

885325



CENTRO DE ESTUDIOS AGUSTINIANO

"Fray Andrés de Urdaneta"

NIVEL LICENCIATURA
CLAVE DE INCORPORACIÓN
UNAM 8853-25

PSICOLOGIA

**CONFIABILIZAR Y VALIDAR UN
INSTRUMENTO DE CALIDAD DE
VIDA EN PACIENTES CON
TRASTORNO MENTAL CRÓNICO.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N
PEDRO ISRAEL GARCIA BARCENAS
CECILIA YURIRIAM LAIZA RAMIREZ



ASESORA: MA. DE JESÚS GARCIA RODRIGUEZ
COACALCO DE BERRIOZABAL, EDO. DE MEX. 2004.



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.

AGRADECIMIENTOS

ADIOS

Por habernos permitido llegar a este momento de alegría y dicha para ambos, y porque sabemos que podemos contar con él para realizar cualquier sueño que tengamos.

ASESORA

Hasta la fecha usted bien sabe que no tenemos palabras para agradecerle todo el apoyo, comprensión y paciencia que nos ha tenido, además del echo de obtener una amistad incondicional por parte de un profesor es para nosotros algo invaluable. Gracias

Maria De Jesús García Rodríguez

Porque gracias a sus ideas y conocimientos pudimos realizar y ver cumplida otra de nuestras metas, esperando que este trabajo, les continúe sirviendo para futuras investigaciones.

Gracias.

Bernal Juárez; Margarita D. Méndez; Carransa Norma

Porque sabemos que tenemos conocimientos y preparación similar, situación que nos llevo a conocernos en un principio y posteriormente un poco más esperamos que sepan que, estemos en donde estemos pueden contar con nosotros, al igual que nosotros sabemos que podemos contar con ustedes.

**Nancy Isela Montoya Cuevas, Diveneira Rodríguez Vásquez,
Mónica Jessabel Mendoza González y Lilia Rosalba Hernández Pérez**

GRACIAS

A ustedes y a toda su familia.

De

Pedro Israel García Barcenas D Duririam Cecilia Laisa Ramírez

Dedico esta pequeña gran obra:

A Mis padres:

Porque cuando existe la sencillez, la nobleza
y el cariño se pueden alcanzar metas inimaginables
brindando a nuestros sucesores una base firme que
permite continuar creciendo y logrando realizar
lo que nunca antes se había visto, es por eso que
agradezco todo el apoyo y compañía que
hasta la fecha me continúan brindando.

Por todo esto y más. Gracias

Lidia Bártenas Budar y Pedro García Ramírez

A Mis Hermanos

Porque la inteligencia no es lo único que se puede medir
sino también la comprensión y apoyo, brindándome su
compañía en cada uno de los momentos que los he necesitado
y porque sé que puedo contar con ustedes. Gracias

Adriana y Hansel Emmanuel García Bartenas

A Mi hija.

Porque a pesar de su inocencia
Existe un amplio conocimiento.
Brindando siempre un apoyo incondicional
Y sobre todo motivación para llegar a donde
estoy y para continuar alcanzando metas.

Dafne Edith García Robles.

A mi esposa

Como un verdadero testimonio de gratitud,
por haberme mostrado la inspiración y
motivación para terminar esta tesis, prometiendo
éxitos y superación para devolver el apoyo brindado
y haberme dado la mejor de las alegrías que
puede existir. Gracias

Verónica Robles Domínguez.

A Ti

Por ser esa persona con la cual siempre
He contado y como muestra de cariño
Y eterno agradecimiento, ganándote la
admiración y respeto de todo el que te conoce.
Sinceramente. Gracias M.C.S.P.

A UNA AMIGA

Con la cual he compartido alegrías y tristezas
En quien he podido confiar siempre
Con quien puede contar en cualquier momento
Incondicionalmente te agradezco tu apoyo en esta obra.
Gracias Y.C.L.R.

Porque gracias a su apoyo incondicional
y muchas de las veces inconsciente, me
he forjado un futuro con esta nueva profesión
que para mi es incomparable.

Gracias

Hospital Psiquiátrico "José Sayago"

Psicólogos Julio, Salvador, Margarita, Martha Reyes

Olga, Ma. Dolores, Carlos A., Edgar, Obdulia A.

Norma Morales, Gabriela Mata, Manuel R. Gisela A.

Tntl. Martha cardenas y trem Paco.

He llegado al final de este camino y en mi han quedado marcadas huellas profundas de éste recorrido, porque se que puedo contar contigo cuando lo necesite, ahora más que nunca deseo continuar avanzando y obtener nuevos logros en compañía de todos ustedes.

Gracias.

PEDRO ISRAEL GARCIA BARCENAS

Dedico esta obra con todo mi cariño y respeto:

A Mi madre.

Ma. de la Luz Ramírez Álvarez

Quien me ha dado su apoyo, consejos
Así como ha esperado siempre mi bienestar
y superación, gracias por haberme permitido
que lograra una de mis metas, la cual constituye
la herencia más valiosa que pudiera recibir.
Gracias

A mis hermanos

Aarón, Fernando y Karla Laisa Ramírez

Así como hemos disfrutado triunfos y alegrías
al igual que fracasos y tristezas, los cuales
nos han permitido ser fuertes y estar unidos a
pesar de las adversidades que hemos vivido.
Ahora quiero compartir una meta lograda en
mi vida profesional y darles las gracias por sus
consejos, paciencia y apoyo que me brindaron
para lograrlo
Gracias

A mis cuñad@s y sobrín@s

Diana, Chuy, Francisco

Karen, Fernando, Dael y María José

A ustedes por su afecto, estimación
y por quererme así como soy, y que
día con día me han permitido compartir
momentos de alegría y tristeza con
ustedes. A esos angelitos que siempre me
han brindado, sonrisas, abrazos y pequeñas
palabras sinceras de amor
Gracias

A un gran amigo

Pedro H. García Bardenas

Te doy gracias por haberme permitido concluir una meta más, así como por brindarme una verdadera amistad y apoyo incondicional. Gracias a tu familia por el apoyo y cariño que me han brindado.

Agradezco a todas aquellas personas que me brindaron ayuda y colaboración en la realización de este trabajo esperando compartir con ustedes parte de un esfuerzo realizado para culminar una meta más en mi superación profesional.

Porque a pesar de todo puedo salir adelante y lograr una meta más de mi vida.
Porque cada uno de los pasos que doy están basados en la fuerza de voluntad y en la alegría de vivir que obtengo de mis familiares, amigos y sobre todo de mi misma..

CECILIA DURRIBARRAMIAIZA RAMÍREZ

	Pag.
RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
 CAPITULO I. CALIDAD DE VIDA	
1.1 SALUD – ENFERMEDAD	1
1.2 DEFINICION DE CALIDADDE VIDA	4
1.3 FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA	10
1.3.1 FACTORES DEMOGRAFICOS	12
1.3.2 FACTORES SOCIALES	13
1.3.3 FACTORES CLINICOS	14
1.3.4 FACTORES SUBJETIVOS	15
1.4 POBLACION DE ESTUDIO ASI COMO LAS DIFERENTES ENFERMEDADES MENTALES PRESENTES EN ESTA	17
 CAPITULO II. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA CALIDAD DE VIDA EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE ASISTENCIA PUBLICA DE LA CIUDAD DE MEXICO	
2.1 ANTECEDENTES HOSPITALARIOS	29
2.2 EL HOSPITAL DE “SAN HIPOLITO”	35
2.3 EL HOSPITAL DEL DIVINO SALVADOR	37
2.4 EL MANICOMIO GENERAL “LA CASTAÑEDA”	41
 CAPITULO III. SURGIMIENTO DE NUEVOS HOSPITALES CAMPESTRES Y PSIQUIATRICOS	
3.1 HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”	51
3.2 HOSPITAL “FRAY BERNARDINO ALVAREZ”	52
3.3 HOSPITAL CAMPESTRE “DR. FERNANDO OCARANZA”	54
3.4 HOSPITAL CAMPESTRE “DR. ADOLFO M. NIETO”	55
3.5 HOSPITAL CAMPESTRE “JOSE SAYAGO”	56
 CAPITULO IV. INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA.	
4.1 INSTRUMENTOS DE CALIDAD DE VIDA	60
4.1. CARACTERISTICAS PARA UN INSTRUMENTO	66

	Pag.
METODOLOGÍA	68
A) OBJETIVOS	68
B) METODO	69
1) SUJETOS	69
2) MATERIALES	69
3) DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO	70
4) ESCENARIO	70
5) MUESTREO	70
6) DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	71
C) ANALISIS ESTADÍSTICOS	71
D) PROCEDIMIENTO	71
E) INSTRUMENTOS UTILIZADOS	72
RESULTADOS	73
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	88
BIBLIOGRAFÍA	92
ANEXOS	94

RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo Obtener la confiabilidad y validez de un instrumento que evalúe la calidad de vida de las pacientes institucionalizadas con una enfermedad mental, en el Hospital Psiquiátrico "José Sayago" con la finalidad de proporcionar alternativas de tratamiento que mejoren la calidad de vida en las usuarias de dicha institución. No existen acuerdos sobre lo que constituye el concepto de Calidad de Vida, a pesar de que existen algunas investigaciones realizadas sobre este tema bajo diferentes enfoques y disciplinas. En términos generales la calidad de Vida ha sido definida como un constructo que tiene diferentes factores y están basadas en áreas para medir la calidad de vida.

En este estudio se considera que la Calidad de Vida es un constructo que se refiere a la relación global que el individuo establece entre las situaciones agradables y las desagradables, que le suceden en su vivir cotidiano, en sus relaciones con otros miembros de la colectividad y con el ambiente total, en el que se desenvuelve; ante esto podemos decir que lo que solemos llamar calidad de vida no es solo lo objetivo, sino que también es la reacción subjetiva que estas relaciones producen y el valor que les concedemos. Siendo esto un proceso dinámico en el ámbito social, económico, cultural y psicológico, de producción, de situaciones agradables y desagradables y referentes a la calidad de nuestra vida social.

Esta investigación fue realizada en el Hospital Psiquiátrico con un muestreo intencional de 92 pacientes, a las cuales se les aplico un instrumento que mide calidad de vida, en dos momentos diferentes, con un intervalo de dos semanas. El instrumento esta estructurado en tres partes , la primera parte es una ficha demográfica, la segunda es una escala análoga visual y la tercer incluye 103 reactivos distribuidos en las diferentes áreas que integran la calidad de vida, contando además con un formato de respuestas alternativas y libres aplicando dicho instrumento de forma individual y de manera verbal.

En los resultados, se obtuvo una confiabilidad de tipo temporal, por medio del Test - retest, utilizando la formula coeficiente de correlación momento-producto de Pearson, y una validez de elaboración o de hipótesis de trabajo con una consistencia interna a través de cada elemento por medio del Alfa de Cronbach, en donde se alcanzo una confiabilidad de .609 y una validez de .8789, cumpliendo con esto nuestro objetivo de investigación.

Además es importante hacer mención, que en las áreas de sexualidad y religión existe baja correlación en comparación con las demás áreas y se obtiene un bajo nivel de significancia en el área de religión y condiciones del hospital en cuanto a la validez, situación que pudiese indicarnos la necesidad de revisar y modificar los ítems de cada una de estas áreas, para aumentar la correlación y el nivel de significancia.

A partir de un análisis cuantitativo y cualitativo de la calidad de vida que tiene las pacientes con una enfermedad mental se sugieren alternativas de trabajo para mantener o modificar la calidad de vida en las mismas.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, en México así como en otros países del mundo ha aumentado la conciencia y la preocupación acerca de los problemas que afectan a las personas que padecen un trastorno mental. Entre estos problemas están la reinserción social el rechazo familiar, la falta de recurso económicos y el desempleo, como algunos de los más evidentes. Estos tópicos por sí mismos son motivos de estudio especializado en diversas instituciones. Además del cúmulo de problemas económicos y sociales se ha observado un mayor interés en estudiar la repercusión que tiene esta problemática en la vida de los seres humanos. En últimas décadas médicos e investigadores han reconocido que mejorar la calidad de vida es un objetivo primordial para el área de la salud mental

Calidad de vida es un concepto que por ende a tomado relevancia en los estudios de ciencias sociales, toda vez que se ha constatado que el desarrollo y crecimiento económico de una sociedad no implica necesariamente el mejoramiento en la vida de sus habitantes. En el mismo ámbito, los estudios de calidad de vida abordan la cuestión desde diversos enfoques y disciplinas. Sin embargo la siguiente investigación propone una definición de calidad de vida así como las áreas que consideramos más idóneas para medir la misma.

El presente estudio tiene el propósito de obtener la confiabilidad y validez de un instrumento que evalúe la calidad de vida de las pacientes institucionalizadas con una enfermedad mental, en el Hospital Psiquiátrico "José Sayago" con la finalidad de proporcionar alternativas de tratamiento que mejoren la calidad de vida en las usuarias de dicha institución, en donde además proponemos, como ya mencionamos, una definición de calidad de vida, la cual habla de que es la relación global que el individuo establece entre las situaciones agradables y las desagradables, que le suceden en su vivir cotidiano, en sus relaciones con otros miembros de la colectividad y con el ambiente total, en el que se desenvuelve; ante esto podemos decir que lo que solemos llamar calidad de vida no es solo lo objetivo, sino que también es la reacción subjetiva que estas relaciones producen y el valor que les concedemos. Siendo esto un proceso dinámico en el ámbito social, económico, cultural y psicológico, de producción, de situaciones agradables y desagradables y referentes a la calidad de nuestra vida social.

El aporte de la psicología en este campo, se encuentra en la ubicación de la esfera, hasta la fecha, subjetiva, de las personas, como un componente esencial, entre los determinantes de la calidad de vida, lo que quiere decir que para explicar este termino no es suficiente remitirse al estándar de vida del individuo y al mejoramiento de éste, sino que existe toda una compleja construcción interior que es la subjetividad individual que le permiten procesar internamente el mundo que le rodea, lo cual es necesario tomar en cuenta para una definición integral de calidad de vida.

En este estudio se considera que la calidad de vida es un constructo multidimensional subjetivo que se refiere al grado de satisfacción de un individuo, según el grado de importancia que el sujeto concede a cada una de las áreas o aspectos que determinan su felicidad o bienestar.

De acuerdo con otras investigaciones relacionadas con el tema y realizadas en diferentes ámbitos, observamos que existen diversos aspectos que determinan la calidad de vida de los individuos. Para efectos de este trabajo y a fin de considerar las particularidades que pudiera tener el ámbito psiquiátrico en la sociedad mexicana se investigó cuáles son aquellas áreas a las que las pacientes institucionalizadas en el Hospital Psiquiátrico "José Sayago" confieren mayor importancia y por lo tanto se confió y validó un instrumento que mediera la calidad de vida en pacientes con un padecimiento mental crónico, abarcando diversas áreas como son, condiciones del hospital, área social, sexual, religión, ocupacional, económica, familiar y de salud.

Para obtener la confiabilidad y la validez se aplicó el instrumento a 92 personas que se encontraban institucionalizadas en el hospital psiquiátrico "José Sayago", cumpliendo los criterios de inclusión, por ejemplo tener una estancia de por lo menos seis meses; aplicando el instrumento en dos ocasiones para cubrir el propósito de la investigación. El instrumento se encuentra estructurado en tres partes, en la primera parte se registra la ficha de identificación del paciente, en la segunda se encuentra la escala análoga visual y por último las áreas que comprenden la calidad de vida.

Los hallazgos encontrados en esta investigación permiten conocer la validez y confiabilidad que tiene el instrumento de calidad de vida; así como el nivel de calidad de vida de las pacientes en cada una de las áreas del instrumento utilizado y con ello proponemos sugerencias de trabajo, al equipo multidisciplinario, para mantener o aumentar su calidad de vida de las pacientes.

Esta investigación se pretende que sea útil en el ámbito psiquiátrico y psicológico para impulsar principalmente la investigación de estudios en este campo, además de mostrar a futuras generaciones una parte de la situación actual de las pacientes, de la misma manera es relevante la contribución teórica y metodológica que se brinda, promoviendo líneas de acción encaminadas a incrementar la calidad de vida de pacientes con un padecimiento mental.

El presente trabajo está constituido por seis capítulos. En el primero se hace mención de los términos de salud, enfermedad, calidad de vida, así como también se describen los factores asociados a la calidad de vida, como son el factor demográfico, social, clínico y subjetivo. Posteriormente se habla acerca de la población de estudios y de las diferentes enfermedades presentes en la misma.

En el segundo capítulo se hace mención de los antecedentes históricos de la calidad de vida, de cómo se presentaba esta en los primeros hospitales psiquiátricos de asistencia pública en la ciudad de México a partir del siglo XVI en los hospitales de San Hipólito, del Divino Salvador, hasta el cierre del Antiguo Manicomio General "La Castañeda" en el año de 1967.

En el tercer capítulo se habla, a partir de 1967, del surgimiento de nuevos hospitales campestres y psiquiátricos, donde se hace mención de la atención que se le brinda a las pacientes en estos nosocomios, así como los servicios que se brindan en cada uno de ellos sin dejar de lado el hospital campestre “José Sayago”, el cual en este momento ocupa nuestra atención.

El capítulo cuatro describe los trabajos teóricos y empíricos más importantes realizados sobre el tema, principalmente los instrumentos creados y utilizados para medir la calidad de vida en diversos ámbitos sociales.

El quinto capítulo nos habla acerca de la metodología que se utilizó en esta investigación. Se plantea los objetivos, la muestra seleccionada, el plan de trabajo que se llevó a cabo durante la aplicación del instrumento, así como la descripción del instrumento utilizado.

El penúltimo capítulo nos describe los resultados encontrados durante el transcurso de nuestra investigación, en donde se pueden observar los procedimientos y resultados del proceso de confiabilización y validación del instrumento; por otro lado se hace un análisis cualitativo y cuantitativo del nivel de calidad de vida de las pacientes con una enfermedad mental, a través de gráficas y cuadros.

En el último capítulo se mencionan las conclusiones obtenidas de la investigación, así como también las sugerencias realizadas y dirigidas al equipo multidisciplinario del Hospital Psiquiátrico “José Sayago” para aumentar o mantener la calidad de vida de las pacientes con un padecimiento psiquiátrico.

CAPITULO I

CALIDAD DE VIDA



EN LA HUERTA (1883) Vincent Van Gogh

...aquí sólo venimos a conocernos, sólo
estamos de paso en la tierra.

Poema Nahuatl Anonimo

1.1. SALUD – ENFERMEDAD

Un individuo sano es aquel que demuestra una armonía física, mental y social con su ambiente, tomando en cuenta las variaciones que estos tres aspectos pueden tener, debido a que ningún estado biológico es definitivo hasta el momento, solo la muerte. Por su parte la Organización Mundial de la Salud en el año 1947 define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente se refiere a la ausencia de enfermedad.” (Alvaradejo, 1996,pág.19). Desde sus inicios, esta organización ha estado de manera persistente interesada en las interrelaciones que existen entre lo fisiológico, lo psicosocial y lo sociocultural, es decir, en los factores que se producen con las influencias de los cambios rápidos y la alteración social, tanto en la salud física como en la mental; de la misma manera se interesa por la posibilidad de un progreso más importante en la salud mental, también lo hace por las sociedades en las que la población sufre de desnutrición, parasitosis y otras enfermedades, así como también por la frecuente barrera psicológica y cultural que se opone a los exitosos programas de planeación familiar y de salud pública.

Aun y cuando la principal definición aparentara ser precisa, aún existen diversas opiniones para la misma; por ejemplo San Martín en 1992, considera la salud como un estado biológico y social estático, de hecho la noción de salud implica ideas de variación y de adaptación continuas, así como la enfermedad implica ideas de variación y de desadaptación; por ende no puede admitirse que la salud sea solo la ausencia de enfermedad y viceversa, ya que en los estados de salud y de enfermedad existe una escala de variación con estados intermedios que va de la adaptación perfecta hasta la desadaptación, a la cual llamamos enfermedad.

El conocimiento de la salud y enfermedad se reduce al de las relaciones entre los elementos que componen al ser humano y entran en juego en su comercio con el universo, ya que la enfermedad nace del desequilibrio de la salud; y en virtud de que se considera que la alimentación y el ejercicio obran sobre estos elementos, y al aumentar o disminuir la existencia o poder de alguno de ellos surge un desequilibrio corporal, el cual puede ser un factor importante para que se presente la enfermedad.

Ante lo anterior podemos mencionar que la salud no es una condición inevitable que recibimos o no por herencia, sino que es un estado mental muy variable que debe, o debería, ser constantemente cultivado, protegido y fomentado, evitando de esta manera la enfermedad y para lograr esto se conocen varios factores esenciales como: el nivel de vida, la calidad del ambiente en el que se vive, el conocimiento de los riesgos del ambiente (nivel de educación en salud), el comportamiento en relación con la salud, y otros.

La salud no logra ser un fin en sí misma si no que esta acompañada del goce pleno y equilibrado de las facultades del hombre sano, del disfrute del bienestar, y de su contribución productiva al progreso social. Es decir, la salud requiere más que una definición biológica; debe tener en cuenta todos los factores que intervienen en su determinación y variación (ecología, ambiente, sociedad, cultura, etc.). Por otro lado, cabe mencionar en este momento que, el concepto de salud es dinámico, histórico y se percibe de acuerdo con la época; más exactamente con las condiciones de vida de la población y las ideas de cada época.

La salud y la enfermedad son dos grados extremos en la variación biológica y por lo tanto en la medicina participando en el resultado de nuestro organismo para fracasar o tener éxito al momento de la adaptación física y social ante las condiciones de nuestro medio ambiente en general; por lo tanto podemos decir que se trata de un estado de equilibrio orgánico entre el medio interno y externo del individuo, en donde se toman en cuenta las diferencias genéticas entre los individuos y sus condiciones de vida.

La enfermedad es un estado de desequilibrio ecológico en el funcionamiento del organismo vivo. La enfermedad no tiene sentido en función del hombre tomado como unidad bio-psico-social. En esta forma, y con la definición de salud, la *enfermedad* podría definirse como *un desequilibrio bioecológico o como una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto. Este proceso termina por producir una perturbación de la fisiología y/o de la anatomía del individuo.*

En la misma línea, la enfermedad es vista como el mal funcionamiento de procesos biopsicosociales sin incluir el conjunto de reacciones personales y culturales ante la enfermedad o el padecimiento, es decir: la experiencia del enfermo es siempre fuertemente moldeada por los factores culturales que orientan la percepción, la conceptualización, la explicación y la evaluación de la experiencia, incluyendo las expectativas del enfermo.

