD	Tiempo vivido	Cuantitativa Discontinua	Ficha sociodemográfica	Años
SEXO	Conjunto de características que diferencian a los hombres de las mujeres	Cualitativa Nominal	Ficha sociodemográfica	Hombre Mujer
ESTADO CIVIL	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia y que está en relación con ciertos derechos y deberes	Cualitativa Nominal	Ficha sociodemográfica	Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado
ESCOLARIDAD	Nivel máximo de estudios	Cualitativa Ordinal	Ficha sociodemográfica	Número de años
RELIGIÓN	Conjunto de creencias, normas de comportamiento y ceremonias que son propias de un grupo determinado	Cualitativa Nominal	Ficha sociodemográfica	Ninguna Ateo Católico Cristiano Testigo de Jehová Judío Otra
EMPLEO	Actividad laboral que desempeña un sujeto y que le genera algún tipo de remuneración económica	Cualitativa Nominal	Ficha sociodemográfica	Desempleado(a) Hogar Empleado(a) Informal/eventual Profesionista
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Nivel de ingresos determinado por medio de un estudio socioeconómico realizado por el servicio de Trabajo Social del hospital	Cualitativa Ordinal	Ficha sociodemográfica	1 - 5
COMORBILIDADES MÉDICAS	Otras enfermedades coexistentes en el paciente con esquizofrenia	Cualitativa Nominal	Ficha sociodemográfica	Ninguna Una Más de una
AÑOS DE EVOLUCIÓN DE ESQUIZOFRENIA	Tiempo vivido con la enfermedad	Cualitativa Intervalar	Ficha sociodemográfica	Número de años
TIPO DE ANTIPSICÓTICO	Fármaco que se utiliza para el tratamiento de psicosis	Cualitativa Nominal	Ficha sociodemográfica	Típico Atípico
AÑOS DE TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICO	Tiempo que el paciente lleva vivido recibiendo tratamiento con antipsicóticos	Cualitativa Intervalar	Ficha sociodemográfica	Número de años
HOSPITALIZACIONES EN EL ÚLTIMO AÑO	Ocasiones en las que el paciente ha requerido manejo dentro de un hospital psiquiátrico en el último año	Cualitativa Intervalar	Ficha sociodemográfica	Número de internamientos en el último año
CALIDAD DE VIDA	Es un concepto subjetivo e individual que involucra la salud física, el estado fisiológico, independencia en sus relaciones sociales y con su entorno en el contexto de cultura y sistema de valores en el que vive	Cualitativa Ordinal	Mediante los puntajes obtenidos por el cuestionario de salud SF-36.	Porcentaje obtenido en dicha escala tipo Likert.

#### **4.10 Alcances del estudio**

La presente tesis busca fomentar la utilización de otros indicadores de salud con la finalidad de promover el concepto de recuperación funcional y su inclusión en los objetivos terapéuticos de los médicos del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, además de crear una base de datos que pueda ser utilizada posteriormente.

#### **4.11 Instrumento de medición**

Se aplicó el *Cuestionario de Salud SF-36* para determinar la calidad de vida de los pacientes. Se eligió este instrumento porque ha demostrado su validez y confiabilidad en distintos contextos, cuenta con validación en nuestro país y se ha utilizado para valorar la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia<sup>8</sup>, y medir el estado funcional de individuos en ciertas regiones de nuestro país<sup>20</sup>.

El *Cuestionario de Salud SF-36* fue desarrollado a principios de los noventa en los Estados Unidos por John E. Ware y colaboradores, se encuentra validada al español desde 1995; se puntúa de mayor a menor, está compuesto por 36 preguntas que valoran estados positivos y negativos relacionados con la salud. Valora las siguientes dimensiones: Función física, Limitación de rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Limitación de rol emocional y Salud mental. Hay suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad en su traducción al español, las cuales son consistentes con su versión original; se ha comprobado su consistencia interna y reproducibilidad, capaz de detectar cambios clínicos<sup>20</sup>.

La puntuación de cada dominio es la suma ponderada de las preguntas de cada sección, posteriormente se transforma directamente en un porcentaje del 0 al 100 con la premisa de que cada pregunta tiene el mismo peso. A menor puntuación, mayor discapacidad y viceversa, por lo que una puntuación de 0 equivale a la máxima discapacidad y una puntuación de 100 equivale a ninguna discapacidad.