Cabe recalcar que la mayoría de las veces el enfermo descuida su higiene y aliño personal, brindando a la sociedad un aspecto físico desagradable y/o deplorable provocando que el rechazo, sea la reacción principal de la gente, (además de que se tiene que tomar en cuenta que la misma gente ignora la enfermedad y los síntomas de esta, alejándose para evitar de esta manera un posible contagio, aún y cuando este no sea posible), en el caso de la enfermedad mental, es mayormente observable el alejamiento y rechazo hacia el paciente ya que en muchos casos, aparte del aspecto físico, se presenta el aspecto conductual, el cual hasta se puede tornar, en ocasiones, disruptivo.

En el tratamiento de las enfermedades, la preocupación por las condiciones generales de higiene (física y mental) desempeña un papel preponderante, ya que ante la sociedad debemos encontrarnos presentables físicamente, debido a los estigmas que surgen en la misma, por ejemplo en nuestro país es común, en un nivel socioeconómico medio y bajo, observar en la calle una persona indigente en pésimas condiciones de higiene y aliño personal así como una conducta disruptiva, la primer frase que se escucha o que solemos decir es: "Pobre, es un enfermo mental", y probablemente lo sea, pero lo que esencialmente tomamos en cuenta es la primera impresión que tenemos de él, sin ser esto un factor exclusivo, ya que en la salud y en la enfermedad existen diversos factores, que son necesarios tomar en cuenta, como son: la situación laboral del sujeto, la frecuencia y constancia de sus relaciones interpersonales y otros más, en donde debe de cubrir en lo posible estos puntos para tener un mejor nivel de salud.

Juvenal en el siglo I D. de C. (Navarro, 1984), crea la frase "mente sana en cuerpo sano", y con esto podemos decir que la idea de salud mental no es del todo nueva, aunque hoy en día se oye hablar de esto con mucha más frecuencia que hace XIX siglos, y podría pensarse que: la salud mental es solo la ausencia de la enfermedad mental, como ya lo hemos mencionado, pero en realidad esta es una manera positiva de ver las cosas, y es el pensar que una persona mentalmente sana, es capaz de hacer frente en forma constructiva a los problemas que pueda encontrar en la vida, conservando al mismo tiempo una actitud serena con las personas que la rodean y para sí mismo, teniendo esta misma persona amplio entusiasmo por la vida. Con lo anterior se observa el énfasis que se ha hecho en la interacción entre el exterior y el interior del individuo, ya que consideramos que muchas veces la imagen que presentamos ante los demás, asemeja como nos sentimos internamente.

Ante lo anterior, el Dr. Meninger (Op.cit.), hace mención de algunas características de una persona mentalmente sana, citando que tal persona es capaz de enfrentar la realidad, no importando cuan adversa le sea, obteniendo el mejor provecho de la situación, y no intentando evadir las situaciones difíciles que surjan, ni se niega a admitir la existencia de las mismas, manejándolo de la mejor manera posible.

En siglos pasados se creía que una persona cuya mente o emociones llegaban a alterarse estaba poseída por los demonios, que eran brujas, y mil y un tabúes y/o mitos; hoy en día se entiende que la persona esta enferma mentalmente y que debe ser tratada como cualquier otra persona y a la vez atendida por un especialista de la salud mental. Existe en la actualidad una rama de la medicina que trata exclusivamente de lo relativo al campo de la enfermedad mental; esta se llama psiquiatría, derivada de dos palabras griegas, que significan "mente" y "curación". La psiquiatría se relaciona no solo con el tratamiento de la enfermedad mental, sino con la forma de prevenirla; este último campo se llama higiene mental. Otra rama de la salud, no menos importante, que se interesa por la enfermedad mental es la psicología ("mente" y "estudio"), la cual muestra mayor interés en el origen del padecimiento, y en interacción con la psiquiatría, atienden la enfermedad mental siendo la diferencia entre estas que el médico psiquiatra se enfoca en la disminución pronta del síntoma (y de ser posible la desaparición del mismo) por medio del uso de psicofármacos, y en cambio el psicólogo se enfoca a indagar, a través del discurso del paciente y otras técnicas, identificando el origen del padecimiento, y brindando alternativas para que resuelvan su conflictiva interna.

Los problemas de la salud mental son mejor comprendidos si se les relaciona con el ambiente físico y social en que la persona se haya inmersa. La causa de muchos problemas de salud no solo se encuentra en el conflicto entre nuestra biología y la naturaleza, sino también entre nuestra psicología, la estructura y la organización de nuestra sociedad, como por ejemplo puede haber personas que se encuentran mentalmente sanas al encontrarse hospitalizadas, pero al momento de convivir con la familia, o la sociedad en la que se desenvolvía antes de ser internado, resurge nuevamente el cuadro psicótico, el cual muchas de las veces puede ser momentáneo hasta que se de una separación con la familia o sociedad; pueden así también encontrarse a personas mayormente complejas, que se encuentran mentalmente sanas al convivir con la familia, pero al interactuar con otras personas de la sociedad aparece nuevamente el padecimiento; y es aún más común en los hospitales observar el punto

de vista biológico en el cual al existir alguna infección interna, o algún proceso natural (como por ejemplo, el periodo menstrual, en la mujeres) por sencillo que sea, aparece el brote psicótico en el paciente. Algunos problemas de salud mental están engranados con la forma de vida y el carácter social. Y en efecto, la sociedad juega un papel fundamental en la preservación de la salud mental. Tener en quien confiar, mantener una individualidad, estar íntimamente ligado con familiares y amigos, y ser parte de una comunidad que responde en caso de necesidad, protege la salud mental de los individuos.

El concepto de enfermedad mental no posee entidades reales a las cuales el concepto salud-enfermedad puede ser aplicado; hay una falta de analogía entre enfermedad física y enfermedad mental, ya que la salud mental, a diferencia de la salud física, no puede definirse objetivamente. Sin embargo la investigación contemporánea, enfatiza la medición de variables operacionales, la cuantificación y prueba rigurosa de las hipótesis las cuales se crean al aparecer una nueva enfermedad en los sujetos; pero el hecho de que los pensamientos se refieren a cosas y eventos fuera de la mente, sugiere que tal objetivación de los métodos por sí solos, no pueden aportar un abordaje completo de la vida mental, aún y con todo esto se han realizado investigaciones en donde se toman en cuenta diversos factores, que miden la calidad de vida. Hasta hoy no se han logrado resultados generalizados al evaluar la calidad de vida en pacientes psiquiátricos; ya que el evaluar la racionalidad de las creencias de alguien, la exactitud y objetividad son mediciones sociales más que juicios acerca de si los organismos realizan o no estas funciones naturales. De hecho estas creencias, deseos y motivos, se han convertido en objetivos primordiales de los investigadores en el área de la Salud Mental, percatándose de la importancia de recolectar información, no sólo objetiva, sino también subjetivamente.

La enfermedad mental, es un padecimiento que se presenta con mayor frecuencia que lo que la mayoría de la población cree; pero de hecho pertenece solo a uno de dos grandes grupos: la neurosis y la psicosis. La neurosis se caracteriza por desordenes mentales de menor importancia, la mayoría de las emociones que interfieren con la felicidad y capacidad de una persona son de origen neurótico y aún así la mayoría de las personas logran vivir con estos síntomas. En cambio la psicosis se representa por desordenes mentales de mayor importancia que en origen pueden ser orgánicos o funcionales, o resultado de algún esfuerzo emocional (psicológicos); los síntomas característicos de esta, son, alucinaciones visuales, auditivas, olfativas, gustativas y sensoriales, conductas disruptivas y desorientación con respecto al tiempo, lugar o la propia identidad (conocidas actualmente como las tres esferas psicológicas). El psicótico no retiene la misma noción de la realidad como lo hace el neurótico; la perturbación de la personalidad es tan notable que se requiere hospitalización, particularmente en las etapas agudas.

1.2 DEFINICION DE CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida cambia constantemente, de acuerdo a las expectativas que tienen los individuos por conseguir las condiciones optimas que le puede brindar cada momento histórico. Estas expectativas se transforman en una demanda permanente por tener una vida cotidiana adecuada a la época. Al no obtenerse esa calidad de vida, se

produce un conjunto de procesos, que en forma general, se caracterizan por un estado social de creciente insatisfacción, privación y marginalidad relativa.

En los antecedentes relacionados con el término calidad de vida, remontan hasta Demócrito en el siglo V A. de C. (Betancourt, 1997), quien menciona que el bienestar no consistía en la posesión de tierra, animales y oro; que era la salud el asiento del bienestar humano. Debido a que en ese entonces, al igual que ahora, se considera a la "salud" como el componente principal de la calidad de vida, y generalmente mientras mejor es la calidad de vida, menor probabilidad existe de que se requieran los servicios médicos y por lo tanto nuestra salud se encontrara en adecuadas condiciones. Posteriormente otra referencia que se conoce acerca de el término de calidad de vida nos refiere al año 50 D. de C. (Alvarado, 1984), con la obra de Séneca *sobre una vida feliz*, en la cual habla de *qualitas vitae*.

También así, en México Ocaranza y otros historiadores (Ramírez, 1950), hacen mención que entre los dioses de la medicina azteca, se rendía gran culto a la diosa **Tzapotlatenan** (madre **Tzapotla**) quien era la que presidía la medicina general. El dios **Xipe** era tutelar de la medicina; y se sabe que él castigando a los hombres que se manejaban mal, produciéndoles enfermedades diversas. Había divinidades como **Tezcatlipoca** dios creador de la tierra y el cielo, el se encarga de castigar los vicios terribles con diversas enfermedades. **Centeotl**, era la diosa de las yerbas medicinales. **Xolotl**, era el dios que producía las monstruosidades, los vicios de conformación y los embarazos generales. **Xoalteuctli**, mejor conocido como el dios del sueño. Entre otros, debido a que todos ellos se relacionaban directa o indirectamente con la salud, a la cual le daban bastante importancia. De hecho ante la invasión de alguna enfermedad infecciosa grave, los aztecas invocaban a alguno de ellos o a varios y aparentemente ante alguna enfermedad mental obligaban a los familiares del enfermo a que lo transportaran al punto más elevado de la montaña vecina; ahí lo dejaban solo, provisto de alimentos y agua hasta su muerte o curación momento en que el enfermo podía bajar nuevamente con su familia Y al parecer el agua era para ellos el remedio por excelencia *porque limpiaba el cuerpo y lavaba las manchas del alma*. Medicina, tierra, fuego, hierbas, embarazos, sueño, comida y agua, son diversos elementos que tomaban en cuenta los aztecas con la finalidad de obtener una mejor salud y por consiguiente mejorar su forma de vivir, y de alguna manera mejorar su calidad de vida.

Estos datos son mencionados con la finalidad de saber como era considerada la salud y la enfermedad en nuestro país, durante la época de la conquista; Sin embargo la OMS en 1947, define que la salud es un estado completo de bienestar mental, físico, social y no solo la ausencia de enfermedad, consideramos que la calidad de vida es un concepto más amplio que va más allá de la salud o la enfermedad; Y no cabe duda de que un completo bienestar físico, mental y social, quizás sea difícil definir, ya que cada disciplina y persona tienen su propia idea acerca del tema, de hecho nosotros consideramos necesario contemplar otros elementos para dar una definición más amplia de calidad de vida.

Uno de los primeros elementos que cabe mencionar es, que desde los años cincuenta, los enfermos psiquiátricos sufrían de la llamada institucionalización u hospitalismo, permaneciendo en los hospitales durante años, y en algunos casos, de por vida. El concepto de la calidad de vida, resultaba irrelevante para estos sujetos condenados a un deterioro global de la personalidad y de las funciones intelectuales. Con la llegada de los psicofármacos, especialmente de los neurolépticos, este sombrío panorama fue aclarándose, despertando en el médico una nueva ambición: lograr que los pacientes con enfermedades mentales crónicas e incapacitantes pudieran tener una evolución más satisfactoria. Sin embargo, al intentar delimitar los factores que incrementarían el bienestar y el funcionamiento del paciente psiquiátrico, para entonces incidir sobre éstos con medidas preventivas y de sostén, siendo obvio que tales factores no habían sido aun claramente definidos.

A partir de la sexta década del siglo pasado, se puso en marcha, alentado por los avances de la psicofarmacología, un proceso de cambio en el trato y en el tratamiento de los enfermos mentales. Actualmente se sabe que ya no es necesario mantener confinados a este tipo de enfermos hasta la total remisión de los síntomas de su enfermedad. Hoy en día la restitución parcial del juicio, de realidad y de la conciencia de enfermedad, hacen posible el manejo personalizado y la rehabilitación de pacientes que en el pasado eran difícilmente abordables por la dificultad para establecer con ellos una relación significativa.

Uno de los mayores retos a los que se enfrenta actualmente la psiquiatría en todos los países es mejorar la calidad de la atención de los enfermos mentales que la requieran, mayor participación de las familias y de la sociedad., por ejemplo la persona que padece esquizofrenia se ausenta de la realidad y no tiene conciencia de estar enfermo: siendo claro que en estas condiciones, la persona no puede manejar su vida de manera autónoma y el asignarle tareas que no puede cumplir le conducen al fracaso reiterado y al desaliento. Puesto que algunas discapacidades no son modificables, es necesario que el ambiente compense estas deficiencias, y que el enfermo reciba el apoyo y la protección que necesita, por ello la rehabilitación es un proceso que se puede utilizar, y que conoce grados en el cual se relacionan los objetivos con las posibilidades; logrando algunos enfermos niveles de funcionamiento similares, a los que tenían antes de presentar su padecimiento, como también otros mejoran parcialmente y, otros más, permanecen con discapacidades importantes el resto de su vida, no siendo solamente la magnitud del daño, sino también las circunstancias del medio las que señalan los límites de reintegración.

Desde la perspectiva de la salud pública, y desde la perspectiva médica el análisis sobre la calidad de vida es meramente preventivo, reconociendo que en la mayoría de los casos, los problemas presentes en la población se deben a una educación muy deficiente, y aun, el esfuerzo por modificar esta circunstancia abarca no solo a la población en general, sino también a la modificación de los programas de estudios en casi cualquier profesión, y desde el punto de vista de crecimiento y desarrollo como sociedad y como nación, es importante reconocer que no son solo factores físicos u orgánicos, sino también sociales, y demográficos los que pueden afectar de forma importante la calidad de vida.

En la actualidad la calidad de vida es un tema que se ha estado investigando en muchos países del mundo, esto aun sin tener una definición universal, sin embargo, más adelante plantearemos una definición acorde a los parámetros y situación de la investigación que nos ocupa en este momento. Se ha investigado dicho tema en diversas áreas de la medicina, como son: Cáncer, Sida, epilepsia, esquizofrenia, depresión. etc.: así como también en diferentes contextos de la sociedad en general, como por ejemplo en la gerontología y en los hospitales psiquiátricos. tomando este último contexto como el relevante en nuestra investigación, debido a que el trabajo se realizara en una institución psiquiátrica y con las pacientes que en ella se encuentren institucionalizadas.

Entre los avances más importantes que ha tenido la medicina en el diagnostico y tratamiento de algunas enfermedades se ha incrementado la expectativa de vida de los pacientes diagnosticados con un padecimiento específico. Como resultado se observa una población creciente, así como una duración de la vida promedio mayor o por lo menos mantenida, de ahí la importancia de valorar el impacto de las enfermedades en el sentido de bienestar y en su calidad de vida.

En la actualidad aun es necesario puntualizar la dificultad que existe para definir el termino de calidad de vida, y en la tentativa por encontrar esta definición han surgido diversos postulados siendo ambiguos para la finalidad de nuestra investigación y aún así son relevantes y útiles en la misma, porque cada una de ellas constituye un área relevante para el tema que nos ocupa en este momento.

Para Cella y Cherin (Alvaradejo,1996), la calidad de vida es la apreciación y satisfacción del nivel de funcionamiento actual, comparado con lo que se percibe como posible o ideal. Mencionando también, dos factores principales determinan la calidad de vida: 1) el nivel actual de disfunción y, 2) la habilidad del individuo para tolerarlo.

Por su parte Young y Longman definen calidad de vida como el grado de satisfacción en que son percibidas las circunstancias de la vida cotidiana.

Para Lewis la calidad de vida es el grado en que un individuo posee autoestima, un propósito en la vida y un mínimo de ansiedad.

Así mismo Burckhardt define la calidad de vida como el grado en que un individuo percibe si su vida es buena y satisfactoria, si goza de bienestar físico y material, de buenas relaciones interpersonales, adecuada participación en actividades sociales y alcance un desarrollo optimo a nivel personal.

Posteriormente Campbell en 1976 refiere que la calidad de vida es el sentido de bienestar que percibe una persona, derivado de su experiencia ante la vida.

De las anteriores definiciones. el concepto de calidad de vida, tiene múltiples aspectos, y aquel que evalúe este termino podrá tener sus propias normas para definirlo; y este problema de apreciación es critico si se considera que para cualquier intervención terapéutica resulta fundamental conocer las características que son significativas en un paciente en particular y para los evaluadores naturales, es decir para las personas que pueden tener un impacto sobre este paciente. En la literatura sobre el tema hemos

encontrado que el concepto de calidad de vida, es utilizado como un indicador subjetivo de medida y ha sido nombrado de diversas maneras tales como bienestar, bienestar subjetivo o psicológico, felicidad y satisfacción en la vida, etc. Aún y cuando los términos estrictamente tienen diferentes significados, en la mayoría de los estudios se tiene una connotación similar, o bien se consideran componentes o dimensiones en la calidad de vida, pero al final se conciben de la misma manera llegando a un solo punto el cual es: la satisfacción del sujeto en todas y cada una de las áreas de la vida.

Como es comprensible la calidad de vida, no es un proceso que pueda estudiarse en forma simple y descriptiva; su análisis es complejo porque el proceso es dinámico, variable y de asociaciones causales múltiples. En realidad la calidad de vida es el resultado de la interacción permanente de un complejo de elementos de naturaleza muy diversa relacionados con los conceptos de desarrollo económico, desarrollo social, nivel de vida, necesidades fundamentales del hombre, desigualdades socioeconómicas, concentración económica, modos de vida, libertades públicas, condiciones ecológicas, y sanitarias del ambiente de vida, nivel de salud-enfermedad de la población, seguridad e inseguridad social, de las percepciones que la población tenga de sus condiciones de vida, entre otras más, y las traduzca subjetivamente en sentimientos de bienestar-malestar, satisfacción-insatisfacción, felicidad-infelicidad, alegría-tristeza, etc.

Al no obtenerse una adecuada calidad de vida, se producen un conjunto de procesos que se caracterizan por un estado social de creciente insatisfacción, privación y marginalidad. Al parecer la calidad de vida de una sociedad, o de un grupo humano es mejor mientras más adecuadas sean las condiciones para la reproducción social así como para los procesos vitales. Es decir la capacidad de una sociedad de resolver satisfactoriamente en cantidad y calidad el conjunto de necesidades humanas y posibilitar el desarrollo humano, es lo que aparentemente permite que su población tenga una mejor calidad de vida. Deduciendo con lo anterior que muchas de las veces la revisión del concepto de calidad de vida requiere, necesariamente, de una discusión sobre las necesidades humanas y de sí, se satisfacen estas o no, ya que un estándar de vida puede incluir una evaluación objetiva de las habilidades para contender así como la capacidad para manejar la propia vida diaria en su comunidad de forma independiente.

La satisfacción de estos apartados es necesaria para que la mayoría de la gente reporte una aceptable calidad de vida, pero un estándar de vida es indispensable para tener una aceptable calidad de vida, y hay que tomar en cuenta que, el estándar de vida no es sinónimo de una elevada calidad de vida.

Para continuar, es necesario hacer una diferencia entre **calidad de vida** y **estándar de vida**: la primera, se define como índice subjetivo; y la segunda se evalúa objetivamente, por medio de un observador que mida la situación de la vida real del paciente. El estándar de vida, incluye una evaluación objetiva de las habilidades del paciente para contender y la capacidad para manejar la propia vida diaria en su comunidad de manera independiente. Para satisfacer estos dos apartados es necesario que la mayoría de las personas reporte una aceptable calidad de vida, sin embargo un estándar de vida es indispensable para tener una aceptable calidad de vida.

Por su parte la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE) (Betancourt1994), considera que el mejoramiento del estándar de vida no deberá ser un objetivo en sí mismo, sino que más bien debería de crear las condiciones para que la gente alcance sus propios objetivos.

La calidad de vida cambia constantemente de acuerdo a las expectativas que tienen los individuos por conseguir las condiciones óptimas para satisfacer sus necesidades de acuerdo al momento histórico en que viva. Estas expectativas se transforman en una demanda permanente por tener una mejor calidad de vida acorde a la época en la que se encuentre.

Las condiciones psiquiátricas provocan un impacto en el bienestar interno del paciente, a la vez que lo hacen sobre el status funcional del mismo. Sin embargo, el concepto calidad de vida es difícil de definir en enfermedades crónicas terminales como en pacientes con Cáncer o Sida, y es un tema de mayor controversia en enfermos mentales, ya que existe la impresión empírica de que las percepciones de este tipo de pacientes muestran distorsiones por los trastornos cognitivos y de la personalidad, que el padecimiento trae aparejado comúnmente. Lehman en 1982 y 1983 (Bernal y Méndez,1999), atestiguan que es posible la recolección confiable de información acerca de la calidad de vida en enfermos mentales crónicos; y menciona que, a pesar de las condiciones de vida, aparentemente es indeseable para el americano promedio, casi la mitad de sus encuestados dijeron sentirse "mayormente satisfechos" y los enfermos crónicos institucionalizados estaban significativamente menos satisfechos con sus vidas que la población general.

Esta idea remite a la explicación de una concepción de ser humano al que se define y diferencia de otras especies vivas, por su capacidad de apropiarse de la naturaleza y en este proceso transformarla y transformarse a sí mismo, realizando este cambio mediante la actividad vital más específicamente humana: el trabajo. A través de este, el hombre es capaz de transformar el objeto de sus necesidades y de sus actividades así como de todos los fenómenos de la naturaleza y, siendo en este proceso, en donde puede desarrollar y ampliar sus propias capacidades y necesidades.

Se puede afirmar que lo que llamamos calidad de vida reúne todos los propósitos que condicionan objetiva y subjetivamente la situación del bienestar social, fundada en la experiencia individual y colectiva de la población frente a la vida social.