Este instrumento se califica de la siguiente manera:

- Las respuestas de los ítems 1, 2, 20, 22, 34 y 36 se califican: 100, 75, 50, 25 y 0
- Las respuestas de los ítems 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 se califican: 0, 50 y 100
- Las respuestas de los ítems 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19 se califican: 0 y 100
- Las respuestas de los ítems 21, 23, 26, 27 y 30 se califican: 100, 80, 60, 40, 20 y 0
- Las respuestas de los ítems 24, 25, 28, 29 y 31 se califican como 0, 20, 40, 60, 80 y 100
- Las respuestas de los ítems 32,33 y 35 se califican: 0, 25, 50, 75 y 100.

Los puntajes de los diferentes dominios se obtienen de la siguiente manera:

- Vitalidad, 4 ítems (23, 27, 29 y 31)
- Función física, 10 ítems (3,4,5,6,7,8,9,10,11 y 12)
- Limitación del rol físico, 4 ítems (13, 14, 15 y 16)
- Limitación del rol emocional, 3 ítems (17, 18 y 19)
- Salud mental, 5 ítems (24, 25, 26, 28 y 30)
- Función social, 2 ítems (20 y 32)
- Dolor corporal, 2 ítems (21 y 22)
- Percepción general de salud, 5 ítems (1, 33, 34, 35 y 36)

#### **4.12 Procedimiento**

Se captaron a los pacientes con esquizofrenia que lleven seguimiento en el HPFBA, se corroboró que contarán con el diagnóstico corroborado en el expediente clínico, se les aplicará la escala SF-36, la cual se contesta en un tiempo menor a 30 minutos, previo consentimiento informado.

#### **4.13 Análisis estadístico**

Se describieron y analizaron las variables descritas previamente. Se obtuvo la media para la edad, años de diagnóstico, años de tratamiento y años de psicosis sin tratamiento y escolaridad. Además, se obtuvieron las frecuencias y el porcentaje en cuanto al sexo, estado civil, relación, ocupación, número de comorbilidades, nivel socioeconómico; el tipo de antipsicótico y las hospitalizaciones en el último año, además la edad, la escolaridad y el tiempo de evolución se ajustaron por rango.

Para los datos obtenidos de la escala SF-36 se calculó la normalidad de la distribución, se identificó que no contaba con criterios para el uso de pruebas paramétricas por lo que tras obtener la media, los percentiles 25 y 75, y la desviación estándar de los resultados se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para determinar las diferencias de cada dominio de la SF-36 según sus distintas características sociodemográficas y clínicas de los pacientes. El procesamiento de los datos fue mediante el software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

#### **4.14 Consideraciones éticas**

En todo momento se consideraron los principios bioéticos, especialmente el principio de beneficencia, no maleficencia, autonomía y confidencialidad; además, para su aprobación se sometió al comité de ética del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. A cada paciente abordado se le dio la opción de participar en el estudio previo a darle una explicación amplia sobre el objetivo del estudio y la escala que se les aplicaría

en caso de aceptar y firmar el consentimiento informado. Para recabar la información del expediente clínico se respetó lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012; manteniendo en todo momento el anonimato de los participantes.

Cabe resaltar que en ningún momento durante la realización de este proyecto se presentó conflicto de intereses, tampoco hubo remuneración de ningún tipo para los participantes, la aportación principalmente es para la investigación médica; asimismo, esta investigación se considerada de riesgo mínimo de acuerdo al artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación.

## V. Resultados

Todas las características sociodemográficas y clínicas abordadas en esta investigación se muestran en la tabla 1.

**Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas**

		<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
<b>Edad</b>		38.62	10.633
<b>Años de diagnóstico</b>		17.20	9.966
<b>Años de tratamiento</b>		15.00	9.27
<b>Años de psicosis sin tratamiento</b>		2.51	4.74
<b>Escolaridad</b>		14.69	9.27
		<b>Mediana</b>	<b>Rango (mínimo-máximo)</b>
<b>Escolaridad</b>		9.00	14 (3-17)
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexo</b>			
	Hombre	58	68.2
	Mujer	27	31.8
<b>Estado Civil</b>			
	Soltero	70	82.4
	Casado/unión libre	12	14.1
	Divorciado/separado	3	3.5
<b>Religión</b>			
	Sin religión	17	20.0
	Católico	54	63.5
	Cristiano	12	14.1
	Testigo de Jehová	2	2.4
<b>Ocupación</b>			
	Sin empleo	48	56.5
	Empleado	7	8.2
	Empleo informal	16	18.8
	Hogar	14	16.5
<b>Número de comorbilidades</b>			
	Ninguna	45	52.9
	Una enfermedad	28	32.9
	Más de 1 enfermedad	12	14.1
<b>Nivel socioeconómico (rango)</b>			
	1	58	68.2
	2	21	24.7
	3 o 4	6	7.1
<b>Tiempo de evolución (rango)</b>			
	1 - 9 años	23	27.1
	10 - 19 años	26	30.6
	20 - 29 años	26	30.6
	30 a 39 años	10	11.8
<b>Tipos de antipsicótico</b>			
	atípico	51	60.0
	típico	22	25.9
	combinación	12	14.1
<b>Hospitalizaciones en el último año</b>			
	Ninguna	61	71.8
	1 hospitalización	23	27.1
	Más de 1 hospitalización	1	1.2

De la población estudiada, la mayoría fueron hombres, cercanos a los 40 años de edad, principalmente solteros, más de la mitad profesan el catolicismo, con al menos 9 años de escolaridad; poco menos de una décima parte de ellos laboran formalmente y mayormente fueron clasificados con el nivel socioeconómico 1, además al menos un tercio padecen otra enfermedad además de la esquizofrenia.

Respecto a la esquizofrenia y su tratamiento, los pacientes se acercan a los 20 años de evolución y más de la mitad recibe tratamiento con antipsicóticos atípicos. Con respecto a la calidad de vida y los distintos dominios que valora la escala SF-36, en la tabla 2 se resumen los resultados encontrados.

El dominio de calidad de vida con mejor desempeño fue Dolor corporal con un valor superior al 80%, lo cual es esperado en este tipo de población dado que el dolor no es un síntoma propio del trastorno. Los percentiles 25 y 75 indican que, tanto los pacientes con puntajes bajos como altos en este dominio son superiores a 50, es decir, son puntajes altos. El dominio que indica peor calidad de vida fue la limitación del rol emocional con una media cercana a 60%. Fue en este dominio donde se identificaron a los pacientes con niveles más bajos de calidad de vida, dado que el percentil 25 en este factor fue menor al 50%; lo que pudiera estar contextualizado por la carga de los síntomas psicóticos, los síntomas negativos y el estigma que los pacientes con esquizofrenia lidian día con día.

**Tabla 2. Calidad de vida medida por SF-36**

<b>Dominio</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Percentil 25</b>	<b>Percentil 75</b>
<b>Función física</b>	80.8	23.4	65	100
<b>Limitación rol físico</b>	73.2	34.5	50	100
<b>Salud mental</b>	67.9	19.6	52	84
<b>Limitación rol emocional</b>	59.6	42.1	33.33	100
<b>Vitalidad</b>	61.8	21.1	50	77.5
<b>Función social</b>	68.7	26.6	50	93.75
<b>Dolor corporal</b>	82.7	24.7	70	100
<b>Percepción general salud</b>	62.2	18.6	45	75



Se hicieron pruebas de Kruskal-Wallis para examinar las diferencias de los puntajes de los dominios de la SF-36 según las diferencias sociodemográficas y clínicas, estas pruebas se analizaron con una probabilidad asociada de 0.05 y se encuentran en la tabla 3. Mediante esta prueba se pudo encontrar que existen variables sociodemográficas como el estado civil, la ocupación, la escolaridad y el nivel socioeconómico que tendrían un impacto significativo en algunos de los dominios de calidad de vida medidos por SF-36 tales como salud mental, vitalidad, función social y limitación del rol emocional.