Por lo que, en un intento claro por definir, la calidad de vida podemos entenderla como, la relación global que el individuo establece entre las situaciones agradables y las desagradables, que le suceden en su vivir cotidiano, en sus interrelaciones con los otros miembros de la colectividad y con el ambiente total en el que se desenvuelve: ante esto podemos decir que lo que solemos llamar calidad de vida no es solo lo objetivo, sino también la reacción subjetiva que estas relaciones producen y el valor que les concedemos. Siendo esto un proceso dinámico en el ámbito social, económico, cultural y psicológico de producción de situaciones agradables y desagradables referentes a la calidad de nuestra vida social.

1.3 FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA

Existe con cierta frecuencia una aparente contradicción entre variables objetivas y evidentes, así como la calidad de vida es percibida por la gente, influye en esta tendencia el consenso cultural y social sobresaliente en las clases sociales o en los grupos predominantes dentro de las mismas; por ejemplo: mitos, tradiciones y creencias sobre lo que es el bienestar, la satisfacción y lo que pudiera llamarse felicidad en la vida social e individual, influyendo también procesos compensatorios como es la sobreestimación del yo, frente a la ausencia de valores objetivos o también al valor que la sociedad concede a los roles y status sociales.

En el cuadro 1 se aprecian los trece componentes relacionados con la calidad de vida, que comprenden el estudio de Johansson en 1973, :

- | | |
|----|--|
| 1) | Trabajo y condiciones de trabajo, |
| 2) | Recursos económicos. |
| 3) | Recursos políticos. |
| 4) | Escolaridad. |
| 5) | Salud y uso de servicios médicos, |
| 6) | Familia de origen y relaciones familiares. |
| 7) | Vestido. |
| 8) | Nutrición. |
| 9) | Placer y pasatiempos. |

Cuadro 1

Posteriormente para Levi y Anderson en 1975 (Palomar, 1995), el concepto de calidad de vida comprende solamente nueve componentes, citados en el cuadro 2.

- | | |
|----|-------------------------------------|
| 1) | Salud. |
| 2) | Consumo de comida. |
| 3) | Educación. |
| 4) | Ocupación y condiciones de trabajo. |
| 5) | Condiciones de vivienda. |
| 6) | Seguridad social. |
| 7) | Vestido. |
| 8) | Recreación. |
| 9) | Derechos humanos. |

Cuadro 2

Por su parte Flanagan en 1978 (Op.cit.), afirma que la calidad de vida esta constituida por 15 componentes, situación que se puede observar en el cuadro 3

- | | |
|----|---------------------------|
| 1) | Bienestar económico. |
| 2) | Bienestar físico y salud. |
| 3) | Relaciones con parientes. |
| 4) | Tener y criar hijos. |
| 5) | Relaciones de pareja. |

- 6) Amigos cercanos.
- 7) Actividades cívicas y sociales.
- 8) Actividades políticas.
- 9) Desarrollo personal.
- 10) Conocimiento personal.
- 11) Trabajo.
- 12) Expresión personal y creatividad.
- 13) Socialización.
- 14) Actividades de recreación pasiva.
- 15) Actividades de recreación activa” (Palomar, 1996, pág. 9).

Cuadro 3

Day en 1987 (Palomar, 1995), distingue 13 áreas de actividades que tienen relación con la calidad de vida: Vida familiar, vida laboral, vida social, placer y/o recreación, salud personal, cuidados en relación a la salud, consumo de bienes y servicios, posesiones materiales, self, vida espiritual, vida dentro del país, relación con el gobierno federal y relación con el gobierno local y estatal.

Encontrando que algunos de los componentes ya citados los englobamos en cuatro factores los cuales son: factores demográficos, sociales, clínicos y subjetivos; claro está que a los anteriores se integraran componentes que no son considerados por otros, y que para nuestra investigación son relevantes.

En su Obra: Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas, Hernán San Martín, (1992) menciona que, los elementos concretos que constituyen la calidad de vida, se pueden agrupar, para fines de investigación, en varios niveles:

Elementos objetivos y materiales necesarios e indispensables para la vida del hombre: necesidades humanas fundamentales o prioritarias, necesidades secundarias, otras necesidades como aspiraciones; forma como se determinan las necesidades en la comunidad y en la sociedad.

Formas en que se distribuyen en la sociedad los elementos que satisfacen las necesidades: existencia o ausencia de desigualdades sociales y económicas.

Sistemas de valores culturales que coexisten en la misma sociedad; interrelaciones entre las culturas existentes.

Valores y bienes inmateriales necesarios para el desarrollo mental e intelectual del individuo; sistemas educativos y socialización.

Forma y elementos que relacionan el bienestar individual, familiar y social con los sistemas sociales de producción de bienes y servicios materiales e inmateriales que se ofrecen a la sociedad, limitaciones y accesibilidad.

Elementos subjetivos que mediatizan la percepción de los valores y de los elementos que conforman la calidad de vida; esta a su vez condiciona los sentimientos de satisfacción y de bienestar social e individual.

El nivel de desarrollo económico y social forma parte de los componentes de la calidad de vida pero no necesariamente un alto nivel de desarrollo económico significa una buena calidad de vida: así también, en nuestro país, como en otros países tercermundistas, es muy claro que muchas de las veces no por tener un adecuado desarrollo social, se tendrá una buena calidad de vida.

La calidad de vida es un concepto ampliamente estudiado, el cual abarca muchas áreas o factores, los cuales, comúnmente se encuentran divididos en tres indicadores: subjetivos de la calidad de vida, objetivos de la calidad de vida y características personales; dando como resultado un bienestar global del sujeto, siendo estos términos determinados por el contexto social, cultural y económico, dando así como evidencia que la mayoría de los instrumentos creados hasta el momento no cumplen o cubren las áreas que deberían abarcar, ya que no evalúan el bienestar global, de acuerdo a la experiencia de los enfermos que son atendidos en los centros de salud en México.

En esta investigación tomamos en cuenta los indicadores y/o factores que componen lo que hemos definido como: calidad de vida para medir la satisfacción o insatisfacción del individuo o la población estudiada.

1.3.1 FACTORES DEMOGRAFICOS

La demografía, se puede definir como: "la ciencia que estudia a la población" (García P., 1981), ya que comprende el número de personas que viven en una comunidad, el tiempo aproximado de ocupar un lugar en la misma, también considera diferentes elementos como son: ocupación y actividades en su tiempo libre, su estándar de vida promedio, sin dejar de tomar en cuenta que la sociedad esta creando y transformando su medio para crear mejores condiciones de vida, las cuales serán para mejorar y satisfacer su calidad de vida en su momento, así como de futuras generaciones que utilicen los servicios que ellas actualmente ocupan.

En relación con las diversas investigaciones que se han realizado y de acuerdo a nuestro juicio, es oportuno mencionar que dentro de los factores demográficos se considera lo que es la ficha de identificación, la cual contiene datos importantes, como son: nombre completo, edad, estado civil, sexo, escolaridad, ocupación anterior y actual, si cuenta o no con familiares, lugar de residencia, diagnostico, tiempo de estar enfermo, tiempo de hospitalización y la fecha de ingreso.

En general no se han encontrado diferencias significativas en cuanto al genero. Leelakulhanit y Day en 1992 (Palomar, 1996), no obtuvieron diferencias en la satisfacción de hombres y mujeres en diferentes áreas de la vida. las diferencias de genero en la estructura del bienestar, se condicionan por circunstancias socio-históricas más no por la estructura cognitiva o afectiva entre hombres y mujeres.

Lehman en 1982 y 1983, realizó un estudio a 278 residentes mentalmente incapacitados que se encontraban en alojamientos asilares para enfermos psiquiátricos, encontrando que la calidad de vida se asociaba con: pobreza, desempleo y estigma social. La mayoría de los pacientes que entrevistó, se encontraban insatisfechos en cuanto a finanzas, empleo y seguridad personal. Los empleados con mejores ingresos estaban más satisfechos, pero los desempleados no mostraban la diferencia entre los que

buscaban trabajo y los que no lo hacían. También encontró que los pacientes hospitalizados estaban menos satisfechos que las personas no hospitalizadas con status socioeconómico bajo y de raza negra.

Y de acuerdo a las observaciones realizadas, hasta el momento, los enfermos psiquiátricos desempleados y solteros pueden reflejar déficits para la interacción con su medio ambiente social y físico en la compleja sociedad humana moderna. En un estudio realizado por Sullivan en 1992 (Bernal y Méndez, 1999), con 101 pacientes psiquiátricos hospitalizados por una enfermedad mental severa, relativamente jóvenes, comúnmente solteros, de sexo masculino y raza afroamericana, encontró que a mayor edad, los pacientes reportaban mayor insatisfacción con la vida, al parecer debido a que reportaban menos el efecto de su enfermedad, percibiendo mejor impacto acumulado de sus defectos y disfunciones sobre sus vidas. Una cuarta parte de la muestra estudiada había terminado la educación media; observando ante esto que los pacientes mejor educados reportaron una peor calidad de vida, ya que no podían obtener un empleo de acuerdo a su nivel educativo o porque no conseguían ningún trabajo.

1.3.2 FACTORES SOCIALES

Aproximadamente hace unos 3500 años, todos los hombres se parecían unos a otros, siendo muy difícil distinguir las diferencias culturales, ya que muchas de las veces solo resaltaban las habilidades que tenían cada uno de ellos para crear armas o conseguir algún elemento del medio ambiente, posteriormente se distinguían por las pinturas que realizaban en sus cuevas (en donde grababan mamuts, caballos, bisontes y otros animales o situaciones, a la luz de las antorchas humeantes), viviendo todos ellos en continuo temor por el ataque de diversos animales como leones o tigres, así como de los fenómenos naturales, que podían hacer más difícil su supervivencia, entendiéndose para entonces que se necesitaban entre ellos mismos para combatir todo lo anterior, cuidándose ante algún peligro o enfermedad, y creando de esta manera los pequeños grupos sociales. Con lo anterior, y como actualmente vivimos, podemos deducir que, la socialización es el proceso del desarrollo y supervivencia, en virtud del cual el individuo está preparado para integrarse en una forma organizada de vida, lo cual le puede servir para mejorar su calidad de vida.

Las relaciones sociales fueron el medio ambiente habitual de la sociedad, y también parecen tener algún efecto sobre la calidad de vida, lo que es igualmente cierto acerca de la percepción del sujeto en cuanto a la relación familiar.

En los últimos treinta años se ha observado un gran interés por considerar a los factores sociales como importantes en el estudio del paciente, debido a que en la antigüedad únicamente se tomaba en cuenta el estado clínico y la sintomatología del paciente. Cambiando principalmente esto, ya que actualmente son notables los aspectos sociales, interpersonales, familiares, ocupacionales, ambientales, etc., y estos se encuentran relacionados con el inicio, curso y tratamiento de la enfermedad; refiriéndose esto con lo dicho por Weissman (Valencia, et. al., 1989), ya que él propone que este interés se debe al hecho de que la enfermedad ocurra en un contexto o sistema social y por ende estos factores de la vida del paciente pueden intervenir en su funcionamiento, curso y tratamiento de su enfermedad.

Los pacientes psiquiátricos parecen encontrarse en peores condiciones respecto a sus relaciones sociales y familiares. Esto resulta de suma importancia, ya que se ha observado que las actividades familiares, sociales y de recreación, parecen tener mayor valor que el bienestar físico para el enfermo.

La ruptura con las actividades y relaciones sociales normales, es experimentada por las personas como una enfermedad mental de diferentes maneras de acuerdo a los problemas funcionales y/o psicológicos que presentan durante el proceso de enfermedad.

Uno de los hallazgos más importantes en la investigación realizada por Andrews y Withey, 1976; Davis, Fine-Davis y Meehan, 1982; Michalos 1985; Abbey y Andrews, 1985 (Palomar, 1996), acerca de la calidad de vida es la débil relación que existe entre el bienestar y algunas variables demográficas y sociales como edad, sexo, raza, educación, ingresos, y estado civil; inclusive juntando todas estas variables, raramente explican más del 10 % de la varianza de la felicidad o satisfacción general en la vida de las personas y excepcionalmente un poco más en las evaluaciones por áreas específicas.

Ángel en 1987 (Bernal y Méndez, 1999), supuso que la experiencia subjetiva de la enfermedad se relacionaba con la cultura, así con las áreas cognoscitivas y lingüísticas de la enfermedad, distorsionaban las opciones interpretativas y conductuales disponibles para los sujetos en respuesta a sus síntomas. Presupuso la existencia de estructuras cognitivas aprendidas, por las cuales cada experiencia corporal es filtrada, influyendo en la interpretación de normas de salud mental y física, determinadas culturalmente. Por otro lado MacGilp en 1992 registró que el 100% de sus encuestados optaban por vivir en la comunidad que hallarse en un hospital psiquiátrico. El 95% estaban satisfechos con su vida. Antes de salir, estos sujetos recibieron un entrenamiento en sus habilidades sociales y educación sanitaria, exponiendo que se "sentían preparados para irse". 28 de los 48 pacientes crónicos de su estudio fueron visitados en sus domicilios por enfermeras psiquiátricas comunitarias y en esa ocasión, el 85% de los enfermos expresó estar satisfecho con la atención recibida.

1.3.3. FACTORES CLINICOS

Inclusive, cuando la salud mental no es un factor relevante, la evidencia práctica apunta que algunas variables de personalidad repercuten de manera considerable como una característica del bienestar subjetivo. Y de hecho parecer, algunas variables tanto de personalidad como psicosociales están relacionadas con la calidad de vida. Otras variables como ansiedad, depresión y estrés aparentemente están correlacionadas negativamente con la calidad de vida; mientras que el control interno de la propia vida, el apoyo social y los sentimientos de competencia personal están correlacionados de manera positiva.

Aunque la psicología clínica tiene apenas un siglo de vida, también tiene un amplio efecto sobre la calidad de vida, en relación con la parte subjetiva de la salud, ya que el hombre desde su aparición sobre la Tierra a luchado por conocerse a sí mismo y esto lo ha hecho de múltiples maneras, mediante la observación y descripción informal de sus semejantes, el auto examen o el empleo del razonamiento astrológico, filosófico o la búsqueda de la inspiración divina.

La percepción de los pacientes en cuanto a su falta de iniciativa e impulsos, muchas veces afecta varias áreas de su calidad de vida. En los esquizofrénicos, por ejemplo, esta incapacidad se debe casi siempre a la presencia de los síntomas negativos propios del padecimiento; en otros casos, estos síntomas son ocasionados por los efectos secundarios de la medicación antipsicótica o por el uso necesario de medicamentos anticolinérgicos, como antidepresivos y antiparkinsonianos.

Headey y cols. en 1984 (Palomar, 1986), hallaron que, algunas áreas de la vida se correlacionan con el factor de bienestar y revela la poca varianza de malestar. En específico, se observó que la satisfacción con la salud se correlaciona discretamente con el índice de bienestar; sin embargo, la falta de salud e insatisfacción con esta se correlacionan mayormente con el índice de malestar. La satisfacción con aspectos materiales (trabajo, nivel de vida, etc.) muestra una mayor repercusión en el malestar. Asimismo, localizaron que la variable que más contribuye al malestar es el sentimiento de baja competencia personal y con el sentimiento de que uno no puede controlar su vida. La satisfacción con la salud y con el trabajo son probablemente las que impactan más la dimensión de malestar.

Lehman (1983) correlaciona la satisfacción del sujeto con indicadores objetivos de salud, como son: número total de enfermedades reportadas, cantidad total de servicios de salud utilizados, el uso de servicios psiquiátricos de emergencia, de servicios médicos en general y del acceso a estos servicios. Al parecer aquellos que usan más servicios de salud y tienen más enfermedades, están menos satisfechos con su vida.

A pesar de lo que a veces parece encontrarse durante la práctica clínica, el estudio de Sullivan en 1992 (Bernal y Méndez, 1999), reportó niveles bajos de síntomas depresivos y psicóticos en su muestra de pacientes mentales crónicos. En promedio, la mayoría de los pacientes, sólo se percataban de algún efecto colateral del medicamento. En un estudio posterior, se observó que los enfermos psiquiátricos le dan poca importancia al bienestar físico; al parecer esto está en relación con Mc Gee et. al. (1991) quienes notaron que la salud física, habitualmente no es un factor vital en la calidad de vida.

1.3.4 FACTORES SUBJETIVOS.

Tal vez muchos de ustedes se preguntaran que elementos podríamos abarcar en este apartado, ya que aparentemente hemos cubierto los elementos necesarios para medir la calidad de vida, pero, podemos decirles que muchas de las veces esto no es suficiente, ya que los pacientes, se muestran insatisfechos con los factores hasta ahora mencionados, tomando en cuenta esto y las experiencias "internas del paciente" como pueden ser: autorrealización, autoestima interna, libertad, felicidad, amor, las cuales son frecuentemente excluidas de las agendas de rehabilitación psiquiátrica y de las mediciones de éxito, cabría abrir este apartado para cubrir esta área de la calidad de vida.

Resulta difícil determinar, si la presencia de factores emocionales se debe a manifestaciones somáticas de problemas psicológicos o a una relación directa con la

enfermedad y su tratamiento. No obstante, en el área psicológica se han investigado diversos aspectos emocionales, tales como ansiedad y miedo generados por el diagnóstico e inadecuada comunicación con el equipo multidisciplinario (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales), pérdida de control asociada al sentimiento de completa dependencia hacia aquellos que administran el tratamiento e incertidumbre acerca de su curación, comúnmente presentándose depresión, rechazo, aislamiento, resentimiento, desaliento, enojo, sentimientos de inseguridad y desesperación.

Algunos autores ligan el concepto de valores humanos, es decir, el contenido de la satisfacción esta ligado al valor que cada cual concede a las cosas, de la vida; a un fenómeno o a una situación o a la vida humana misma. Podemos decir que el bienestar, la satisfacción y la felicidad son nociones emparentadas, pero no similares, emparentadas en razón de que las tres se fundan en valores, en hechos objetivos y en subjetividad. En todo caso los tres estados son situaciones dinámicas, variables, transitorias, originadas en las estructuras y en la dinámica de nuestras sociedades y particularmente en las relaciones psicosociales y psicoculturales.

Sheham en 1990 (Bernal y Méndez, 1999), realizó un estudio con 52 pacientes psiquiátricos ambulatorios, descubriendo que el 81% suponía que una dieta apropiada, sueño y ejercicio acortaban el riesgo de enfermedad, entre tanto el 23% especulaba que la culpa, pensamientos o actos pecaminosos tenían un efecto negativo sobre su salud. 81% de estos enfermos, manifestaban que incluso el clima, el ambiente social y familiar, el tipo de persona que uno es y tener control sobre sus emociones, hacían que una persona enfermara o no. Únicamente un tercio de la muestra (33%) opinaban que no podían controlar la enfermedad. 19% dijo que entendía que la enfermedad puede ocurrir como castigo por pensamientos pecaminosos. 42% creían que vivir una vida moral favorecía a prevenir la enfermedad. Sheham, supone que los seres humanos parecemos constitucionalmente diseñados para buscar un significado a los eventos en nuestra vida o para imponerles un valor; por esto, no es asombroso que en ocasiones se use la religión como un medio para adquirir el sentido de la circunstancia de la vida que de otro modo sería incomprensible.

El bienestar económico y psicológico se asocian con atributos culturales como: creencia, valores y etilo de vida. El status socio económico parece ser la cadena entre etnicidad, apoyo social y depresión. Las personas de status socioeconómico elevado tienen un mayor acceso a los sistemas de apoyo institucional y social, lo que resulta una ventaja y una seguridad que incluyen en la calidad de vida de tales personas. Los eventos de vida estresantes, en relación con el género, edad, etnicidad, status socioeconómico o la presencia de una red de apoyo social y de servicios de salud, pueden inducir daños psicológicos y por lo tanto provocar una disminución en la calidad de vida de las personas que los sufre.

En general las impresiones subjetivas de los pacientes acerca de sus vidas, pueden depender más de la dinámica de su mundo interno que de posesiones y atributos en el mundo exterior.

1.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO ASI COMO LAS DIFERENTES ENFERMEDADES MENTALES PRESENTES EN ESTA.

Desde hace tiempo se han realizado, proyectos e investigaciones completas, en donde se intenta medir la calidad de vida, pero muchos de estos han sido muy superficiales y otros solamente abarcan cierta área de la población, algunos de ellos sin mayor relevancia y no abarcando situaciones diferentes, como pueden ser en este caso las enfermedades mentales, ya que la mayoría de las veces son demasiadas y diferentes en una población psiquiátrica previamente establecida, por lo tanto consideramos indispensable hacer mención general de los padecimientos más comunes o que con mayor frecuencia se presentan en nuestra población de estudio. Es importante mencionar que el orden de presentación de estas no indica, frecuencia, incidencia o algún otro elemento que pudiesen confundir al lector, solo cabe hacer mención que estas definiciones han sido tomadas del CIE 10 (Clasificación internacional de las Enfermedades 10), trastornos mentales y del comportamiento y del DSM IV manual de diagnósticos médicos.

F00 – F05.9 DEMENCIAS

La demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara, el déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y en ocasiones es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se presenta en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad vasculo - cerebral y en otras condiciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria.

La demencia produce un deterioro intelectual apreciable que repercute en la actividad cotidiana del enfermo, por ejemplo, en el aseo personal, en el vestirse, en el comer o las funciones excretoras, este deterioro de la actividad cotidiana depende mucho de los factores socioculturales. Los cambios en el modo en como el enfermo desempeña su actividad social, tales como el conservar o el buscar un empleo, no deben de ser utilizados como pautas para el diagnóstico, porque hay grandes diferencias transculturales y factores externos, que repercuten en el mercado laboral.

F02.2 DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

Se trata de una demencia que se presenta formando parte de una degeneración masiva del tejido cerebral, la enfermedad e Huntington es transmitida por un único gen autosómico dominante. Los síntomas surgen por lo general hacia la tercera o cuarta década de la vida y la incidencia en ambos sexos es probablemente la misma. En algunos casos los primeros síntomas pueden ser depresión, ansiedad o síntomas claramente paranoides, acompañados de cambios en la personalidad. La evolución es lentamente progresiva llevando a la muerte normalmente al cabo de 10 a 15 años.

La asociación de movimientos coreiformes, demencia, antecedentes familiares de enfermedad de Huntington es altamente sugestiva del diagnóstico, aunque hay casos esporádicos en los que no es así.