**Tabla 3. Pruebas de Kruskal-Wallis**

Dominio	Sexo	Edad	Escolaridad	Estado Civil	Ocupación	Religión	Nivel SE	Tiempo de evolución	Número de comorbilidades	Tipo de AP	Hospitalizaciones en el último año
<b>Función Física</b>	0.542 (0.462)	2.321 (0.508)	1.472 (0.689)	2.506 (0.286)	0.962 (0.819)	0.627 (0.890)	3.462 (0.177)	2.674 (0.445)	1.597 (0.450)	0.683 (0.711)	0.294 (0.863)
<b>Limitación del rol físico</b>	0.249 (0.618)	1.341 (0.719)	<b>10.321</b> <b>(0.016)</b>	5.131 (0.077)	2.172 (0.537)	2.546 (0.467)	3.249 (0.197)	1.341 (0.720)	0.720 (0.698)	1.349 (0.510)	1.120 (0.571)
<b>Salud Mental</b>	0.301 (0.583)	3.145 (0.370)	4.202 (0.240)	<b>7.500</b> <b>(0.024)</b>	<b>12.142</b> <b>(0.007)</b>	3.535 (0.316)	3.669 (0.160)	3.100 (0.377)	2.720 (0.257)	0.567 (0.753)	0.016 (0.992)
<b>Limitación del rol emocional</b>	0.613 (0.434)	1.845 (0.605)	6.475 (0.091)	5.020 (0.081)	5.434 (0.143)	4.182 (0.242)	<b>7.482</b> <b>(0.024)</b>	0.067 (0.995)	2.150 (0.341)	0.589 (0.745)	1.646 (0.439)
<b>Vitalidad</b>	0.814 (0.367)	2.165 (0.539)	6.766 (0.080)	<b>12.798</b> <b>(0.002)</b>	<b>8.113</b> <b>(0.044)</b>	6.453 (0.092)	4.814 (0.090)	0.790 (0.852)	1.694 (0.429)	0.223 (0.895)	0.492 (0.782)
<b>Función Social</b>	0.133 (0.715)	0.749 (0.862)	3.784 (0.286)	<b>5.768</b> <b>(0.056)</b>	4.643 (0.200)	1.275 (0.735)	4.807 (0.090)	0.622 (0.891)	0.307 (0.858)	1.406 (0.495)	0.728 (0.695)
<b>Dolor Corporal</b>	0.645 (0.422)	0.240 (0.971)	2.528 (0.470)	2.434 (0.296)	2.692 (0.442)	2.097 (0.552)	2.964 (0.227)	0.781 (0.854)	4.066 (0.131)	1.193 (0.551)	0.758 (0.684)
<b>Percepción general de salud</b>	0.409 (0.522)	1.271 (0.736)	1.881 (0.598)	3.889 (0.143)	2.439 (0.486)	0.964 (0.810)	3.959 (0.138)	1.677 (0.642)	0.328 (0.849)	3.734 (0.155)	1.830 (0.400)

Abreviaturas: 1) SE = Socioeconómico, 2) AP = Antipsicótico

## VI. DISCUSIÓN

Se sabe, gracias a diversos estudios, que la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia se puede medir a través de instrumentos como la SF-36 y que estos pacientes presentan porcentajes significativamente menores que los medidos en individuos<sup>5,6,8,21</sup>, especialmente en dominios como lo son función física y salud mental; además, existen factores sociodemográficos y clínicos que pudieran tener efecto sobre esta experiencia subjetiva, como la edad, el sexo, el nivel de ingresos y el tiempo vivido con la enfermedad<sup>8</sup>.

En esta muestra se encontró que los dominios de la SF-36, que miden los distintos aspectos de la calidad de vida, más afectados en esta población son la limitación del rol emocional, seguido de vitalidad, percepción general de salud y salud mental; los dominios menos afectados fueron el dolor corporal y la función física, concordando en parte con previas investigaciones<sup>8,21</sup>.

Las pruebas de Kruskal-Wallis demostraron que los puntajes son significativamente diferentes en los dominios de salud mental, vitalidad y función social en función del estado civil, así como para el dominio de limitación del rol emocional en función del nivel socioeconómico; demostrando la singularidad de este grupo de pacientes, pero concordando en parte con la evidencia internacional<sup>8</sup>, por lo que se requieren de otros estudios para conocer más detalles.

En esta población específica se encontró que las variables que pudieran asociarse con la calidad de vida son la edad en relación con la salud mental, la escolaridad en relación con limitación del rol físico, el estado civil en relación con la limitación del rol físico, la salud mental, la limitación del rol emocional, la vitalidad y la función social, por último, la ocupación en relación con la salud mental, la limitación del rol emocional y la vitalidad; comportándose de manera similar a lo reportado en otros estudios<sup>8,21</sup>, para determinar la naturaleza de esta asociación son necesarias otras investigaciones que aborden con mayor profundidad otras variables como lo son la recuperación funcional, o comparar con aquellos pacientes que lleven seguimiento en otros servicios intrahospitalarios y reciban intervenciones distintas a las que se ofrezcan en la consulta externa del HPFBA.