Las manifestaciones más tempranas suelen ser los movimientos coreiformes involuntarios, sobre todo de la cara, manos y hombros o de la marcha, estos suelen preceder a la demencia y rara vez faltan antes que la demencia esté muy avanzada. Pueden predominar otros síntomas motores cuando el comienzo tiene lugar en una edad extraordinariamente joven (por ejemplo, temblor intencional).

F06 – F06.9 OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDO A LESION O DISFUNCION CEREBRAL O A ENFERMEDAD SOMATICA

Esta categoría incluye distintos trastornos mentales causados por alteraciones cerebrales, debidas a enfermedad cerebral primaria o a enfermedad sistémica o de otra naturaleza que afecta secundariamente al cerebro o a una sustancia tóxica exógena (incluyendo el alcohol y las sustancias psicotropas). Estos trastornos tienen en común, el que sus rasgos clínicos no permiten por sí mismos hacer un diagnóstico de presunción de un trastorno mental orgánico, como demencia o delirio. Por el contrario sus manifestaciones clínicas se parecen o son idénticas a aquellas de los trastornos no considerados como "orgánicos". Su inclusión aquí se justifica por la presunción de que su etiología es una enfermedad o una disfunción cerebral que actúa directamente y que no son la expresión de una asociación fortuita con dicha enfermedad o disfunción o de la reacción psicológica a sus síntomas, tal como trastornos esquizofreniformes asociados a epilepsia de larga duración.

Los siguientes trastornos son los que con mayor probabilidad dan lugar a los síndromes incluidos en este epígrafe: epilepsia, encefalitis límbica, enfermedad de Huntington, traumatismos craneales, neoplasias del cerebro, neoplasias extracraneales con repercusión remota en el sistema central, enfermedad vascular, lesiones o malformaciones vasculares, lupus eritematoso y otras enfermedades de colágeno, enfermedades endocrinas, trastornos metabólicos, enfermedades tropicales y enfermedades parasitarias, efectos tóxicos de sustancias psicotropas, no psicotropas.

F06.2 TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES (ESQUIZOFRENIFORME) ORGANICO.

Se trata de un trastorno en cuyo cuadro clínico predominan ideas delirantes persistentes. Las ideas delirantes pueden acompañarse de alucinaciones, pero estas no se limitan a su contenido. Pueden presentar rasgos sugerentes de esquizofrenia tales como alucinaciones bizarras o trastornos del pensamiento.

Para aceptar una etiología orgánica deben presentarse ideas delirantes (de persecución, de transformación corporal, de celos de enfermedad o muerte de uno mismo o de otra persona). También pueden estar presentes alucinaciones, trastornos del pensamiento, o fenómenos catatónicos aislados. La conciencia y la memoria no deben estar afectadas. Este diagnóstico no deberá hacerse si la presunta relación causal orgánica no es específica o se limita a hallazgos tales como una dilatación de los

ventrículos cerebrales visualizados en una tomografía axial computarizada o por síntomas neurológicos menores (“blandos”).

F06.3 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) ORGANICOS.

Se trata de un trastorno caracterizado por depresión del estado de ánimo, disminución de la vitalidad y de la actividad. Puede también estar presente cualquier otro de los rasgos característicos de episodio Depresivo. El único criterio para la inclusión de este trastorno en la sección orgánica es una presunta relación causal directa con un trastorno cerebral somático, cuya presencia deberá ser demostrada con independencia, por ejemplo, por medio de una adecuada exploración clínica y complementaria, o deducida a partir de una adecuada información anamnéstica. El síndrome depresivo deberá ser la consecuencia de los síntomas de un trastorno cerebral concomitante. Son casos prototípicos la depresión postinfecciosa (por ejemplo, la que sigue a una gripe, debe clasificarse aquí) pero la euforia leve que no alcanza el rango de hipomanía no debe codificarse aquí sino en F06.8.

F06.8 TRASTORNO MENTAL ESPECIFICADO DEBIDO A LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL O ENFERMEDAD SOMÁTICA.

Ejemplos de este son el estado de ánimo alterado que ocurre durante el tratamiento con esteroides o antidepresivos.

F06.9 OTRO TRASTORNO MENTAL DEBIDO LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL O ENFERMEDAD SOMÁTICA.

Esta categoría se reserva para los trastornos caracterizados por disfunciones cognitivas, probablemente debidas a un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, pero que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos especificados anteriormente, como delirium, demencia o trastorno amnésico, y que no estarían mejor clasificados como delirium no especificado, demencia no especificada o trastorno amnésico no especificado. La disfunción cognitiva debido a sustancias específicas o desconocidas, debe utilizarse la categoría diagnóstica de trastorno por sustancias afines no especificado

F09 TRASTORNO MENTAL ORGANICO O SINTOMATICO SIN ESPECIFICACIÓN.

Esta categoría residual debe usarse para los casos en los que se ha establecido que la alteración es causada por efectos fisiológicos directos de la enfermedad médica, sin que se cumplan los criterios diagnósticos para un trastorno mental especificado debido a una enfermedad médica (p. ej. Síntomas disociativos debidos a crisis comiciales parciales complejas).

F10.5 TRASTORNO PSICOTICO

Se trata de un trastorno que por lo general se presenta acompañando al consumo de alguna sustancia o inmediatamente después de él, caracterizada por alucinaciones vividas (auditivas pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales. que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y un modo completo en seis meses.

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias psicotropas tienen síntomas variados que están en función de la sustancia y de la personalidad de l consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes, la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia.

No debe hacerse el diagnostico de trastorno psicótico por la mera presencia de distorsiones de la percepción o experiencias alucinatorias tras el consumo de sustancias de efectos alucinógenos primarios(por ejemplo, LSD, mescalina o cánnabis a altas dosis). En estos casos y también en los estados confusionales, el diagnostico posible a considerar es el de intoxicación aguda.

Debe tenerse un cuidado especial en no confundir un trastorno psiquiátrico más grave (p. ej. una esquizofrenia) con un trastorno psicótico inducido por sustancias psicotropas. Muchos de los trastornos psicóticos inducidos por sustancias psicotropas son de corta duración, como sucede en la psicosis anfetamínicas y cocaínicas, a menos que vuelvan a ingerirse nuevas cantidades de la sustancia. Los falsos diagnósticos en estos casos tienen implicaciones desagradables y costosas tanto para los enfermos como para los servicios sanitarios.

F20.0 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.

Es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatonicos pueden ser poco llamativos.

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

- a) Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole ordenes o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo silbidos, risas o murmullos.
- c) Alucinaciones olfatorias, gustativas, sexuales u de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.

El trastorno del pensamiento puede ser importante en la crisis aguda, pero no tanto como para impedir que las ideas delirantes y alucinaciones sean descritas con claridad.

Lo normal es que la afectividad este menos embotada que en otras formas de esquizofrenia, pero suele ser frecuente una cierta incongruencia afectiva, al igual que una cierta irritabilidad, ira y suspicacia y un cierto temor. También pueden aparecer, pero no predominan en el cuadro clínico síntomas negativos como embotamiento afectivo y trastornos de la voluntad.

F20.2 ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA.

La característica predominante y esencial de la esquizofrenia catatónica es la presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Durante largos periodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rigidez y encorsetadas. Otra característica llamativa de este trastorno es la excitación intensa. Las manifestaciones catatónicas pueden acompañarse de estados oniroides con alucinaciones escénicas muy vividas.

Para realizar el diagnóstico de esquizofrenia catatónica deben predominar en el cuadro clínico uno o más de los siguientes tipos de comportamiento: estupor o mutismo, excitación, catalepsia, negativismo, rigidez, flexibilidad cética, obediencia automática y de perseveración del lenguaje.

F20.3 ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA

Se trata de un conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia(ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos, por ejemplo aplanamiento afectivo, alogia y abulia. Pero no se ajusta a ninguno de los tipos F20.0 – F20.2 o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categoría deberá utilizarse únicamente para los cuadros psicóticos (excluyendo, pues, a la esquizofrenia residual, F20.5 y a la depresión postesquizofrénica, F20.4) y solo después de haber intentado clasificar el cuadro clínico en alguna de las tres categorías precedentes.

F20.5 ESQUIZOFRENIA RESIDUAL.

Se trata de un estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluye uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente aunque no necesariamente reversibles.

En este tipo de esquizofrenia, se cumplen los siguientes criterios:

A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes en una forma atenuada.

F20.6 ESQUIZOFRENIA SIMPLE.

Se trata de un trastorno no muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan claramente psicótico, como los tipos hebefrénicos, paranoide y catatónico. Los rasgos "negativos" característicos de esquizofrenia residual, aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven ansiosos y pierden sus objetivos.

F22.0 TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES.

Se trata de un grupo de trastornos caracterizado por la aparición de un único tema delirante o un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí que normalmente son muy persistentes y que incluso pueden durar hasta el final de la vida del individuo. El contenido del tema o conjunto de ideas delirantes es muy variable. A menudo es de persecución, hipocondríaco, o de grandeza, pero también puede referirse a temas de litigio o de celos o poner de manifiesto la convicción de que una parte del propio cuerpo esta deformada o de que otros piensan que se despiden mal olor o que se es homosexual. Lo más característico es que no se presente otra psicopatología, pero puede aparecer de modo intermitente síntomas depresivos y en algunos casos, alucinaciones olfatorias y táctiles. Las voces alucinatorias, los síntomas esquizofrénicos tales como las ideas delirantes de ser controlado, el embotamiento afectivo y la presencia de una enfermedad cerebral son incompatibles con este diagnóstico, sin embargo, las alucinaciones auditivas ocasionales o transitorias, no típicamente esquizofrenias y que no constituyen una parte principal del cuadro clínico no excluyen el diagnóstico en enfermos ancianos. El trastorno suele comenzar hacia la edad media o avanzada de la vida, pero algunas veces especialmente en casos de creencias sobre deformaciones del cuerpo surge en él el inicio de la madurez, el contenido de las ideas delirantes y el momento en el que aparecen y suele tener relación con algunas situaciones biográficas significativas, por ejemplo, ideas delirantes de persecución en personas que pertenecen a minorías sociales. Fuera del comportamiento directamente relacionado con el tema de las ideas o sistema delirante, son normales la afectividad, el lenguaje y el resto de la conducta.

F23.8 OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS.

Se incluyen aquí los trastornos psicóticos agudos no clasificables en los apartados precedentes (tales como cuadros psicóticos agudos en los cuales aparecen claras alucinaciones o ideas delirantes, pero que persisten por muy poco tiempo). Los estados de excitación no diferenciados deben ser también codificados aquí cuando no se disponga de más información acerca del estado mental del enfermo, siempre que haya evidencia de que no existe una causa orgánica que justifique los síntomas.

Para un diagnóstico preciso se requiere de:

A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes:

- 1) Ideas delirantes.
- 2) Alucinaciones.
- 3) Lenguaje desorganizado.
- 4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

B. La duración de un episodio de la alteración es de al menos un día, pero inferior a un mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.

C. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

F25 TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO.

Se trata de trastornos episódicos en los cuales tanto los síntomas afectivos como los esquizofrénicos son destacados y se presentan durante el mismo episodio de la enfermedad preferiblemente de forma simultánea o al menos con pocos días de diferencia entre unos y otros. No es clara aún su relación con los trastornos del humor (afectivos) y con los trastornos esquizofrénicos típicos. Se codifican en una categoría aparte debido a que son demasiado frecuentes como para ser ignorados. Otros cuadros en los cuales los síntomas afectivos aparecen superpuestos o forman parte de una enfermedad esquizofrénica preexistente, o en los cuales coexisten o alternan con otros tipos de trastornos de ideas delirantes persistentes. Las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo en los trastornos del humor, no justifican por sí solas un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.

Para un diagnóstico preciso se requiere:

A. Un periodo continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maniaco o mixto, simultáneamente con síntomas como son las alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos, estos últimos de la esquizofrenia.

B. Durante el mismo periodo de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos dos semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica.

F31.0 TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL HIPOMANIACO.

Los síntomas más característicos en este trastorno son:

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio hipomaniaco.
- B. Previamente se ha presentado previamente un episodio maniaco o un episodio mixto.
- C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del individuo.
- D. Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están supuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

F31.7 TRASTORNO BIPOLAR, ACTUALMENTE EN REMISIÓN.

El enfermo a padecido al menos un episodio maniaco, hipomaniaco o mixto en el pasado y por lo menos otro episodio maniaco, hipomaniaco, depresivo o mixto, pero en la actualidad no sufre ninguna alteración significativa del estado de ánimo ni la ha sufrido en varios meses. No obstante, puede estar recibiendo tratamiento para reducir el riesgo de que se presenten futuros episodios.

F31.8 OTROS TRASTORNOS BIPOLARES.

Los síntomas más característicos de este trastorno son:

- A. Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores.
- B. Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaniaco.
- C. No ha habido ningún episodio maniaco ni un episodio mixto.
- D. Los síntomas afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme o un trastorno psicótico no especificado.
- E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social-laboral o de otras áreas importantes de actividad del individuo.

F31.9 TRASTORNO BIPOLAR SIN ESPECIFICACIÓN.

La categoría de trastorno bipolar no especificado incluye los trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún trastorno bipolar específico. Los ejemplos incluyen:

1. Alternancia muy rápida (en días entre síntomas maníacos y síntomas depresivos, que no cumplen el criterio de duración mínima para un episodio maniaco o un episodio depresivo mayor).
2. Episodios hipomaniacos recidivantes sin síntomas depresivos intercurrentes.
3. Un episodio maniaco o mixto superpuesto a un trastorno delirante, una esquizofrenia residual o un trastorno psicótico no especificado.
4. Situaciones en las que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno bipolar, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por una sustancia.

F32.1 EPISODIO DEPRESIVO MODERADO.

Deben estar presentes dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y el aumento de la fatigabilidad), así como al menos tres (de preferencia cuatro: la disminución de la atención y concentración, la pérdida de la confianza en si mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de auto agresión, trastornos del sueño, pérdida del apetito). Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad, social, laboral o doméstica. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático (F32.10 sin síndrome somático: F32.11 con síndrome somático).

F71.0 RETRASO MENTAL MODERADO.

Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en esta área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad del cuidado personal y de las funciones motrices también están retrasadas, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente. Aunque los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo. De adultos las personas moderadamente retrasadas suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos, sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado. Esto enfermos son físicamente activos y tienen una total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples.

El CI está comprendido entre 35 y 49. En este grupo lo más frecuente es que hay discrepancias entre los perfiles de rendimiento y así hay individuos con niveles más altos para tareas viso - espaciales que para otras dependientes del lenguaje, mientras que otros son marcadamente torpes, pero son capaces de participar en conversaciones sociales simples. El nivel de desarrollo del lenguaje es variable, desde la capacidad para tomar parte en una conversación sencilla hasta la adquisición de un lenguaje solo suficiente para sus necesidades prácticas. Algunos nunca aprenden a hacer uso del lenguaje, aunque pueden responder a instrucciones simples. Algunos aprenden a gesticular con las manos para compensar, hasta cierto grado, los problemas del habla, dentro de este padecimiento se encuentran etiologías orgánicas como pueden ser el autismo infantil o trastorno del desarrollo, epilepsias, los déficits neurológicos y las alteraciones somáticas, algunas veces es posible identificar otros trastornos psiquiátricos, pero el escaso nivel del desarrollo del lenguaje hace difícil el diagnóstico, que puede tener que basarse en la información obtenida de terceros, los posibles trastorno concomitantes deben ser codificados independientemente.

F72.0 RETRASO MENTAL GRAVE.

Tanto el cuadro clínico, como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los del retraso mental moderado, siendo lo más frecuente en este grupo unas adquisiciones de nivel más bajos que los mencionados en F71.0. muchas personas dentro de esta categoría padecen un grado marcado de déficit motor o de la presencia de otros déficits que indica la presencia de un daño o una anomalía del desarrollo del sistema nervioso central, de significación clínica. El CI esta comprendido entre 20 y 34.

F60.3 TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD.

Se trata de un trastorno de personalidad en la que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un animo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; estas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de si mismo.

F99.0 TRASTORNO MENTAL SIN ESPECIFICACIÓN.

Se trata de una categoría residual no recomendada, para cuando no puede recurrirse a otro código del capítulo V (F00 - F98)

G30.9. ENFERMEDAD DE Alzheimer NOESPECIFICADA.

Las personas que presentan la pérdida de memoria asociada a un deterioro leve de las funciones mentales y continuos problemas a la hora de recuperar información que previamente había sido almacenada en la memoria padecen probablemente la enfermedad de Alzheimer, la cual se caracteriza por problemas más graves aún, como desorientación, incapacidad para recordar hechos muy recientes, y confusión generalizada, que afectan notablemente a las actividades diarias de la persona.

Esta es una de las demencias más características, dado que supone casi el cincuenta por ciento de los casos. A si mismo que se espera un aumento en el número de *pacientes aquejados por esta enfermedad, a medida se incrementa la esperanza de vida*, por lo tanto es muy importante su prevención o tratamiento, y cuanto antes se produzca la intervención, mayores serán las probabilidades de un resultado positivo a largo plazo.

En los últimos años se ha producido un enorme avance en la mejora del diagnóstico clínico de la demencia y la Enfermedad de Alzheimer. Una de las hipótesis que actualmente se tiene acerca de la aparición de la Enfermedad de Alzheimer es el aumento del colesterol en las personas, el cual tiene claras repercusiones biológicas. Pero según los estudios, la mayoría de las familias no reconocen o hacen caso omiso de los síntomas y algo más de la mitad de las familias que sí detectan un problema de

memoria en sus mayores, no les llevan a un profesional para que lo evalúe. A medida que se dispone de más tratamientos, especialmente para los primeros estadios de la Enfermedad de Alzheimer, la detección y evaluación temprana de la demencia serán claves.

Los enfermos con Alzheimer también tienen graves dificultades para aprender cosas nuevas y, con frecuencia, sus recuerdos de hechos pasados se entremezclan con los acontecimientos actuales. Por ejemplo, preguntan por familiares que ya han fallecido o cuentan que han hablado con ellos esa mañana, cuando en realidad eso pasó hace años.

TRASTORNOS EPILÉPTICOS.

La epilepsia se define según Hughlings Jackson como "un grupo de trastornos caracterizados por la presencia de descargas nerviosas paroxísticas y excesivas que producen una brusca alteración de la función neurológica" dentro de los trastornos epilépticos es necesario considerar y a la vez hacer notar la diferencia entre epilepsia y trastorno convulsivo: la epilepsia se refiere a crisis recurrentes e implica la presencia de una disritmia cerebral algunas veces puede haber una base genética subyacente. En cambio al hablar de trastorno convulsivo se presenta una pérdida de conciencia brusca antecedida por una postura rígida que provoca muchas de las veces, que el sujeto caiga al suelo debido a que tronco, cuello, hombros y brazos se muestran hiperextendidos encontrándose esta fase tónica interrumpida por una fase clónica durante la cual hay movimientos convulsivos rítmicos y simétricos de la cabeza, cuerpo y extremidades, la cual dura de dos a cinco minutos.

En general la epilepsia se distingue en dos grandes subgrupos, los cuales son: epilepsia del pequeño mal (en donde el paciente solamente se "desconecta" de la realidad y pierde un periodo corto de su conciencia) y la epilepsia del gran mal (la cual se caracteriza por presentar una crisis convulsiva en donde el paciente presenta tensión muscular y movimientos clónicos generalizados).

Dentro de los trastornos epilépticos se distinguen por presentarse en varias fases, las cuales son: Pródromos (ligero cambio de carácter, comportamiento o pensamiento, con aumento de la ansiedad, depresión o dificultad para concentrarse), Aura (pequeños movimientos o parestesias localizadas en un dedo de la mano o como distorsiones olfativas), Crisis (en esta el paciente puede estar normal en un momento dado e inconsciente o totalmente desconectado pocos segundos más tarde, o se puede presentar como una convulsión, dependiendo del tipo de epilepsia) fase postcrítica (es posterior a la crisis y en esta el paciente puede continuar la conversación y tarea en la que se encontraba, con amplia naturalidad o mostrarse confundido por unos momentos con amnesia en relación con su situación).

Dentro de la investigación que nos ocupa en este momento, encontramos que en el Hospital Psiquiátrico "José Sayago" se encontraron diagnosticados diferentes tipos de epilepsia, de los cuales solo se mencionaran los nombres a continuación.

G40.0 EPILEPSIA IDIOPÁTICA Y SÍNDROMES EPILÉPTICOS CON LOCALIZACIÓN PRECISA (FOCAL) (PARCIAL) Y CON CONVULSIONES DE PRESENTACIÓN LOCALIZADA.

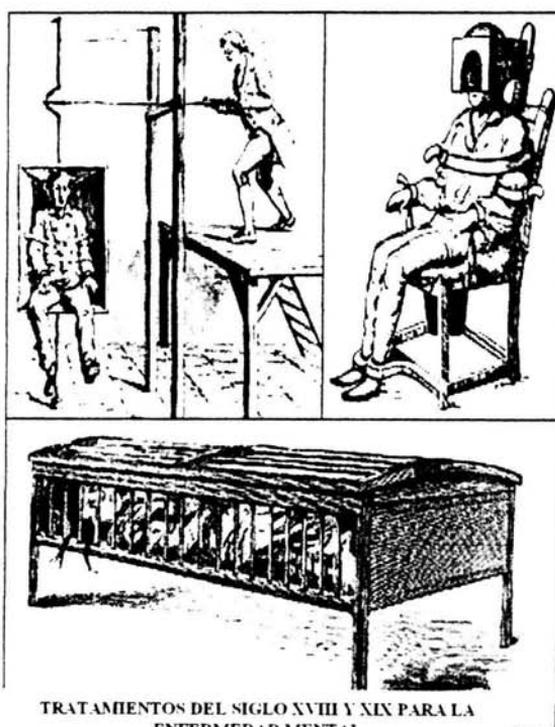
G40.2 EPILEPSIA SINTOMÁTICA Y SÍNDROMES EPILÉPTICOS ASOCIADOS CON ATAQUE PARCIALES COMPLEJOS.

G40.3 EPILEPSIA Y SÍNDROMES EPILÉPTICOS IDIOPÁTICOS GENERALIZADOS.

Cabe hacer mención de que todas las definiciones anteriores son meramente un resumen tomado de los manuales de diagnósticos antes mencionados, y que para obtener una mayor explicación, para fines personales, acerca de algún padecimiento en específico, será recomendable que sean revisados los mismos, así como también se recomienda acudir a la revisión de algunos compendios de psiquiatría de los cuales mencionamos algunos en la bibliografía propia.

CAPITULO II

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA CALIDAD DE VIDA EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE ASISTENCIA PUBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.



“El pasado es un lujo de propietario”.

Jean Paul Sartre

2.1 ANTECEDENTES HOSPITALARIOS.

A lo largo de la historia contemporánea, la metodología terapéutica y los objetivos de la hospitalización psiquiátrica y del hospital psiquiátrico han reflejado tanto el clima cultural como las actitudes políticas de la sociedad. Su estructura y función han experimentado una considerable metamorfosis con el tiempo, al igual que el progreso científico, han influido en esta evolución y en la actitud de la humanidad hacia sí misma. Los pacientes con una enfermedad mental son hospitalizados en unidades psiquiátricas de hospitales generales en algunas ocasiones, hospitales psiquiátricos públicos y privados, o en casas de medio camino.

La enfermedad mental es un padecimiento que no es nuevo, sino que se ha presentado a lo largo de la historia de la humanidad, y no solo se presentan en temporadas, por brotes o por epidemias, se tiene conocimiento de las enfermedades mentales desde tiempos bíblicos, en donde, se desconocía completamente la etiología de estas, creyendo que eran adquiridas por alguna razón mística religiosa, y aunque no se conocía alguna cura específica, se intentaba controlar al paciente, o por lo menos darle una mejor calidad de vida en el poco o mucho tiempo de vida que tuviese este, siempre con ese temor natural a lo desconocido. Aun y con lo poco que se conocía acerca de estas enfermedades, se conoce que siempre ha existido una o varias personas encargadas de realizar diversas tareas en pro de la salud mental, creando instituciones que den apoyo médico, psicológico o moral a los pacientes, tal vez, reflejándose ante la sociedad como almas caritativas, con muestras generosas ante los enfermos, pero siempre con un claro objetivo, el cual era la investigación, conocimiento y aprendizaje de las enfermedades mentales, para la pronta recuperación del enfermo o por lo menos la reinserción social del paciente.

Para comenzar la historia de la aparición de las enfermedades mentales, y de la creación de hospitales psiquiátricos y su estilo de vida, haremos un breve recorrido histórico mundial, tomando en cuenta el orden de aparición de los artículos e información que se tiene acerca de dicho tema, haciendo un esbozo breve acerca de esta historia comenzando en el continente Europeo (Francia y España), encontrando importantes progresos de dichas investigaciones, para tiempo después continuar en Norteamérica, y posteriormente hacer un breve recorrido de los logros alcanzados en México acerca de las investigaciones realizadas, con los enfermos mentales, y la creación de Hospitales Psiquiátricos, así como de su estilo y calidad de vida.

En Egipto, la vida era considerada como un equilibrio entre dos fuerzas: es decir una interacción entre fuerzas internas y externas. Este equilibrio daba lugar a acontecimientos en constante movimiento y constancia, desde el nacimiento hasta la muerte. Es probable que el tratamiento de los trastornos mentales supusiese la integración de factores físicos, psíquicos y espirituales, mediante la identificación con fuerzas constructivas positivas.

En la Biblia se menciona que dios castigaba a los que infringiesen los mandamientos con la "locura y ceguera y la traslocación del corazón", lo que podría significar manía, demencia y estupor. En el mismo libro se menciona el caso de Saúl, un episodio de locura en donde muestra conducta un tanto alterada al comienzo de su vida y posteriormente desarrolla una irritabilidad anormal, siendo aparentemente un caso de psicosis maniaco depresiva.

Tras el año 800 se desarrollo una prospera situación en las ciudades de Bagdad, el Cairo y España, durante los siguientes siglos los benefactores levantaron hospitales psiquiátricos en todo el mundo islámico. Los visitantes europeos describieron lujosos edificios de mármol, amplios terrenos y un tratamiento considerado en el que el paciente yacía en colchas de seda, recibía visitas y era alimentado suntuosamente y tratado con dietas especiales, baños perfumados y música.

A principio del siglo XII, existieron en Europa instituciones de asistencia custodial. Aproximadamente en 1400, el padre **Gilberb Jofre**, (Kaplan,1989), creó su congregación y levanto un hospital psiquiátrico en Valencia. Este hospital de nombre "*los desamparacia*"("los desamparados"), concluyo su construcción en 1409, siendo el primer hospital psiquiátrico conocido. En el siglo siguiente se conoció la creación de otras instituciones humanitarias en España, por obras de las autoridades locales y de ricos patronos.

El Dr. Kaplan y colls., mencionan en su tratado de psiquiatría, la historia de Juan Ciudad Duarte un mercader religioso de granada de mediados del siglo XVI, quien se volvió psicótico y fue tratado en un hospital con azotes. Al recuperarse de la psicosis, fundo un hospital para tratamientos humanitarios servidos por voluntarios, tras la muerte de Duarte la orden denominada *Orden de los hospitalarios*, fundo y dirigió otros muchos hospitales psiquiátricos y generales en toda Europa. Aunque el ocaso del imperio español marco el fin del tratamiento humanitario, este enfoque proporciono el modelo para el progreso futuro.

Ante los estudiosos de la medicina se considera a **Tomas Sydenham** (1624-1689) el padre de la medicina moderna, (Kaplan,1989) y aunque no se interesó directamente por los problemas mentales llego a cobrar conciencia de la importancia de los síntomas neuróticos e histéricos, y de la frecuencia con la que se daban entre sus pacientes, describiendo al mismo tiempo estos síntomas detalladamente. Contradiciendo la creencia popular, de que las manifestaciones histéricas existían solo en las mujeres, sino que también podían presentarse en hombres y niños. Igualmente la enfermedad histérica podía encerrar una serie de diversos síntomas como: vomito, convulsiones, tos, espasmo de colon, dolor de vejiga, retención de orina, etc. Interesándole estos síntomas como los propios de la neurosis, siendo que los psiquiatras de esa época únicamente se interesaban en fenómenos psicóticos.

Ante la situación anterior fueron descritos otros cuadros clínicos por primera vez, como por ejemplo: la psicosis de post-parto, las condiciones psicósomáticas y en general los síntomas histéricos e hipocondríacos.

En los siglos XVII y XVIII las investigaciones italianas y francesas lograron tener un carácter práctico, lo que permitió establecer una ley sobre enajenados con reglas específicas, incluido el examen mental que había que seguir en los casos de internamiento. A finales del siglo XVII se inició la construcción del Hospital "Bonifacio" bajo la dirección del joven médico **Vicenzo Chiarugi** en donde él estableció una normativa, y menciona que: "*es un supremo deber moral y una obligación medica respetar al individuo enajenado como persona*" (Kaplan,1989), por ende no había que aplicar ni la fuerza física, ni métodos cruciales de contención a los pacientes excepto el uso ocasional de la camisa de fuerza, diseñada de tal manera que no produjese al paciente un malestar excesivo. Además se describieron medidas higiénicas y de seguridad y esta norma presento un cambio radical en el tratamiento de los enfermos mentales.

En 1793 el médico **Philippe Pinel** fue nombrado en Francia, director del Hospital de la Bicêtre (para pacientes masculinos) y luego de la Salpêtrière (para mujeres) que albergaban a criminales, a pacientes con retraso mental y a enfermos mentales (Kaplan,1989). Uno de los primeros logros de Pinel en la Bicêtre fue liberar a los enfermos mentales de sus cadenas, un gesto que fue dramatizado y contribuyo a crear una leyenda en torno a su figura.

Pinel es recordado por otras dos contribuciones mayores a las instituciones psiquiátricas: su intento de analizar y categorizar los síntomas, y la aplicación del tratamiento moral. Este último se basaba en la noción aristotélica de salud mental como resultado de un equilibrio de las "pasiones", lo que actualmente llamamos "emociones". La participación del paciente en diversas actividades en un entorno estructurado contribuía decisivamente al éxito del tratamiento moral de Pinel.

En Inglaterra el ímpetu para la reforma del tratamiento de los enfermos mentales procedió de los cuáqueros bien conocidos por su participación en todo tipo de empresas de beneficencia y caridad. Para lo cual un grupo de amigos buscaban "el deseo de mitigar la miseria y restauración de las personas perdidas para la sociedad civil y religiosa". En ese año (1796) se abre en Nueva York "El Retiro" bajo la dirección de William Tuke con una capacidad de unos 30 pacientes que eran tratados como huéspedes, con amabilidad y comprensión en una atmósfera amigable, libres de toda contención mecánica y también de cualquier influencia médica directa., esta filosofía fue adoptada eventualmente en varias instituciones abriendo el tratamiento en los hospitales Psiquiátricos en el siglo XIX tanto en Inglaterra como en Estados Unidos.

En 1783 **Benjamin Rush**, acreditado como el padre de la psiquiatría norteamericana, ingreso en el hospital de Pensilvania,(Op. cit.) donde implantó el "*tratamiento moral*", el cual creía que la enfermedad mental era curable, fundado en la ética protestante intento reeducar al paciente en un "entorno sano". Defendiendo dos enfoques terapéuticos. El primero utilizaba la purgación, dietas controladas, el girador, un columpio modificado, etc. El segundo se fundaba en apartar las antiguas ideas aislando al paciente de su familia y haciéndole plasmar por escrito sus síntomas, memorizar fragmentos, trabajar, viajar y gozar de actividades de recreo, el doctor que suministraba un modelo de rol, atendía tolerantemente.

Aunque el tratamiento moral influyó en el pensamiento psiquiátrico durante la mayor parte del siglo XIX solo se practicaba en algunos hospitales y no sobrevivió a los cambios socioeconómicos que acompañaron a la revolución industrial de la década de 1860. Al parecer con el creciente desánimo al advertir que se habían exagerado las virtudes del tratamiento moral, el público y la comunidad médica le retiraron su apoyo, al mismo tiempo comenzó a aumentar el tamaño de la población en los centros, y a su vez disminuyó el apoyo económico a la institucionalización y por ende, se deterioró el tratamiento de los pacientes y el trato por parte del personal de asistencia.

Con todo lo anterior podemos observar los acontecimientos que han sido relevantes en la atención de los pacientes mentales hospitalizados, abandonando métodos de contención crueles, mejorando las estructuras arquitectónicas, y realizando un gran esfuerzo para separar y tratar a los pacientes curables de forma diferente a la de los incurables, observando ante esto los esfuerzos que se han intentado por mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aún y cuando los gobiernos no brindan el apoyo económico suficiente al área de la salud, siempre han existido personas interesadas en ayudar a los enfermos y en este caso al enfermo mental, siendo esto común en muchos países, y México no es la excepción, en donde en un principio, tal vez, no se conoció a alguna persona en específico, pero se tiene conocimiento de que, era todo un grupo social quienes los atendían, en este caso, por Ejemplo, se tienen datos acerca de los tratamientos que daban los aztecas a sus pacientes.

De acuerdo con su momento histórico, los aztecas, poseían la creencia de que los pacientes psiquiátricos, como actualmente se les conoce, eran considerados como seres poseídos por espíritus malignos con los cuales practicaban ceremonias religiosas "aplicándoles exorcismos, abluciones, y muchos procedimientos semejantes a los que usaron los pueblos antiguos como el egipcio. Sin embargo, los curanderos conocieron y describieron bastante bien numerosas enfermedades mentales y nerviosas, especialmente en el siglo XVI, así como los instrumentos que empleaban para combatirlos.

En las obras de Flores y de Ocaranza (Ramírez, 1950) nos hacen mención de algunas de las enfermedades que se presentaban, y como daban tratamiento a las mismas.

Locura.- la diferenciaron en forma frenética o tlahuililocayotl, llamando al infectado que la padecía teacilininetzi, y en locura suave o xolopyitl.

A muchas perturbaciones psíquicas las creían derivadas de la intoxicación de las hojas de tlapatl y de toloatzin. Tales ideas aun prevalecen en algunos pueblos indígenas que consideraban que la planta llamada toloache, origina la locura.

Cualquiera que fuera el inicio de las enfermedades mentales, eran tratadas con el jugo de las hojas de tetlatlamelichatli. Cuando tenían delirio, utilizaban los productos del ocelotl -Tigrillo-, como piel, huesos y estiércol, ungiéndolos en el cuerpo, mezclados con resina y hacían comer al, enfermo la carne.

Melancolía.- este cuadro mental lo trataban muy bien dando un compuesto de malinalli y tlaolli.

Delirio.- les inquietaba mucho, y recomendaban como remedio la raíz de xomilxihitl.

Imbecilidad.-apreciaron las diferentes formas de retardados mentales, a quienes llamaban volloquimil. Les daban a tomar el xaxahuactli.

Neurosis.- las conocieron, e incluían en ellas a las epilepsias. Trataban estas dolencias con el consumo de iztahuiatl.

Epilepsia y otras enfermedades convulsivas.- cuando una persona era presa de crisis convulsivas, le mojaban la cara y la cabeza con el cocimiento de raíz de micaxihuitl y después como tratamiento curativo utilizaban el jugo de los retoños de tlatlancuaye, o la raíz de tepopotic. También prescribían la raíz de tlahuapatli y de tecuzahuizpatli.

En las mordeduras de la lengua de los epilépticos hacían curaciones locales con cocimiento de cluilli y miel de metl.

Neuralgias.- llamadas necocoliztli y otros dolores intensos tlanahualiztli. El remedio más utilizado para toda variedad de algias era el cohuacihuiizpatli.

Con los pocos o muchos conocimientos que se tuviesen acerca de los padecimientos mentales y sus tratamientos, la sociedad nunca se ha quedado estancada con la información que se tiene, sino que también opta por probar y utilizar otros tratamientos, terapias o curas, sin importar su procedencia, siendo este el caso de las personas que tienen un familiar amigo o conocido, que padece una enfermedad mental y al haber intentado varios tratamientos, acuden finalmente con el chaman o brujo de la comunidad más cercana, ya que muchas de las veces creen que, las terapias o tratamientos médicos, son poco funcionales, o ya sea que acuden con estas personas por tradición familiar, o simplemente por ignorancia de la enfermedad, aun así creemos que la ciencia siempre esta abierta a nuevas opciones de tratamiento, siempre y cuando los resultados sean adecuados, funcionales y útiles para los pacientes, así como para su beneficio y la mejora de su calidad de vida.

Los chamanes, en las tribus de México aplican técnicas curativas durante ceremonias religiosas. Ellos son una parte importante de muchas culturas en donde tienen el poder de sanar al enfermo y comunicarse con el mundo espiritual. Estas personas normalmente cuentan con una función especial como sacerdotes, sanadores, y receptores de visiones.

Los esfuerzos por explicar a los chamanes y sus curas han sido numerosos. Algunos estudiosos han descrito estas prácticas como situaciones místicas que sanan, relacionándolo como curas psicoanalíticas y han concluido con esto que se crean símbolos eficaces y terapéuticos, llevando a la descarga psicológica y al curar fisiológico. Varios antropólogos, rechazan la teoría de que los chamanes son básicamente neuróticos o psicópatas, sugiriendo que poseen ciertas habilidades cognitivas que son distinguiblemente superiores a las del resto de la comunidad. Otros estudiosos explican al chamanismo simplemente como el precursor de un sistema religioso más organizado o como una técnica por lograr éxtasis.

Los chamanes basan sus métodos curativos en la idea de que, las enfermedades son causadas por poderes sobrenaturales y esos poderes sobrenaturales exigen curarlos. El individuo puede caer enfermo debido a haber ofendido uno de los dioses, o a través de las maquinaciones de brujería o hechicería, así como por el ataque o provocación a un espíritu malo.

La tarea del chaman es diagnosticar la enfermedad, normalmente por técnicas adivinatorias, y la aplicación del remedio espiritual, para recuperar una alma perdida, quitando un objeto-enfermedad, o exorcizando un espíritu malo (Encarta,1999). Junto

con estas técnicas espirituales, los chamanes pueden también en momentos emplear remedios físicos como aplicaciones herbarias o masajes.

Antes de abordar la situación de cada uno de los hospitales en México, en inicios del siglo XVI, creemos conveniente hacer un breve esbozo del porque de su creación para así entender cual fue el proceso que se dirigió hasta su fusión años después en la Castañeda.

Dentro de la historia de los hospitales psiquiátricos, que se han establecido en la ciudad de México, se puede obtener información, de diferentes autores en diversos contextos de los pacientes institucionalizados en estos lugares, sin tener algo en concreto ya que los mismos brindan información diferente, como por ejemplo; algunos dan información de los pacientes internados, mas no de todos los institucionalizados; otros autores dan información acerca de las terapias aplicadas en la institución, sin hablar de los resultados o su progreso en las mismas; otros brindan información acerca de las actividades que realizaban en un día común, de acuerdo a horarios ya establecidos para dichas actividades; otros más acerca de la estructura arquitectónica y de las divisiones físicas del hospital, más no mencionan cuales eran los lugares en los que se les permitía y se les negaba el acceso a los pacientes, permitiéndonos esto obtener una breve conjetura del nivel de calidad de vida en esos momentos.

En este capítulo es relevante el tomar en cuenta el momento histórico, ya que de acuerdo a los artículos encontrados, podemos mencionar que en ese tiempo, no se tenía el soporte económico para brindarles un mejor estándar de vida y conjuntamente mejorar la calidad de vida de los pacientes, y considerarla, como un factor relevante para la rehabilitación mental y física, como hoy en día es el objetivo primordial del tratamiento dirigido a los pacientes.

Con todo lo anterior, es necesario mencionar que, la información encontrada en los libros, y en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, entre más antigua es, puede ser más fácil tener acceso a ella, ya que la información reciente es difícil que salga a la luz pública, debido a políticas gubernamentales, resaltando aquí que esta situación es similar a la que se presenta con los sucesos socio - políticos de México en la cual es necesario dejar pasar un periodo largo de tiempo (en ocasiones hasta décadas) para que pueda ser publicada y que la sociedad pueda tener acceso a esta información. Cuando hablamos del Divino Salvador y del San Hipólito que son los hospitales más antiguos, nos remontamos a la época de la conquista, donde México era llamado Nueva España (1521-1821) y con la llegada de los españoles a nuestro país se dio la imposición de su idioma, su organización social y económica, sus instituciones políticas, su cultura, su arte, su manera de vestir, y por supuesto su religión. (Chávez,1997) Por ende que cualquier actividad relacionada con la atención a dementes tiene como fondo emotivo y de ejecución la practica de sentimientos cristianos. En esos años no se conocía la psiquiatría y mucho menos la psicología, la medicina suele desentenderse de ese tipo de enfermos; por lo que son abandonados o en el mejor de los casos encuentran asilo y protección en personas o instituciones cristianas "observantes de la ley de Dios". Esta gente no es resultado de un corazón puro lleno de amor y comprensión sino de una historia de horror y abuso de los conquistadores y religiosos misioneros. Por esto todo el trabajo relacionado con la atención a enfermos mentales se centro en la compasión y caridad de ciertas personas y/o en instituciones monásticas.

Ejemplo de esto es la fundación del Hospital del Divino Salvador obra iniciada por el carpintero José Sayago y del Hospital de San Hipólito por Bernardino Álvarez, de estos y otros Hospitales hablaremos a fondo más adelante.

2.2 EL HOSPITAL DE “SAN HIPOLITO”

La historia de la asistencia al enfermo mental no es más que una parte de la historia de la sociedad y la marginación ante las personas incapaces de cuidar de sí mismas, como son ancianos, convalecientes pobres, y los locos o dementes. El concepto de locura, como sinónimo de conducta aberrante o desviada, a estado siempre en función de una serie de normas y valores culturales institucionalizados en cada lugar y en cada tiempo, normas y valores que han marcado la pauta, tanto del grado de tolerancia social hacia el enfermo, como del modo y manera en que se le ha asistido.

Ante esta situación, es conveniente hacer una breve mención de la historia, aventuras y vida de Bernardino Álvarez en el siglo XVI, originario de Utrera, Andalucía, quien se preocupa por los viejos convalecientes pobres, y por los locos ya que estas personas no podían valerse por sí mismas, ya que en ese entonces no existía un buen asilo de ancianos, y los que lo eran tenían que vivir de la limosna pública. La situación de los locos era aún más dolorosa: los pacíficos deambulaban por las calles, siendo objeto de la humillante compasión o bien de la burla y la maldad de la gente, y los furiosos eran reclusos en las cárceles públicas y sufrían sin merecer el castigo de un criminal, como era el que les daban. Y a partir de esto podemos conocer la historia de la creación del Hospital De San Hipólito de la Ciudad De México.

Tal vez no podríamos entender el porque del cambio de Bernardino Álvarez de una vida lamentable de juegos, vino y mujeres, a una vida de abnegación así como la fuerza y trascendencia de sus obras. Todo esto resulta ser solo un trasplante a estas tierras de una vieja tradición española, donde este tipo de atención tenía un profundo sentido amoroso eliminando golpes, represiones y lesiones físicas innecesarias creando además, lugares en donde los convalecientes convivieran juntos dependiendo de su estado psicológico y desarrollando sus capacidades en actividades productivas. Se rompe así con la concepción de locura y trato al enfermo mental al que consideraban endemoniado, siendo solo las penas corporales capaces de liberarlo de esa posesión. El Hospital de San Hipólito es el resultado de una voluntad inquebrantable y una vida puesta completamente al servicio de su vocación: la ayuda al necesitado. Llegando a este nosocomio los “locos”, quienes fueron llamados “inocentes o atrasados mentales”, sacerdotes decrepitos y ancianos en general.

Con el tiempo Bernardino Álvarez no pudo hacerse cargo de lo que era la manutención del hospital; y con el paso del tiempo varios eclesiásticos se unieron con el fundador para constituir una congregación llamada hermanos de la caridad, y conjuntamente la ayuda pública fue quien que saco adelante a la institución: hombres generosos que heredaron al San Hipólito diversos derechos, así como algunas donaciones menores no previstas. Pero al mismo tiempo aumentaban las rentas y el numero de pacientes por lo que no es difícil imaginar que a menudo se registraba en los libros de gastos un déficit; por ello a principios del siglo XVIII los hermanos religiosos encargados tuvieron que cobrar una pensión o media pensión a los enfermos según su posición económica.