De momento, esta tesis señala una gran área de oportunidad para incorporar otros indicadores de salud y así fomentar la implementación de intervenciones no farmacológicas, como los programas de actividad física que se proponen en el estudio de Szortyka *et al.*, y de esa manera acercar las prácticas hospitalarias a los modelos y guías internacionales de tratamiento, en las cuales se incluye a la recuperación funcional como meta.

## **VII. CONCLUSIONES**

La escala SF-36 es un instrumento útil para medir los diferentes aspectos que engloban el concepto complejo que representa la calidad de vida en pacientes que sufren de esquizofrenia y que llevan seguimiento en este hospital, contribuyendo a su valoración integral.

A pesar de encontrar limitaciones al momento de realizar este estudio como lo son el tamaño de la muestra, el tiempo que los pacientes tardan en responder la escala o la negativa de los mismos para participar en este tipo de estudios; consideramos importante el uso rutinario de esta u otras escalas de calidad de vida en estos pacientes para poder atender sus necesidades específicas y ayudarlos a poder alcanzar la recuperación funcional, la cual es la meta actual en el tratamiento de la esquizofrenia y, como se mencionó anteriormente, se construye sobre la base del control sintomático y se complementa con una buena calidad de vida.

Esperamos que al señalar estas necesidades permita futuras líneas de investigación para identificar factores en los que se pueda incidir o diseñar intervenciones para influir de manera positiva en la calidad de vida de los pacientes que sufren de esquizofrenia.

Este trabajo genera incógnitas que consideramos importantes y sumamente trascendentales, y que conlleva dar seguimiento a estos pacientes, para así poder determinar cuántos de ellos cumplen con los criterios de recuperación funcional y poder estimar la frecuencia con la que se alcanza este objetivo en los pacientes que padecen esta enfermedad y llevan seguimiento en el HPFBA.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marder S, Cannon T. Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*. 2019;381(18):1753-1761.
2. McCutcheon R, Reis Marques T, Howes O. Schizophrenia—An Overview. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(2):201.
3. Hasan A, Falkai P, Lehmann I, Gaebel W. Schizophrenia. *Deutsches Ärzteblatt international*. 2020.
4. B B. Cognitive Models of Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia and Implications for Treatment [Internet]. PubMed. 2022 [cited 24 May 2022]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31158119>
5. Silva M, Restrepo D. Recuperación funcional en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2019;48(4):252-260.
6. Vita A, Barlati S. Recovery from schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*. 2018;31(3):246-255.
7. Valiente C, Espinosa R, Trucharte A, Nieto J, Martínez-Prado L. The challenge of well-being and quality of life: A meta-analysis of psychological interventions in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2019;208:16-24.
8. Dong M, Lu L, Zhang L, Zhang Y, Ng C, Ungvari G et al. Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Comparative Studies. *Psychiatric Quarterly*. 2019;90(3):519-532.
9. Berghöfer A, Martin L, Hense S, Weinmann S, Roll S. Quality of life in patients with severe mental illness: a cross-sectional survey in an integrated outpatient health care model. *Quality of Life Research*. 2020;29(8):2073-2087.
10. Nowak I, Sabariego C, Świtaj P, Anczewska M. Disability and recovery in schizophrenia: a systematic review of cognitive behavioral therapy interventions. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1).