El Hospital San Hipólito fue el pionero en trato y vida de comunidad al paciente; ya que hasta ese momento, el enfermo mental era considerado como una especie de animal feroz que debía mantenerse encadenado y dominado a través de diversas torturas, además de los golpes, perdiendo todo contacto, simpatía y consideración de la sociedad. En este lugar se les permitía pasear por patios y huertas, comiendo y durmiendo en salas comunes. Los que se ponían violentos o agresivos eran recluidos en una especie de jaula con grilletes para que no se dañasen o dañaran a los demás. La limpieza personal de los enfermos así como su alimentación era muy vigilada por los superiores de la congregación; todo esto basado en la idea de atención y cariño originalmente practicado por Bernardino Álvarez, siendo él quien hizo que el pueblo pensara en ellos como en los hijos más desvalidos de Dios. Hasta ese entonces no existía ningún hospital dedicado totalmente al cuidado y atención de pacientes dementes y la especialización del Hospital San Hipólito no fue premeditada o planeada, sino que se creo a través de la necesidad de la población, ya con esto los gobiernos de las provincias y hasta de otros países hacían los arreglos necesarios para que los "locos" fueran trasladados a sus instalaciones, pagando solamente los gastos de traslado y manutención. Así adquirió el Hospital de San Hipólito un carácter nacional convirtiéndose exclusivamente en Manicomio. Y ante la muerte del fundador sucedida el 12 de agosto de 1584,(Ramírez, 1950) su obra no se derrumbo sino que continuo hasta convertirse en toda una institución a cargo de los hermanos de la caridad.

A principios del siglo XIX se ordena un decreto para la supresión de todas las ordenes hospitalarias, aplicándose desde el 15 de febrero de 1821, designándose con esto, comisiones para tomar posesión de los hospitales que se encontraran en mal estado, y que pasaran a depender del ayuntamiento, siendo uno de ellos el Hospital de San Hipólito paso a depender también del mismo.

En diciembre de 1877, se, presenta ante las autoridades un informe sobre las condiciones del Hospital, y se publica un año después, el cual se señala que en 1774 el padre General del consulado manifestó al Virrey Bucareli (Op. Cit.), la miseria en que estaban los enfermos, desnudos, sin medicinas, hambrientos y con peligro de morir por los techos que estaban desplomándose. Interpelo al consulado, y esta corporación gasto seis mil pesos en mejoras las cuales se inauguraron con motivo del cumpleaños del rey de España. Por tal motivo se crea la junta de beneficencia pública ante la cual pasa a su cargo la manutención del hospital, y años más tarde al ser suprimida, dependió directamente del ministerio de gobernación.

En el informe de gobierno del general Porfirio Díaz, presentado el 1° de septiembre de 1878, se centro su proyecto de modernización del país, con especial atención en el rubro de la salud. Informando la necesidad de modernizar las instituciones medicas girando ordenes para la realización del proyecto y la construcción del Manicomio General, ya que existían informes fechados en 1864 en donde se le menciona al emperador Maximiliano (Ramos,1998), el deplorable estado en el que se encontraban los enfermos del nosocomio de San Hipólito y las enfermas del Hospital de la Canoa. Siendo este el primer proyecto para cerrar el Hospital de San Hipólito.

Se tiene conocimiento de que a finales del siglo XIX, el personal destinado para atender a los enfermos se componía solo de dos médicos y dos practicantes, además del enfermero general, otros encargados de las secciones y demás personal necesario.

Aumentando las camas de 88 en 1847 a 200 en 1888, aunque el número de enfermos ascendía a 279. anualmente ingresaban 212 enfermos de los cuales 214 eran dados de alta, y 66 aproximadamente fallecían, sobre todo en invierno(López, 1995).

Aun y cuando, por muchos años, fue considerado el primer hospital en México e inclusive en América, que comenzó a dar atención a los enfermos con problemas conductuales y mentales, a principios del siglo XX se tuvo que desocupar el Hospital de San Hipólito debido a que la estructura del edificio estaba tan deteriorada que se temía un derrumbe.

En su libro *historia de la psicología en México* Sergio López Ramos menciona el deterioro y la incompetencia de su personal, desde 1903 situación por la cual los enfermos mentales fueron trasladados al edificio de San Pedro y San Pablo, mientras se concluía la obra del Manicomio General, ubicado en la Hacienda de la Castañeda, dando a conocer hechos en donde el personal lucraba con los enfermos mentales. Por ejemplo hechos como el siguiente:

<<con la fiesta celebrada en este mes (octubre), algunos "loqueros" no mostraron reparo en "hacer su agosto" y por una propina más o menos miserable, se presentaban á uno con los locos más "curiosos", curiosidad que algunos visitantes pagaron con adquirir á perpetuidad una celda y una camisa de fuerza en el mismo Manicomio>> (López, 1995 ,pág. 275).

Desde principios de la primera década del siglo XX se comenzó a manifestar, de forma más clara, la decadencia del Hospital de San Hipólito, a la vez surgía el nuevo Manicomio General en respuesta a la ineficiencia del antiguo Hospital, mientras el Hospital de San Hipólito el cual daba atención a hombres con problemas mentales, el hospital asignado para atender los casos de mujeres fue el Hospital del Divino Salvador, mejor conocido como el de la Canoa por ubicarse en la calle del mismo nombre.

2.3 EL HOSPITAL DEL DIVINO SALVADOR

La historia del hospital del Divino Salvador, el cual se encargaba de mujeres enajenadas, se encuentra íntimamente relacionada con los Jesuitas en un inicio, aunque tiene su origen en un carpintero humilde llamado **José Sayago**. Es la historia de un carpintero, obrero que tenía un gran corazón, hombre bueno y cristiano que vivía con su mujer la vida sencilla de las familias artesanas. Su casa era humilde y en ella, su taller era lo más importante, aunque no era rico, él decidió dar asilo a una prima de su mujer que se encontraba "loca y desamparada", abandonada de su familia, este hecho fue el descubrimiento que hizo muy parecido al de Bernardino Álvarez, sobre el rechazo y humillaciones que recibían estas personas incapaces y sin medios para defenderse de una sociedad hostil; aunque como ya hemos visto, existía el Hospital de San Hipólito, pero este no se daba abasto para satisfacer la demanda por lo que las mujeres pobres eran no solo abandonadas a su suerte, hambrientas, andrajosas y con la razón perdida, sino que además en ocasiones sufrían del abuso físico de ciertos hombres y el desprecio del resto de la población. De hecho la situación de la mujer demente era aun más deprimente que la de los varones, pues eran ya una especie de objetos inservibles y estorbosos, que había que desechar porque nadie podía ni quería llevar esa carga pesada.

Observando esta situación José Sayago movido por la compasión abrió las puertas de su casa a todas las mujeres dementes de las que tenía conocimiento, a partir de 1687 compartió lo poco que tenía con esas mujeres, dedicándose con ayuda de su esposa a recoger a las locas que andaban vagando y las llevaba a su casa para cuidarlas y mantenerlas, pues era común, en aquel tiempo, ver en la capital de la Nueva España a toda clase de pordioseros, idiotas y lunáticos por las calles, y hubo épocas en las que esto constituyó una verdadera plaga.

A partir del año de 1700, ya concluida la construcción del hospital, el cuidado de las enfermas estuvo a cargo de las enfermeras, la dirección al de los congregantes y la administración en manos de las personas designadas por estos, de hecho los jesuitas atendían el hospital, de manera indirecta, y directamente vigilando su buena marcha, y cuidando hasta el que los alimentos estuviesen bien sazonados, y gracias a esta vigilancia se logró hacer de él una institución modelo. Logrando decir que no había, en el mundo, hospital más bien atendido y asistido que este. Realizando constantemente y con el paso de los años mejoras y modificaciones a la construcción, con la finalidad de mantenerlo en la misma situación. Esto no duro mucho, pues los Jesuitas fueron expulsados de los dominios españoles en 1767 por Carlos III, marcando la decadencia de sus obras apostólicas y el hospital pasó a depender del real patronato, así como su administración dependió del virrey, los primeros años se siguió conservando y dando un buen servicio pero sin embargo los años siguientes fueron de total decadencia: los servicios se hicieron deficientes, la mugre, el descuido y el maltrato a las enfermas eran tales que el hospital se convirtió en una de tantas prisiones para dementes. Todo esto debido a la falta de mantenimiento y al aumento excesivo de pacientes.

Con este crecimiento excesivo de pacientes el hospital se había convertido en Hospital Nacional. A él se enviaban dementes del reino de España e inclusive indias. Por tal motivo José de Valdiviello, reclamo al virrey Bucareli que las pacientes indígenas pagaran su estancia con fondos del hospital Real de los Indios como ya se hacía en el de San Hipólito, con los hombres indígenas dementes, petición que fue concedida en diciembre de 1792, pagándose a partir de entonces uno y medio reales por las indígenas (Muriel, 1991). Las enfermas indigentes, para poder ser admitidas presentaban a la rectora una boleta que le daba el administrador, previa certificación del facultativo. Había pensionistas o distinguidas, las que pagaban una mensualidad, y estaban aisladas de las otras enfermas; los muebles de sus aposentos eran de su propiedad, tenían criados a su servicio; su ropa de uso y cama, en general todo lo que necesitaban era pagado por sus familiares, así como su comida, estaban en libertad de elegir al medico del establecimiento o a cualquier otro pagando sus servicios; y también las medicinas. Había también epilépticas adultas así como niñas y las depositadas. La enferma al ser admitida en el hospital era declarada incapacitada, privándola así del ejercicio de sus derechos civiles y exonerándola de la responsabilidad criminal, en el caso de que existiera un embarazo en alguna enferma al nacer su hijo, pasaba inmediatamente a la casa cuna. (Berkstein, 1981).

Tenemos muy pocos datos sobre la vida diaria de las mujeres dementes en el Hospital del Divino Salvador durante la época colonial, desconocemos por ejemplo sus horarios, o su tipo de alimentación. Sobre su vestido poseemos una breve referencia de Viera, quien advierte que: " Durante el tiempo que la congregación del Divino Salvador se hizo cargo del Hospital, ellos se encargaron del vestuario de las enfermas:

haciéndoles naguas de bayeta azul, camisa y naguas blancas de lienzo de algodón y un rebozo, el cual era de algodón de colores". (Berkstein, 1981, pág. 109).

El movimiento de independencia no interrumpió para nada el trabajo del hospital, pero el 13 de Julio de 1824, en un decreto emitido por el nuevo gobierno, republicano, se señaló que el hospital pasa a depender de la federación, la que tomaba posesión de todos los derechos, consistentes en cuidar y vigilar su administración, fijar y cotejar sus reglamentos, nombrar sus empleados y señalar sus sueldos, revisar sus cuentas y en general todo lo concerniente al hospital. En 1845 el presidente interino José Joaquín de Herrera, lo puso en manos de las hermanas de la caridad, marcando con esto un mejoramiento en los servicios hospitalarios, los cuales para entonces eran un verdadero caos, es en este año cuando al tomar en sus manos el hospital las hermanas de la caridad establecen un reglamento interno para el mismo, siguiendo disposiciones muy claras, con respecto a los horarios, que consistían en:

I. Todos los días a las cinco treinta de la mañana, se celebraba para las hijas de la caridad la misa que decía el padre capellán del establecimiento.

II. Los días de fiesta se decía otra misa entre siete y diez de la mañana, a la que asistían las enfermas que se hallaban en estado de poderla oír.

III. Las enfermas que estaban en disposición se levantaban a las seis de la mañana en verano y a las siete en tiempo de invierno.

IV. Inmediatamente después de levantadas se les daba el desayuno y enseguida hacían aquello que se les había encomendado, atendiendo su capacidad.

V. A las nueve de la mañana era la visita del medico en todo tiempo.

VI. A las nueve y media distribución de medicinas.

VIII. A las tres de la tarde distribución de medicinas y algún alimento a quien los necesitaba.

XIX. A las cinco de la tarde, se rezaba el rosario y algunas fireces.

X. A las 5:30 de la misma era la comida y con prudente intervalo se recogían a dormir."(A. H. S. S. A., 1859)

La visita era una vez a la semana por las mañanas a las pensionistas y en la tarde a el resto de las enfermas. las visitas requerían de una orden firmada por el director ,quien llevaba una lista de las que lo tenían prohibido. no se permitía la entrada al interior del establecimiento, había un lugar destinado para las visitas. Bajo la responsabilidad de la enfermera mayor estaba el que se observara esta disposición. En algunos casos, era el director y solo él quien autorizaba una visita fuera del horario, que no excedía de 15 minutos.

En cuanto a la comida sé tenía cuidado que los alimentos fueran sanos, bien condimentados y abundantes, "el desayuno era a las siete, compuesto por champurrado, pan, leche endulzada, café con leche o chocolate con leche; La comida era a alas once e incluía sopa de arroz suelto, guisado (legumbres, carne) o puchero (legumbre, garbanzo, carne), pulque, frijoles, pan. No se permitía a las enfermas cambio o trafico alguno con los alimentos. Así como ninguna persona podía sacar del hospital alimentos, ni viceversa."(Alcocer, 1983, pág.5)

La ropa se cambiaba a las enfermas aseadas y que no fueran destructoras una vez por semana; pero las que adolecían de estos defectos cuantas veces se hiciera

necesario. El médico tenía la obligación de vivir en el hospital y de hacer una visita diaria a las enfermas; y presentar cada seis meses un informe de las enfermedades más comunes en las asiladas y que causaban mayor mortalidad; estos eran los problemas intestinales.

En general la vida cotidiana del hospital era monótona. Los gritos, los llantos, las voces, las plegarias, la comida en común, el sueño, consistían en actos cotidianos, se tenía cuidado de que no hubiera desorden, ruido, ni música de viento, para no excitar a las enfermas. Solo se rompía la monotonía al festejar el día del Divino Salvador.

En 1868, las hermanas de la caridad fueron expulsadas del hospital, y toma la dirección del establecimiento en este mismo año el Dr. Alvarado quien se dedicó al estudio de los enfermos mentales, ya que él había realizado diversas obras relacionadas con el mismo tema, siendo uno de los primeros médicos en tomar en cuenta la psiquiatría en México, así como las enfermedades mentales, estableciendo un registro en el que se congenian los datos relacionados con el estudio de la locura en México, se señalaba la historia de cada enfermo, las causas probables del padecimiento, el pronostico de la dolencia, su terminación y el tratamiento empleado.

El Dr. Alvarado (Ramírez M.,1950) hizo algunas modificaciones al hospital para brindar un tratamiento ante la enfermedad mental haciendo notar que no había elementos higiénicos porque el local del hospital no puede ser peor, cuartos oscuros mal ventilados sin ninguna seguridad, sucios e instala por primera vez cuartos de colores con luz azul y roja para enfermos excitados y deprimidos, respectivamente, así como también se ventilaron más y se mantenían lo más limpio que se pudiera; En su tiempo se dieron los primeros pasos formales con el estudio de la medicina mental, se introdujeron además, una sala de baños, donde se aplicaban baños de agua fría y calientes para el tratamiento de la locura, así como también introdujo en el hospital un aparato electromagnético y se instalo un anfiteatro para estudios anatómo-patológicos y autopsias. Al no contar con jardines propios, solicitó un coche para que transportara semanalmente a las mujeres del hospital a distraerse al campo, situación que hoy e día se considera como terapia recreativa. Y conjuntamente brindo la representación de títeres en el teatro del hospital. De hecho estas funciones al igual que la música, eran una de las formas terapéuticas recomendadas en los países más avanzados.

El 9 de febrero de 1905, en que fue nombrado director el Dr. Juan Peón del Valle, solicitando apoyo al gobierno ya que más que un hospital parecía una prisión de la época colonial, con sus gruesos muros y paredes desmanteladas, sus rejas de barrotes de hierro en las puertas separando patios y corredores, celdas con crujías donde se alojaban aglomeradas o recluidas a las enfermas enajenadas. Esa casa apolillada por la edad, y por arcaico mobiliario se modifico en los límites posibles, pero aun así la situación se tornaba difícil debido a la falta de recursos materiales aunado al sobrecupo que tenia, pues ya se entreveía la construcción de la Castañeda o Manicomio General (Ramírez M.,1950). Con todo lo anterior y contando ya con 210 años de antigüedad, se opto por cerrar el hospital en el año de 1910, contando para ese entonces con la terminación del Manicomio General de la Castañeda. En donde se albergaban pacientes de ambos sexos provenientes de diversos hospitales como: Del Hospital del Divino Salvador, del antiguo Hospital de San Hipólito y del Hospital de Epilépticos de Texcoco.

2.4 EL MANICOMIO GENERAL “LA CASTAÑEDA”

Después de 344 años de existencia del Manicomio de San Hipólito y de 210 años del Manicomio de La Canoa o Divino Salvador; El 1º de septiembre de 1910 como primer acto en la celebración de las fiestas de independencia, se inauguró el flamante Manicomio General en donde fueron trasladados de esos arcaicos edificios los pacientes de ambos sexos. Este Manicomio se construyó no para ser un número de las fiestas patrias, sino ante la necesidad de mejorar las condiciones de asistencia e higiene de los pacientes que durante siglos permanecieron reclusos en casas insalubres e inadecuadas, desatendidas en lo general. Siendo el gobierno del general Porfirio Díaz, quien se da cuenta de las condiciones de vida de los enfermos, y proyecta la edificación de un gran hospital para enajenados que llenara la necesidad de la época y previera las necesidades del futuro.

Se hizo este hospital exclusivamente para enfermos mentales, que fue en su índole el más grande del país y uno de los mayores en la América Latina. Ubicado en una antigua hacienda denominada “La Castañeda”, en el suroeste de Mixcoac, originalmente con una superficie de 141 662 metros cuadrados, en donde se construyó un pabellón de servicios generales, 25 edificios, 13 destinados a enfermos, y el resto a talleres, baños, etc. (Chávez, 1997). Los edificios fueron proyectados según las necesidades diagnosticadas que habían sido establecidas en el Hospital de San Hipólito y La Canoa. “La unidad administrativo asistencial estaba en los pabellones que a su vez, se subdividían en cuatro salas cada uno, con un cupo de 16 pacientes por sala. Se pensó en un total de ocho grandes pabellones para el manicomio. El pabellón de observación se diseñó para clasificar a los enfermos al ingresar y durante una corta estancia para luego llevarlos al área que se juzgara más conveniente. Esto que era una novedad en la atención hospitalaria en Francia, se había adoptado en el hospital general con muy buenos resultados” (Ramos, 1998, pág. 23-24).

La edificación fue meramente al estilo francés estando al mando del ingeniero Porfirio Díaz, hijo del presidente. Con el tiempo perdió uniformidad debido a las necesidades de espacio y a la adaptación a las necesidades de la población, esto fue debido a que en un principio se calculó que no pasarían de 800 a 1000, sin embargo en 1950 alberga hasta 3000 pacientes (Chávez, 1997).

En este lugar se proyectaba albergar a todo tipo de enfermos: Alcohólicos, furiosos, tranquilos, peligrosos, epilépticos e imbeciles, y aun se usaba la distinción de distinguidos a los pensionistas, y de indigentes a los no pensionistas, para marcar de forma servil a los que pagaban, y de forma despectiva a los carentes de recursos que estaban bajo la protección y sostén del estado. La distribución de los pabellones fue de la siguiente manera: el pabellón de degenerados para evitar que estos pacientes no se relacionaran con el resto de la población del nosocomio, y de esta manera evitar el “contagio moral de la locura”; el pabellón de epilépticos se destinó alrededor de un jardín, con sujetos epilépticos de primero, segundo y tercer grado; el pabellón de tranquilos, se destinó a pacientes tranquilos, semiagitados, agitados, sucios, ancianos y paralíticos; la finalidad del pabellón de delincuentes era vigilar a los criminales de cerca y reconocer con el tiempo si la locura que padecían era real o simulada. La proporción de las camas en el pabellón de furiosos no debía exceder del 3 al 4% de la totalidad disponible en el hospital. El pabellón de enfermería proporcionaría refugio a los

pacientes que mostraran una enfermedad de tipo infecciosa o accidental; cuando se descubriera alguna causa grave los pacientes serían trasladados al Hospital de San Pablo (Ramos, 1998).

Al abrirse el hospital se encontraron una serie de requisitos necesarios para internar a un paciente, los cuales "fueron encontrados en una serie de cartas que el director intercambio en 1918 con un español que deseaba internar a un familiar. Los requisitos eran:

- 1.-Certificado firmado por dos médicos que acrediten la clase de enfermedad mental y la necesidad de ser internado. Legalizados y de no más de 15 días antes de la admisión.
- 2.- Solicitud del pariente más cercano; ambos documentos debían ir acompañados con un timbre de 50 cts.
- 3.- Si se quería ser pensionista, las mensualidades eran: para 1ª. \$150.00; 2ª. \$50.00 y 3ª. \$30.00. había también no pensionistas, asilados y asistidos de gracia. El servicio médico era al menos en teoría el mismo, la diferencia estaba en la mejor habitación y alimentación de los pensionistas.
- 4.-Deberían de llevar a su ingreso media docena de piezas de ropa interior, tres vestidos de exterior, tres toallas de baños y un cepillo de dientes.
- 5.-El pago debería hacerse por adelantado en la administración de bienes y gastos generales de la beneficencia pública."(Chávez, 1997, pág. 43).

De hecho, al ingresar un paciente al Manicomio General, la primera forma de reconocimiento de un enfermo que se le realizaba, para una valoración mental, era una valoración del enfermo en gran parte verbal y otra pequeña parte resultado de una observación general; el problema era cuando el enfermo no respondía a las preguntas, no se le podían evaluar sus facultades mentales, al parecer se hacían otro tipo de exámenes, pero desgraciadamente no se tiene claramente que tipo de examen, así también se tiene conocimiento de pacientes que acudían o eran trasladados al Manicomio por las autoridades correspondientes en esta época, ya que se les encontraba vagabundeando por las calles, con un aparente padecimiento mental, siendo, muchas de las veces, que solamente para expresarse el paciente utilizaba algún dialecto, palabras que probablemente eran tomadas como neologismos, y en ese tiempo se consideraban como característicos de los padecimientos mentales, si el paciente corría con suerte, y se encontraba con alguien que le pudiese traducir su dialecto al expresarse, y al no tener otro padecimiento médico o Psiquiátrico era dado de alta; De no ser así, el paciente quedaba recluido en el Manicomio como enfermo mental, y en calidad de indigente, siendo en estas situaciones cuando este tipo de personas en ocasiones adoptaban conductas que no tenían, y que en realidad eran característicos de la enfermedad mental.

Así también, consideramos importante mencionar, que en la primera década de vida del hospital los requisitos de admisión y remisión de un paciente continuaron siendo los mismos y pasando este tiempo los criterios ya no se continuaron, y el ingreso lo podía solicitar la persona que le incomodara la presencia del enfermo. Igualmente era común que las familias de los asilados solicitaran las altas de sus enfermos, ya fuera para acallar sus conciencias o en un intento por curarlos a través de sus atenciones o cariños. Y pasados algunos días, el enfermo estaba de regreso en la institución tal y como se fue o a veces hasta más excitado (Op. cit. pág. 52-53).

Y en esta misma década se registraron 6600 pacientes, no obstante esta población no se encontraba realmente en el hospital ya que varias personas fueron dados de alta solicitada por los familiares, sin estar recuperados, o algunos murieron en poco tiempo. A los reincidentes se les registraba con su número de expediente original, aunque tuvieran un record de ingresos. Hubo quien tuvo un solo ingreso desde la apertura del Manicomio General y nunca salió, pasando ahí toda su vida, olvidado por su familia, quedando en este lugar hasta la fecha de su muerte, o hasta el momento en que fuera trasladado(a) a otra institución psiquiátrica, al momento de cerrarse la Castañeda, pudiendo actualmente encontrar a varios de estos pacientes, en diversos hospitales.

En cuanto al abandono familiar se tienen algunos datos, los cuales serían similares a la situación actual del paciente, como por ejemplo se sabe que el director de la Castañeda escribía constantemente a los familiares para que acudieran con la consigna de solicitar ropa, (tomando en cuenta que realmente, llegaron a no tener una sola muda de ropa y su apariencia física era deprimente) no obteniendo, en muchas ocasiones ni ropa, ni la visita de los solicitados. En cambio en la actualidad, la solicitud es realizada con la finalidad de no romper los lazos familiares, aun y cuando no aporten económicamente.

En un inicio se tenía la idea de que el asilo estaría dividido en dos grupos, el dedicado a los servicios generales y el que se encargaría de la atención de los pacientes. El director general del Manicomio tendría a su cargo un director médico para el área de hombres y uno para el de mujeres. En los dos pabellones de observación se contaría con dos practicantes, y para los pabellones de pensionistas con ocho practicantes que fueran médicos. Pero en realidad se tiene conocimiento de que en el hospital solo existían médicos generales quienes eran los que llevaban el control del paciente, aunque había médicos titulares, o internos, que eran responsables de un pabellón, así como también había médicos de guardia, practicantes y estudiantes, quienes muchas de las veces cumplían las mismas actividades de un médico encargado.

Después del personal médico se tiene información de los encargados de la oficina de admisión que estaban a cargo de ingresos, así como de canalizaciones a los pabellones correspondientes; enfermeros, quienes atendían de manera constante al paciente; vigilantes, los cuales mantenían el orden y seguridad en el nosocomio; profesores que se limitaban a la clase que tomara el enfermo y el comisario del Manicomio General, debía tener conocimiento de todo lo acontecido, desde una defunción hasta permisos de salida, admisiones, readmisiones o remisiones.

Actualmente se considera que la valoración mental era muy escueta, ya que constantemente se cometían errores en cuanto a la evaluación del enfermo, como ejemplo cabe mencionar el caso de una asilada, que ingreso por padecer "enajenación mental", y se le dio de alta un año cinco meses después tiempo en que se descubre que era una persona mentalmente sana, y que se cree que se tomo por enajenada por su sordera al no responder las preguntas que se le hacían y por no presentar trastornos mentales. Observando ante esto que aunque no hubiera padecimientos mentales, por su larga estancia y relación con el resto de las enfermas, ya presentaba alucinaciones visuales y auditivas, hablaba a solas, permanecía sentada todo el día, emitía frases incoherentes e inteligibles. (Chávez, 1997).

De hecho existieron diversidad de anomalías, como por ejemplo que no se tenía la vigilancia necesaria, existía corrupción, maltrato, mal funcionamiento del Hospital, y muchas de las veces tanto los vigilantes como los enfermeros hacían uso y abuso de su puesto, en la segunda década de vida del Hospital se encuentran datos de tráfico de drogas dentro del Manicomio General, al parecer las llamadas de atención eran la forma más común de castigo, ya que no se podían dar el lujo de despedir a vigilantes, enfermeros y médicos, dado lo escaso del personal, siendo para este entonces claro el maltrato a los asilados; como por ejemplo, el caso de un asilada que presentó lesiones traumáticas en lo brazos, edemas y exudados sanguinolentos debido que según manifestó la enfermera primera, la asilada fue –ensabanada- por supuestas faltas que cometió y que las lesiones se las produjo ella misma, por esfuerzos para quitarse la sabana, también había otras situaciones como una mala alimentación y pésima calidad de vida.(Op. cit.).

Al hablar de la estancia de los pacientes en esta institución, consideramos importante mencionar, también, las causa más comunes de admisión de los pacientes, por lo menos durante la primera década de vida del nosocomio, siendo: la enajenación mental, perturbación mental, confusión mental, signos de trastornos mentales, perturbación mental de naturaleza psíquica, síntomas de demencia, demencia en estado incurable, padecimiento nervioso crónico, las más importantes, entre otras.

Consideramos importante brindar una pequeña explicación de algunas de ellas, comenzando por mencionar que la enajenación mental era un nombre genérico, que incluía una serie de síntomas; incongruencia de ideas, logorrea, falta de coordinación de ideas, delirio de persecución, falta de atención, incoherencia, tendencia a las ideas de persecución. Algunos médicos completaban su informe, mencionando que la enajenación se presentaba como “afectado de sus facultades mentales bajo la forma de acceso maniaco”, “enfermo de sus facultades mentales bajo la forma de demencia precoz”, “ enajenación mental bajo la forma de monomanía religiosa”, y “enajenación mental bajo la forma de demencia etílica”, etc. De hecho la segunda causa de admisión más frecuente era la epilepsia, y esta podía presentarse sola o trayendo consigo otros padecimientos, como consecuencia: alcoholismo, enajenación mental, impulsividad, locura o demencia.

El Manicomio era una pieza del rompecabezas del gobierno, al igual que las cárceles, en donde la finalidad era segregarse a todo aquel que alterará el orden público y social, reclusión a todos los individuos “desagradables”, modelo usado en el Porfiriato, que no produjo ningún beneficio. Las reclusiones dependían de las observaciones u opiniones de unos cuantos con diagnósticos tan imprecisos que igual se remitía enfermos mentales que adictos y criminales.

Había ciertas situaciones, en ese entonces más comunes, que desencadenaban desde un malestar a hasta una somatización a nivel físico o mental, podía ser el abandono del cónyuge, la pérdida de un bien económico, la muerte de sus seres queridos y hasta situaciones a nivel social, como la revolución mexicana, que estaba en pleno auge. Tal vez lo más común fueron los ingresos solicitados por sus familiares o personas interesadas en donde el considerado como enfermo mental se remitiera a un lugar en donde además de no ser visto permaneciera recluido. La intención de estos ingresos, podían ser un deseo sincero de que el enfermo se atendiera y recuperara o

simplemente podía ser para desocuparse de él, descansar de la responsabilidad y poder hacer uso de sus propiedades materiales o hasta para contraer segundas nupcias, en algunos casos.

Retomando la situación de los diagnósticos, se tiene conocimiento de que en muy pocos casos los médicos hicieron una evaluación completa que llevara su diagnóstico, los enfermos no tenían registrado en su expediente este dato, y muchas de las veces era solo en caso de defunción y a veces cuando iban a ser dados de alta, que se incluía el nombre de la enfermedad. En muchos de los expedientes que hoy en día se resguardan en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (A. H. S. S. A.), no se encontró el diagnóstico en el expediente, encontrándolo solo en la solicitud de cambio de un pabellón a otro, ya que debía de contenerlo como requisito para el traslado.

Podemos hacer la observación de que en 1918 el diagnóstico solo era en base al criterio de una persona y no de un equipo multidisciplinario, ya que como ejemplo se sabe de el caso de una paciente quien en un principio fue diagnosticada con "delirio religioso" solo por un practicante de servicio, y al ser trasladado a enfermería se le diagnosticó con demencia precoz simple y se tiene conocimiento de que los diagnósticos podían permanecer años, o podían cambiar sin previo aviso de un día a otro, y esto dependía de la opinión del médico que estuviese a cargo del pabellón donde se encontrara el asilado.

Tenemos que tomar en cuenta que el hecho de estar en convivencia con el resto de los enfermos y en las condiciones en que estaban, les ocasionaba un deterioro físico y mental que muchas de las veces se reflejaba en el diagnóstico, y la realidad era que este no era muy confiable pues fueron innumerables los casos en que aun y cuando la sintomatología se mantuviera igual, el diagnóstico cambiaba. El tiempo tampoco parecía ser un factor importante en las decisiones médicas, los diagnósticos podían hacerse casi inmediatamente después del ingreso o dejar pasar hasta diez años. Claro que no hemos hablado del diagnóstico provisional como se consideraba el que se hacía al ingresar en el pabellón, con la idea de que después de una evaluación completa se cambiara por el definitivo, canalizando al paciente al pabellón más adecuado a su padecimiento. Para la institución este dato era necesario, ya que con él se manejaba a los enfermos de acuerdo a las categorías especificadas por el mismo personal, se les agrupaba de acuerdo a pabellones en donde supuestamente recibían un trato especial o diferente, dependiendo de su padecimiento o les permitía justificar el mismo, era exigido hasta para pasar al pabellón de enfermería en donde eran enviados no por un padecimiento mental sino por una enfermedad física grave que requería una atención especial.

No es, sino hasta el año de 1916, donde se encuentran datos acerca de cómo los médicos elaboraban un diagnóstico, o en qué se basaban al hacerlo para la obtención de todos estos datos, los cuales se hacían en gran parte de forma verbal y una pequeña parte como resultado de la observación general. La gran mayoría de los asilados tenían antecedentes de su padecimiento que eran retomados al establecer un diagnóstico. El antecedente más frecuente en cuanto a la historia de síntomas físicos casi desde el principio fue el alcoholismo, sin importar sexo, edad y ocupación del asilado. El alcoholismo era una causa común de ingreso y una buena justificación para elaborar los diagnósticos; se consideraba la causa de enfermedades no sólo relacionados

directamente con él, sino de muchas otras como la parálisis general progresiva, sin considerar las enfermedades venéreas y los problemas sifilíticos.

Se ha encontrado que las causas de un padecimiento eran muy variadas, de hecho las impresiones morales, emociones fuertes, sustos, golpes, pesares y preocupaciones, la locura de una hija, el abandono del marido, un disparo en la cabeza, sustos que sufrió la madre de los enfermos durante el embarazo, o la muerte de un pariente cercano, pueden ser ejemplos de factores desencadenantes de una enfermedad mental, estos datos los indagaba el doctor a partir de un cuestionamiento dirigido al paciente, o en su defecto al familiar. Otro factor de mayor relevancia es el social, ya que existieron diversos internamientos debido a la revolución mexicana, como el caso de una de las enfermas, la cual manifestaba un delirio de persecución relacionado con los zapatistas al grado de intentar suicidarse; o el caso de otra paciente que estaba embarazada y a raíz de un encuentro que tuvo con los zapatistas, le vino un fuerte desequilibrio. Otro aspecto que se anotaba en algunas ocasiones en el expediente era el pronóstico, que la mayoría de las veces era de incurable, como por ejemplo el caso de un paciente al cual se le diagnóstico *confusión mental asténica* y su pronóstico resultó desfavorable pues tiempo después se observó que su estado mental no mejoró, así como tampoco su estado físico, sin indicios de curación, situación que no era normal en ese entonces y murió de enteritis poco tiempo después. (Chávez, 1997).

A juzgar por los pocos diagnósticos encontrados en los expedientes, la enfermedad más frecuente en el Manicomio, por lo menos durante la primera década, era "la demencia, la cual abarcaba estados caracterizados por marcada afección de la vida afectiva, la voluntad y por la evolución progresiva hacia la disgregación completa de la personalidad que cobraba un aspecto cada vez más deficitario. De aquí se derivaban las más eficientes formas clínicas: simple, hebefrénica, catatónica, paranoide, depresivas, periódicas, precoz, etc. La forma simple correspondía a un debilitamiento intelectual progresivo, la paranoide implicaba una actividad delirante y alucinatoria; y una combinación de depresión regresiva seguida de un período de confusión hasta llegar a una demencia final significando un tipo hebefrénico - catatónico" (Op. cit, pág. 70).

Resulta muy importante establecer la relación de técnicas, tratamientos y medicamentos administrados, ya que no se tiene demasiada información por una parte; y por otra la escritura utilizada en ocasiones es poco legible. Los tratamientos más comunes eran por algún golpe, herida o enfermedad aguda, como neumonía, neuralgias, heridas o indigestiones, y anemia; ante lo cual eran enviados al pabellón de enfermería para recibir el tratamiento más idóneo ante su enfermedad; pero la realidad es que todos los tratamientos eran sintomáticos, de acuerdo a lo que le pasará al asilado en un momento dado: diarrea, fiebres, debilitamiento en general, etc (Chávez, 1997). De hecho el tratamiento era administrado con base sólo en lo observado dentro de la institución, aquellos medicamentos que los enfermos recibían de su médico particular o de algún hospital, y ni siquiera se evaluaban sus resultados.

Ya para la segunda década de vida del hospital, se brindaba mayor atención a los tratamientos con la intención de mantener vivo y más o menos estable al asilado consistiendo básicamente en "los conocidos enemas, medicamentos tonificantes, lavados, aplicaciones sépticas, balneoterapia, reclusión, calmantes, anticonvulsivos, complán, baño de aseo semanal, ración "normal" de alimentos, sueros vitaminados,

extractos de hígado, vitamina B y C, y calcio. Parte de estas terapéuticas fueron los calmantes, administrados a diestra y siniestra por toda la población interna de la institución. Sus presentaciones y nombres son muchísimos, pero su función es la misma: sedar, dormir tranquilizar, eliminar al paciente de la vida cotidiana, recluyéndolo de su propia vida interior. Los más usados fueron: acónito, belladona, opio, cloral, agua de azahar, bromuro (de sodio, potasio y amonio), valeriana, estramonio, sulfato de magnesio por vía intravenosa, y algunas combinaciones de calcio, que eran usadas como sedantes. Todos estas fórmulas eran administradas cotidianamente, en forma de cucharadas o preparaciones” (Op. cit., pág. 83).

Hoy en día conocemos lo importante que es una buena alimentación, situación de la cual no se tenía conocimiento en ese entonces, aunque solo se brindara la higiene más básica como parte del tratamiento, en su dieta, sin especificar si se trataba de una dieta especial, que le mejore la calidad del alimento, o que comiera con mayor frecuencia. En muchos casos solo se señalaba “ración alimenticia normal”, “alimento”, “régimen lácteo – vegetariano”, sin especificar en que consistía; Ocasionalmente se sumaban ciertos alimentos, como carne molida, leche, huevos, sopas, verduras o pan. Fue famosa la comida de esta institución, precisamente por su mala calidad, tanto en las medidas higiénicas de su preparación, como por su nivel nutritivo, al menos en teoría los pensionistas tenían mejor comida” (Op. cit.). Consideramos relevante mencionar la alimentación, debido a que es un aspecto importante en la castañeda, ya que este no era muy eficiente, situación que no debió haberse dado ya que al tener una alimentación deficiente, el rendimiento de las pacientes era menor, como actualmente se ve, ante esto se pueden observar alteraciones conductuales, debido a la falta de alimentación.

Otro tipo de tratamiento eran los “baños tibios, antisépticos y antitérmicos”, “baños tónicos y expectorantes”, “balneoterapia”, “baños”, “baño terapia”, o “hidroterapia”, lo cual implicaba el sumergir a los asilados en una especie de baño de tina con agua a diferentes temperaturas; su nombre técnico era Loutroterapia. (Op. cit). Queremos suponer que en algunos casos el tratamiento era más complejo, aunque no se cuenta con información que lo pueda confirmar, según esta registrado en los expedientes, que ya se proporcionaba psicoterapia desde el comienzo de la segunda década del hospital, sin embargo, no encontramos algún indicio de que se hubiera llevado a cabo o de que existiera alguien responsable de este tipo de terapia, de hecho la gran mayoría no recibía ningún tratamiento dentro de la misma institución, por que la Beneficencia Pública no podía costearlos, y así mismo los familiares tenían que comprar las medicinas o tratamientos, que no podía administrar el Manicomio General y tenían que acudir al Hospital General, de igual manera se encontraron planes de tratamiento y estudios que nunca fueron realizados a los asilados, pero si bien contabilizados en los gastos del hospital.

De hecho podemos hacer mención de que el enfermo mental representaba para muchas familias una especie de vergüenza que era necesario ocultar, ya fuera en su propia casa o en instituciones como el Manicomio General al abrigo de las miradas de la gente (Op. cit), de hecho en esta época era muy común observar a las familias numerosas y no faltaba nunca un hermano o familiar cercano que se pudiese hacer cargo del paciente, pero aun estos pocos familiares, consideraban al paciente como una carga pesada de la que debían deshacerse, así también este abandono se realizaba debido a la ignorancia de la gente, ya que; si un pariente cercano padecía algún trastorno mental,

creían que podían contagiarse y preferían estar lejos de ellos. Salvo algunas excepciones, muy contadas, el Manicomio General era un enorme “basurero”, en donde podían depositarse los desechos humanos de la sociedad mexicana. Los únicos datos que se encontraron de la familia de muchos asilados estaban en su “hoja de interrogatorio”, de hecho fueron muy pocos los casos en los que hubo un interés real por los enfermos y las formas más cómodas de participar en la vida de los asilados eran solicitar altas o permisos, pagar cuotas de pensionistas, enviar correspondencia al director del manicomio, dejando una herencia bastante peculiar a los enfermos, hacer envíos de ropa y otros artículos personales, muy esporádicamente realizar una visita, solicitar informes de salud, acompañarlos durante el ingreso y enviar ciertos medicamentos que la Beneficencia Pública no proporcionaba.

En realidad es fácil imaginar las condiciones de vida de los pacientes; la mala alimentación, el abandono familiar y los pocos cuidados de higiene, así como el factor común en la vida de los asilados fue el constante sufrimiento, ya fuera por el abandono familiar, por la deficiente atención o a causa de su propio padecimiento, la mayoría de las defunciones fueron la culminación de largas agonías de una enfermedad no mortal en sí misma, pero que descuidada podía acarrear diversas consecuencias, esto nos muestra que no se les brindaban atención cuidados mejores condiciones de vida por ende tenían una deficiente calidad de vida dentro del Manicomio General.

Durante muchos años poco se progresó y aun así hubo retroceso en el hospital; las autoridades no se preocupaban por él y estaba sujeto a la política; los empleados olvidaban su misión de estar al servicio de los enfermos, y los médicos, en su mayoría, no se dedicaban a la psiquiatría, que se requiere como hoy en día, además de gran preparación y estudio para brindar atención a este tipo de personas.

Durante el inicio del periodo presidencial del licenciado Gustavo Díaz Ordaz en 1965, el secretario de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por primera vez realizó una visita al Manicomio General, siendo esta la primera visita al Manicomio por un funcionario gubernamental, del campo de la salud. Siendo recibido por el entonces presidente de la sociedad médica de la Castañeda (Calderón, 1995), considerando esto, como una magnífica oportunidad para lograr ayuda de las autoridades, por muchos años limitada.

Esta situación permitió al secretario de salubridad rediagnosticar a los enfermos atendidos en este nosocomio, estableciendo una base de referencia para su distribución en nuevas instalaciones. Obteniendo las siguientes conclusiones:

1. El total de pacientes era de 2800, número al que se había incrementado la población de internos gracias a la aparición, en los 60's, de nuevos fármacos antipsicóticos. y aun con esto era la institución en donde se concentraba la mayor parte de los enfermos mentales crónicos y agudos de la República; por sexo 45% eran hombres y 55% mujeres, incluyendo entre ellos a 200 menores atendidos en un pabellón especial.
2. Se considero que 400 pacientes podían ser dados de alta inmediatamente, pudiendo ser tratados en el servicio de consulta externa.
3. 550 enfermos deberían de ser atendidos en hospitales para enfermos agudos.
4. De 1000 a 1300 casos se evaluaron para ser tratados en hospitales granjas.
5. Debían crearse plazas para dar atención a 200 infantes en centros pediátricos.

6. Aproximadamente entre 400 y 500 enfermos requerían instituciones de tipo hospital hogar para enfermos crónicos, con pocas posibilidades de rehabilitación; contemplando una estancia prolongada y, en ocasiones definitivas.

Después de estudiar las alternativas se considero la construcción de los siguientes edificios:

Un hospital de 600 camas censables para enfermos mentales en etapas agudas.

Un hospital pediátrico de 200 camas para la rehabilitación psiconeurológica.

Tres hospitales campestres de 500 camas para pacientes con padecimientos crónicos – psiquiátricos.

Un hospital hogar de 600 camas para enfermos mentales de difícil recuperación (Calderón, 1995).

Dando con todo esto por terminada la función del Manicomio General de la Castañeda, iniciando así la construcción de los proyectos del secretario de Salubridad y Asistencia Pública, creando además de nuevas instalaciones la Dirección de Salud Mental, preparando, capacitando y reubicando al personal que trabajara en el Manicomio de la Castañeda, en las nuevas instalaciones psiquiátricas.

El Manicomio General de la Castañeda “vivió muy pocos años” de 1910 a 1967. Del antiguo Manicomio General, joya de la arquitectura del Porfiriato, no queda nada: fue borrado del suelo y del mapa de la ciudad. Sin embargo, se conserva un archivo: *el Grupo Documental del Manicomio General “La Castañeda”*, acervo que forma parte del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, que posee mas de sesenta mil expedientes clínicos, 1620 legajos y 147 libros de registro de 1910 a 1967, y un importante acervo constituido por los expedientes que correspondieron a los últimos pacientes del Manicomio y que fueron, a la vez, los primeros internos del flamante Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Con todo lo anterior podemos observar, al igual que hoy en día, la economía en México fue muy variante, así como el interés socio- político dirigido a los hospitales, observando esto en los diversos hospitales creados en ese momento, ya que en ocasiones mostraban una adecuada estabilidad económica revelando por ende una mejor calidad de vida para las (os) pacientes, en otras de las veces llegaban a no tener esta estabilidad, situación que se observo en la falta de alimento y vestido, con lo cual mostraban la falta de calidad de vida aparte del deficiente apoyo del personal administrativo y publico, además de que hay que tomar en cuenta que estos hospitales existieron por mas de un siglo requiriendo de diversas administraciones que provocaban dicha situación.