11. Puolakka K, Pitkänen A. Effectiveness of psychosocial interventions on quality of life of patients with schizophrenia and related disorders: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2019;33(5):73-82.
12. Valencia M, Caraveo J, Colin R, Verduzco W, Corona F. Remisión sintomática y recuperación funcional en pacientes que padecen esquizofrenia [Internet]. *Scielo.org.mx*. 2022 [cited 24 May 2022]. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000100008#:~:text=La%20revisi%C3%B3n%20de%20diversos%20estudios%20ha%20demostrado%20que,la%20recuperaci%C3%B3n%20funcional%20entre%20un%2010%20a%2068%25.&adlt=strict&toWww=1&redig=3B5E359209524EC0A31EADC68C6AB597](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000100008#:~:text=La%20revisi%C3%B3n%20de%20diversos%20estudios%20ha%20demostrado%20que,la%20recuperaci%C3%B3n%20funcional%20entre%20un%2010%20a%2068%25.&adlt=strict&toWww=1&redig=3B5E359209524EC0A31EADC68C6AB597)
13. Morin L, Franck N. Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2017;8.
14. Correll C, Lauriello J. Using Long-acting Injectable Antipsychotics to Enhance the Potential for Recovery in Schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2020;81(4).
15. Huxley P, Krayner A, Poole R, Prendergast L, Aryal S, Warner R. Schizophrenia outcomes in the 21st century: A systematic review. *Brain and Behavior*. 2021;11(6).
16. Caqueo-Urizar A, Urzúa A, Mena-Chamorro P, Bravo de la Fuente J. Effects of Adherence to Pharmacological Treatment on the Recovery of Patients with Schizophrenia. *Healthcare*. 2021;9(9):1230.
17. Caqueo-Urizar A, Urzúa A, Mena-Chamorro P, Fond G, Boyer L. <p>Adherence to Antipsychotic Medication and Quality of Life in Latin-American Patients Diagnosed with Schizophrenia</p>. *Patient Preference and Adherence*. 2020;Volume 14:1595-1604.
18. García-Portilla M, García-Álvarez L, González-Blanco L, Dal Santo F, Bobes-Bascarán T, Martínez-Cao C et al. Real-World Functioning in Patients With

Schizophrenia: Beyond Negative and Cognitive Symptoms. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12.

19. Fiorillo A, Barlati S, Bellomo A, Corrivetti G, Nicolò G, Sampogna G et al. The role of shared decision-making in improving adherence to pharmacological treatments in patients with schizophrenia: a clinical review. *Annals of General Psychiatry*. 2020;19(1).
20. Sánchez Aragón R, García Meraz M, Martínez Trujillo B. Encuesta de salud SF-36: validación en tres contextos culturales de México. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*. 2017;45(3):5-16.
21. Szortyka MF, Batista Cristiano V, Belmonte-de-Abreu P. Differential physical and mental benefits of physiotherapy program among patients with schizophrenia and healthy controls suggesting different physical characteristics and needs. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12.
22. García-García JA, Reding-Bernal A, López-Alvarenga JC. Cálculo del Tamaño de la Muestra en investigación en Educación Médica. *Investigación en Educación Médica*. 2013;2(8):217–24.

## IX. ANEXOS

### 9.1 Cuestionario de Salud SF-36

Marque una sola respuesta

1. En general, usted diría que su salud es:
    - a) Excelente
    - b) Muy buena
    - c) Buena
    - d) Regular
    - e) Mala
  2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
    - a) Mucho mejor ahora que hace un año
    - b) Algo mejor ahora que hace un año
    - c) Más o menos igual que hace un año
    - d) Algo peor ahora que hace un año
    - e) Mucho peor ahora que hace un año
- Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal**
3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
    - a) Sí, me limita mucho
    - b) Sí, me limita un poco
    - c) No, no me limita nada
  4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
    - a) Sí, me limita mucho
    - b) Sí, me limita un poco
    - c) No, no me limita nada
  5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
    - a) Sí, me limita mucho
    - b) Sí, me limita un poco
    - c) No, no me limita nada
  6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
    - a) Sí, me limita mucho
    - b) Sí, me limita un poco
    - c) No, no me limita nada
  7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
    - a) Sí, me limita mucho
    - b) Sí, me limita un poco
    - c) No, no me limita nada
  8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
    - a) Sí, me limita mucho
    - b) Sí, me limita un poco
    - c) No, no me limita nada
  9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
    - a) Sí, me limita mucho
    - b) Sí, me limita un poco
    - c) No, no me limita nada
  10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
    - a) Sí, me limita mucho
    - b) Sí, me limita un poco
    - c) No, no me limita nada
  11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
    - a) Sí, me limita mucho
    - b) Sí, me limita un poco
    - c) No, no me limita nada
  12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
    - a) Sí, me limita mucho
    - b) Sí, me limita un poco
    - c) No, no me limita nada

**Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias**

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?
- a) Sí
  - b) No
14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?
- a) Sí
  - b) No
15. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- a) Sí
  - b) No
16. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
- a) Sí
  - b) No
17. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- a) Sí
  - b) No
18. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- a) Sí
  - b) No
19. Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- a) Sí
  - b) No
20. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
- a) Nada
  - b) Un poco
  - c) Regular
  - d) Bastante
  - e) Mucho
21. Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
- a) No, ninguno
  - b) Sí, muy poco
  - c) Sí, un poco
  - d) Sí, moderado
  - e) Sí, mucho
  - f) Sí, muchísimo
22. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- a) Nada
  - b) Un poco
  - c) Regular
  - d) Bastante
  - e) Mucho



**Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.**

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?
- a) Siempre
  - b) Casi siempre
  - c) Algunas veces
  - d) Sólo alguna vez
  - e) Nunca

**Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases**

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas
- a) Totalmente cierta
  - b) Bastante cierta
  - c) No lo sé
  - d) Bastante falsa
  - e) Totalmente falsa
34. Estoy tan sano como cualquiera
- a) Totalmente cierta
  - b) Bastante cierta
  - c) No lo sé
  - d) Bastante falsa
  - e) Totalmente falsa
35. Creo que mi salud va a empeorar
- a) Totalmente cierta
  - b) Bastante cierta
  - c) No lo sé
  - d) Bastante falsa
  - e) Totalmente falsa
36. Mi salud es excelente
- a) Totalmente cierta
  - b) Bastante cierta
  - c) No lo sé
  - d) Bastante falsa
  - e) Totalmente falsa

## 9.2 Carta de Consentimiento Informado

### Carta de consentimiento/asentimiento informado para paciente: HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

**Lugar y fecha:** Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2022.

Protocolo:

Registrado ante el Comité de Investigación con número: \_\_\_\_\_

Registrado ante el Comité de Ética e Investigación con número: \_\_\_\_\_

**Nombre del investigador principal:** \_\_\_\_\_

**Dirección del sitio de investigación:** Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Esquina San Buenaventura, Calle Niño de Jesús No. 2, Tlalpan, colonia y Alcaldía Tlalpan, teléfono conmutador 5573-1889 o 5655-4405

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPÍTULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.-

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

I. Yo: \_\_\_\_\_ declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de evaluar la existencia de \_\_\_\_\_

II. Se me ha informado que se me realizará una entrevista y un cuestionario autoaplicado.

III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.

IV. Se me comentó que mi única responsabilidad es proporcionar información acerca de mi salud durante el estudio.

V. Los resultados de dichas pruebas ayudarán a determinar si cuento con síntomas y que los resultados se utilizarán con fines estadísticos.

VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación

VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.

Con fecha \_\_\_\_\_, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio titulado: \_\_\_\_\_

Firma de Consentimiento/Asentimiento

Firma de quien Explicó el Procedimiento

Testigo

Testigo

### 9.3 Declaración de no conflicto de intereses

De conformidad con lo que establecen los artículos 108° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1°, 2°, 7° y 8° de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, Yo RODRIGO GUSTAVO CASTELLANOS GARZA declaro que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones que por ley me correspondan respecto del puesto que tengo asignado, me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional, para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podré discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe.

Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.

No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:

a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o tramites propios de esta Comisión Federal, o

b) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, pero no limitado a terceros tales como titulares de registros sanitarios que han acreditado su interés legal.

Me comprometo que al advertir con prontitud de cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a mi jefe inmediato superior, a efecto de que éste me excuse de la realización de la actividad que me enfrente a un conflicto de intereses.

No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.

No manejaré información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo.

En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.

No intervendré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.

No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.

En ningún caso me prestaré a realizar arreglos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.

Ante todo protegeré mi integridad personal y las de mis compañeros en el desarrollo del trabajo.

En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.

La presente se renovará anualmente para la aceptación de las condiciones y responsabilidades que se plasman en este documento.

**LUGAR Y FECHA:** Ciudad de México, 2 de septiembre del 2021



**Dr. Rodrigo Gustavo Castellanos Garza**  
**Médico Residente de la especialidad de Psiquiatría**  
**Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”**

## 9.4 Carta de Aceptación

Ciudad de México a 2 de septiembre del 2021

**DRA. LORENA LÓPEZ PÉREZ**

PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN  
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN  
PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor de Tesis** de el **Dr. Rodrigo Gustavo Castellanos Garza**, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. **Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este**
- b. **Informar avance y seguimiento de la investigación**
- c. **Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación**

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

ATENTAMENTE



DR. FERNANDO CORONA HERNÁNDEZ

c.c.p.- DR. HECTOR CABELLO.- Jefe del servicio de de Investigación