Como ya mencionamos al hacer mención de la situación económica hay que tomar en cuenta las diferentes administraciones encargadas de los hospitales, las cuales accedían o negaban diferentes situaciones, como por ejemplo el cobro de cuotas a las pacientes, o la jerarquización de las mismas en diferentes lugares del hospital, lo cual permitía la corrupción del personal encargado de las pacientes y por ende disminuía la calidad de vida de las usuarias de este, dando además una mala impresión social del nosocomio.

También así es relevante tomar en cuenta la situación política del país . la cual aparentemente no ha cambiado demasiado, ya que en ese entonces el apoyo a las personas con un problema de salud mental era mínimo, no brindando los recursos necesarios para la creación de mayores instituciones relacionadas con el tema, así también cabe mencionar que el apoyo social fue una situación importante, ya que muchas veces ante el rechazo de las personas con una enfermedad mental, la sociedad impedía el crecimiento de la misma, así como el poco o nulo apoyo que se le brindara al paciente y algo muy importante es también, el apoyo de la familia ante la (el) paciente.

CAPITULO III
SURGIMIENTO DE
NUEVOS
HOSPITALES
CAMPESTRES Y
PSIQUIATRICOS



Como ya mencionamos anteriormente al ser clausurada la Castañeda se inauguraron nuevas instalaciones en donde se pudiesen internar a los enfermos del mismo, siendo el de mayor importancia, para pacientes adultos el hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el cual se ocuparía de pacientes psiquiátricos en su fase aguda, pero de hecho también se creó para los niños con padecimientos mentales, el famoso Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, en donde se les brindó atención a los mismos, de la misma manera se crearon hospitales campestres para pacientes crónicos, en los cuales se internaron a los pacientes que no tenían familiares o aquellos que difícilmente podrían tener una mejoría en relación con su padecimiento; A continuación les brindaremos una pequeña reseña de lo que han sido estos hospitales, conforme al orden de aparición, así como su calidad de vida además de la atención, que brindaban al momento de su inauguración, y la que actualmente proporcionan, concluyendo con el Hospital Psiquiátrico “José Sayago”, siendo esta la institución de la cual nos ocuparemos en nuestra investigación.

3.1. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Fue este el primer hospital inaugurado, ya que los niños desnudos, desnutridos y abandonados del Manicomio General, eran lo prioritario a resolver inmediatamente después de la ceremonia de inauguración se dispuso el traslado de los enfermos. Felices los directivos del nuevo nosocomio contemplaban la llegada de los pacientes a su nuevo y cómodo alojamiento, vestidos con flamantes ropas, cuando con gran sorpresa se observó que en menos de 5 minutos todos se quitaban la ropa y volvían a desnudarse. La fuerza de la costumbre tolerada por muchos años, aun en crudos inviernos de su estancia manicomial, no podía quitarse tan fácilmente, tardando bastante tiempo en acostumbrarse a permanecer vestidos (CORSAME,1999)

El hospital, dentro de la unidad asistencial, contaba básicamente con cinco funciones primordiales:

1. Inicialmente alojar a los infantes que se encontraban alterados de sus funciones mentales, de manera permanente o en forma custodial.
2. Se contaba con una sección de 32 camas para enfermos agudos, ya que se consideraba limitar en lo posible, la estancia de ese tipo de pacientes, esto en relación con el nuevo concepto en tratamiento de paidopsiquiatría.
3. Físicamente el hospital contaba con un servicio de consulta externa, así como con nueve consultorios médicos y psicológico, con dos cámaras de Gessel y salones de terapia de juego, individual y colectiva, además de espacios de terapia recreativa consistente en juegos infantiles al aire libre, esto debido a la necesidad de brindar rehabilitación y prevención secundaria a los pacientes.
4. Otra de las áreas con las cuales contaba este nosocomio era la guardería para preescolares, que no ameritaran hospitalización, pero que en cambio requerían asistir, durante periodos más o menos largos al servicio de consulta externa para su tratamiento y

rehabilitación; además de contar con un Hospital de Día, para infantes en edad escolar y adolescentes.

5. La función de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación se llevo a cabo a través de el pabellón para infantes.

Para llevar a cabo la enseñanza académica, se contó con un aula para 60 personas y seis habitaciones para médicos residentes, además contaba con oficinas de gobierno, servicios generales, auxiliares de diagnóstico y tratamiento así como de material y equipo para un correcto desarrollo de funciones (Calderón,1995).

Durante el tiempo de vida de este hospital se han observado los diversos intentos por brindar una mayor calidad de vida, poniendo al servicio de los pacientes la atención de diversos profesionales de la salud mental, así como de personal que apoyara en la realización de las necesidades básicas de los usuarios, situación que hasta el momento no se ha podido comparar con el deficiente estilo de vida que llevaban en el Antiguo Manicomio General de la Castañeda.

Actualmente el hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro”, presta sus servicios a la comunidad en diferentes áreas, los cuales son:

Servicios de hospitalización, consulta externa (psicología, psiquiatría, trabajo social, información y orientación, paidopsiquiatría, atención a usuarios con problemas de adicciones), urgencias, cuidados intermedios.

Servicios intermedios (laboratorio, rayos X, odontología, electroencefalografía), psiquiatría comunitaria (servicio de promoción y educación a la salud mental).

Rehabilitación Psicosocial (actividades de auto cuidado y vida diaria, terapias perceptomotrices <psicomotricidad>, actividades ocupacionales <talleres de manualidades>, actividades socio recreativas y socio – culturales, actividades pedagógicas <alfabetización, educación especial>, sistemas motivacionales, musicoterapia, eventos especiales <festejos>), rehabilitación física, hospital parcial (hospital de día).

Intentando de esta manera brindar una mejor y mayor calidad de vida a los pacientes menores de edad, situación que se ha procurado con ahínco y esmero, con ciertas limitantes, ya que es bien sabido por la mayoría de personas que por muchos años el presupuesto económico, que se ha brindado a este tipo de instituciones es mínimo, en comparación con sus necesidades, remarcando mayormente los esfuerzos y logros obtenidos por directivos y por el personal.

3.2. Hospital “Fray Bernardino Álvarez”.

Este hospital se edifico para atender a 600 enfermos mentales, originalmente se construyo como edificio vertical debido a las limitaciones del predio que fue concedido para su construcción. Quedando integrado como un edificio de 10 niveles, para dar atención a pacientes en cuadros agudos de la enfermedad psiquiátrica, y como centro del sistema institucional recién creado. El objetivo principal de este hospital es el de dar atención e integrar al enfermo mental agudo de uno u otro sexo, de 15 o más años de edad,

que no se encuentra protegido por los sistemas de seguridad social, especialmente a pacientes de escasos recursos económicos.

Originalmente en la planta baja se ubico el servicio de consulta externa con 16 consultorios y dos cámaras de Gessel, el archivo clínico y el departamento de admisión, el edificio se diseño para contener seis niveles de hospitalización, cada uno con dos alas para un cupo máximo de 50 enfermos cada una, debidamente ubicados en secciones de tres y seis camas, lo que permitía que el mismo equipo de salud trabajara con hombres y mujeres indistintamente. En la parte central de cada nivel se dispuso una cámara de Gessel, la sala de juntas y las oficinas del jefe médico y su secretaria. Este espacio es un lugar intermedio que también sirvió para dividir la sección de hospitalización de hombres con la de mujeres.

En el interior de cada una de las secciones se construyeron seis dormitorios, una estación de enfermería, una cocina de distribución, un local amplio, con funciones tanto de sala diurna como de comedor y de una sala de visitas.

Actualmente el hospital se encuentra recién remodelado gracias al Programa de Solidaridad y de Hospital Digno, ya que se le anexo un edificio para los servicios de hospitalización parcial, psiquiatría comunitaria y rehabilitación, así como un área destinada a los servicios de urgencias y consulta externa, desde entonces se cuenta con un área de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento integrado por laboratorios clínicos, gabinete de radiodiagnóstico y electroencefalografía, farmacia, quirófano, unidad de cuidados intensivos psiquiátricos y de interurrencias medicas o quirúrgicas con 24 camas; central de esterilización y consultorio dental, oftalmología y de varias especialidades. Así también cabe mencionar que las modificaciones realizadas en los diversos niveles no tuvieron mayores cambios, excepto el 5° nivel, el cual se diseño como unidad de cuidados especiales de psiquiatría y el servicio de rehabilitación y terapia ocupacional. El octavo piso alberga hoy día la residencia médica, la división de enseñanza, investigación y capacitación; la biblioteca y más recientemente a las oficinas de recursos humanos, el último piso se destinó para una sala de descanso y estudio para los residentes con que cuenta el hospital en su momento.

Desde un principio la docencia fue y sigue siendo una actividad muy dinámica en este hospital contando desde sus inicios con seis aulas para setenta alumnos cada una, y fueron equipadas con los recursos y materiales más modernos, además se construyó un auditorio para 240 personas. A este respecto debemos mencionar que la administración del hospital fomentó que las aulas y el auditorio sean también utilizados tanto por los pacientes como por los familiares de éstos en actividades terapéuticas y lúdicas, a fin de que el uso de las instalaciones sean un pretexto para reunificar y fortalecer los lazos entre el binomio familia - paciente y no solo para la docencia, ya que la participación de los alumnos de pre y postgrado en dichas actividades también redundan en la generación de nuevos conocimientos.

Para realizar el área de terapia ocupacional y la recreativa el nosocomio cuenta con seis talleres y dos áreas de socio terapia de usos múltiple, además de un amplio jardín y estructuras para juegos al aire libre. Cabe señalar a este respecto que aunque la reubicación de este servicio limita su función de mantener un espacio libre de movimiento y creatividad de los pacientes, las actividades de terapia ocupacional al diversificarse tratan de apoyar el

interés de coparticipación del enfermo mental en su rehabilitación y que esta biparticipación del servicio de rehabilitación y terapia ocupacional al ser un evento esporádico, si bien causa mayores gastos en tiempo no atenta contra la función principal del área y servicio, pues sigue conservando su capacidad rehabilitatoria.

Actualmente el hospital ofrece a la comunidad diversos servicios como son:

Servicios de hospitalización.

Consulta externa (Psicología, psiquiatría, trabajo social, etc.)

Urgencias.

Cuidados intermedios.

Servicios intermedios (laboratorio, rayos X, odontología, etc)

Psiquiatría comunitaria (Servicio de Promoción y Educación a la Salud Mental)

Rehabilitación Psicosocial.

Rehabilitación física.

Hospitalización parcial (Hospital de día y de fin de semana).

Creemos importante mencionar que este nosocomio es al que aparentemente, se le ha brindado mayor apoyo, al parecer esto debido a que funciona como hospital-escuela, además de contar con otros hospitales de diversas especialidades médicas en sus alrededores, así como también ser el hospital psiquiátrico público con mayor demanda, y en el cual se cuenta con mayor nivel académico por parte de su personal, al mismo tiempo esta ubicado en el D. F. siendo la atención dirigida a personas de ambos sexos.

Con todo lo anterior cabe mencionar que hoy en día, este en uno de los hospitales de especialidad mayormente reconocido, no solo en México sino en Latinoamérica, esto debido al hecho de que los tratamientos, terapéuticos y tratos hacia el paciente son de los más actuales en el campo de la psiquiatría, situación que lo lleva a ser honorablemente un hospital que brinda una adecuada calidad en el servicio, aún y cuando el paciente solamente pueda cumplir una breve estancia en el.

3.3. Hospital campestre “Dr. Fernando Ocaranza”.

Otro de los hospitales de la Operación Castañeda que se programó para ser inaugurado fue el Hospital Dr. Fernando Ocaranza, destinado para albergar a los pacientes adultos y adolescentes, más crónicos y desnutridos del Antiguo Manicomio General quienes en ese entonces se consideró tenían muy bajas posibilidades de rehabilitación, lo que suponía estancias prolongadas y, en ocasiones definitivas. Pese a la gran velocidad con que se trabajó en la Comisión Constructora, el tiempo se vino encima y se tuvo que trasladar a los pacientes cuando aún no se había terminado la cocina y la lavandería. Con el objeto de instalar en forma adecuada a los enfermos mentales con padecimientos crónicos, se planeó y construyó esta unidad adaptando parcialmente el casco de la antigua hacienda de San Miguel Eyecalco en Tizayuca, Hidalgo.

Para dirigir este hospital el Dr. Moreno Valle puso de administrador a un militar con gran experiencia en actividades de campaña, quien resolvió el problema de los alimentos con instalaciones provisionales. Para el lavado de ropa se recurrió a las instalaciones de la Escuela de Ciegos. Diariamente se acudía a la Ciudad de México en un camión con la ropa sucia y regresaba con la limpia. Afortunadamente este problema se resolvió en poco tiempo, al quedar terminadas todas las instalaciones del hospital.

Posteriormente se equipó al hospital, con servicio médico general, laboratorio de análisis clínicos y gabinete dental. El edificio, en el que se respetó su estilo colonial mexicano, proporcionaba un ambiente de paz y tranquilidad que contribuyó en forma importante para confortar a los pacientes.

Al momento de su inauguración hay que recordar que se distribuyó al personal del Antiguo Manicomio General de la Castañeda en seis hospitales, siendo este el establecimiento más alejado del Distrito Federal y de muchas de las residencias de los médicos, propiciando que el personal en dicha institución desde un inicio fuese insuficiente, pese a que se autorizaron algunas plazas, encontrándose en ese momento con una nueva disyuntiva ya que para esas fechas surge el tan conocido, movimiento del 68, en donde participan con el magisterio los estudiantes de medicina de ese entonces, siendo labor de las autoridades evitar cualquier tipo de conflictos con estos profesionistas, creándose las plazas de psiquiatras, las cuales actualmente dependen directamente de la Secretaría de Salud.

El problema con el personal de enfermería era diferente, ya que los nuevos puestos requerían de personal especializado en el área psiquiátrica, y en el Manicomio General no había personal de este tipo siendo para ese entonces que “el Dr. Guillermo Calderón Narváez al ser profesor de psiquiatría en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) piensa en poner en marcha la especialidad de enfermería psiquiátrica para lo cual la Dirección General de Salud Mental becaría a sus enfermeras para llevar el curso.” (Calderón 1995)

Con el paso de los años el deterioro físico de este hospital se hizo notable, además de no contar con los recursos económicos necesarios para la manutención del mismo propiciando que en el año 2000, con la intervención de las diversas autoridades médicas, de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y los diversos medios de comunicación, se clausurara este hospital y a la vez fuesen inauguradas, a un costado del terreno del antiguo hospital, las Villas Ocaranza las cuales tienen como finalidad la rehabilitación gradual del paciente, siendo integrados a estas villas pacientes de ambos sexos, y solo pacientes con mayores posibilidades físicas y mentales, esto debido a que el objetivo primordial de esta nueva idea es la reinserción social y a la par la mejora de la calidad de vida, requiriendo de trasladar a los pacientes con mayor discapacidad a diversos hospitales, como son el Hospital Psiquiátrico Adolfo M. Nieto, al Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno y al Hospital Psiquiátrico José Sayago.

3.4. Hospital campestre “Dr. Adolfo M. Nieto”.

Al cierre del Antiguo Manicomio General de la Castañeda, otro de los lugares que se abrieron para alojar a las pacientes con un padecimiento psiquiátrico es el hoy, Hospital psiquiátrico “Dr. Adolfo M. Nieto” ubicado en el Km. 33.5 de la carretera México–Pirámides, en el pueblo de Tepexpan, municipio de Acolman, Estado de México, a un costado del Hospital Psiquiátrico “José Sayago”, recibiendo solamente a población del sexo femenino. Inicialmente fue llamado Granja Campestre, en donde se asilaban a las pacientes provenientes del Manicomio General, enfocando su terapia en cuidar animales de granja y dedicándose también al cultivo de diferentes frutas y verduras, no es sino hasta el año de 1992, cuando comienzan a tener un verdadero tratamiento psiquiátrico debido al gran

avance que ha tenido el medicamento psiquiátrico, cambiando de esta manera su nombre y el trato a las mismas pacientes, pudiendo de esta manera incrementar el número de su población.

En este tipo de hospital campestre se dio especial importancia a la terapia ocupacional a través de talleres, granjas y huertas; lugares en los cuales el paciente pudiera volver a socializar, produciendo su propio entorno y los satisfactores básicos mediante su trabajo, de manera que aprendieran nuevamente a construir una autoconcepción de sí mismo.

La terapia recreativa, también se esperó fuera especialmente estimulada en estos nuevos modelos de hospitales a fin de que el divertimento y el descanso fuera parte de la terapia psiquiátrica. El Hospital Adolfo M. Nieto, contó en un inicio, con una sección de 35 camas para pacientes femeninas con procesos judiciales; la capacidad del hospital es de 500 camas censables destinado para pacientes femeninas (Calderón 1995).

Hoy en día los servicios que ofrece el Hospital a la comunidad son los siguientes: servicio de Hospitalización, consulta externa (Psiquiatría, psicología y trabajo social), servicios intermedios (laboratorio), rehabilitación Psicosocial (actividades de auto cuidado y vida diaria, terapias perceptomotrices, actividades ocupacionales, actividades socio recreativas y socioculturales), sistemas motivacionales, musicoterapia y eventos especiales.

Tomando en cuenta el poco o mucho apoyo de las autoridades en relación hacia el tratamiento a las usuarias, es importante considerar como relevante el sustento brindado por Instituciones de Beneficencia Pública y el apoyo de la gente del pueblo en que se encuentra dicho Hospital como un apoyo social importante, los cuales aceptan y de alguna manera integran a las usuarias a la misma, siendo esta una de las áreas de mayor relevancia en la reintegración psico-social de las mismas.

Desde el surgimiento de este hospital se ha observado que el apoyo a las usuarias a sido amplio, ya que se ha intentado mejorar la calidad de vida de las pacientes brindándoles los elementos necesarios para intentar reinsértalas a la sociedad, aunque sea de manera limitada, logrando la aceptación por parte de la gente de las poblaciones cercanas, y llevando esto a obtener mayor apoyo por parte de las autoridades encargadas de este tipo de hospitales.

3.5. Hospital Campestre “José Sayago”.

El Hospital Psiquiátrico “José Sayago” depende del Instituto de Salud del Estado de México, y este a su vez de la Secretaría de Salud. Se encuentra ubicado en el Km. 33.5 de la carretera federal México-Pirámides en el pueblo de Tepexpan, municipio de Acolman, forma parte de la jurisdicción de Salud Teotihuacan 3-4 del Instituto de Salud en el Estado de México, perteneciente al municipio de Acolman. Fue inaugurado el día 6 de mayo de 1963 por el entonces Presidente Adolfo López Mateos, acompañado por el Dr. Manuel Velasco Suárez, Director General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, considerándose en ese entonces como hospital campestre.

El Hospital en sus inicios, fue destinado para atender a pacientes Neuropsiquiátricas del sexo femenino, procedentes del antiguo Manicomio General de la Castañeda. Su estructura y organización fue planeada de manera diferente a los conceptos que hasta esas fechas, se tenían en Psiquiatría, es decir, construcción horizontal, extendida en grandes áreas de jardines y arboledas, donde las pacientes pudieran ir y venir libremente sin las restricciones tradicionales. Actualmente, un hospital psiquiátrico, independientemente de la estructura, es una unidad médica que proporciona atención a enfermos mentales que presentan severos problemas de conducta y personalidad, por lo cual pueden poner en peligro su vida y la de quienes lo rodean, pretendiendo que a través de un trabajo multi e interdisciplinario, la paciente logre una recuperación favorable generando así su pronta reinserción a la comunidad.

En el año de 1967 fue asignado como director el Doctor Enrique Barreto Aranda, siendo quien brinda el apoyo necesario al personal para realizar diversos programas reeducativos con las usuarias de este nosocomio, logrando durante su gestión mantener una calidad de vida aceptable en las pacientes, a su fallecimiento, en el año de 1997, durante 8 meses, ocupa el puesto en forma interina el Dr. Leopoldo Castillo. Ante los innumerables cambios de la Psiquiatría, en la actualidad, y la búsqueda de que a las pacientes se les brinde un servicio de calidad y con calidez, nombran como director al Dr. Carlos Castañeda González, quien con un grupo de colaboradores en pro del mejoramiento del servicio prestado en la Institución, genera alternativas de cambio para mejorar las actividades realizadas de manera rutinaria en el Hospital.

En el mes de febrero de 1997, y con las mismas ideas de progreso, queda como Director del Hospital, ahora ya, Psiquiátrico "José Sayago" el Dr. Horacio Reza Garduño Treviño, quien fomento la creación de nuevos programas para renovar las actividades que se realizan dentro del Hospital, como fueron: por parte de psiquiatría la atención en consulta externa, así como la implementación de consulta psicogeriatrica y paidopsiquiátrica; por trabajo social el apoyo para la búsqueda de familiares de pacientes y el apoyo en las salidas hospitalarias; por parte de psicología, también la atención en consulta externa, así como la implementación del programa de Actividades Diarias de la Vida Humana (ADVH), programa de psicoterapia grupal, entre otros y con esto la posibilidad de realizar investigaciones en pro de la mejora de los servicios brindados, por todo el equipo multidisciplinario, y en conjunción con la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), brindando a las pacientes un mejor estándar de vida, esto para satisfacer en lo posible su calidad de vida durante su estancia intra hospitalaria. A partir del año 1999, es asignado el Dr. Macario López Favela, como director del Hospital, quien con las mismas ideas de cambio y con la perspectiva de hacer que el hospital brinde atención de tercer nivel, emprende una nueva etapa de trabajo.

Una de las novedades en este nosocomio fue la integración de las usuarias en las diferentes actividades de la vida humana, como son la social, laboral, religiosa, económica, familiar, etc. Todo esto con la finalidad de una reintegración psico-social más completa, este aspecto se observa claramente en las actividades, como son los paseos extra-hospitalarios, la inserción en las actividades campestres, el uso y cuidado de animales de granja, la participación de actividades en lavandería y cocina, en el apoyo al personal en diferentes actividades laborales, etc. Hay que tomar en cuenta que muchas de estas

actividades han cambiado y otras han desaparecido evitando con esto la apariencia de que las usuarias eran "utilizadas" y por consiguiente se ha apoyado la rehabilitación de ellas, obteniendo mayor satisfacción con su vivir cotidiano.

Durante el funcionamiento del Manicomio General "La Castañeda", el trabajo solo se limitaba al cuidado de las pacientes y aunque como objetivo se tenía la rehabilitación, era casi imposible lograrlo por la gran demanda del servicio y por no existir programas específicos. En el Hospital Psiquiátrico "José Sayago", han sido varios los intentos por lograr el objetivo de rehabilitar a las pacientes, sin embargo los alcances no han sido los óptimos, por lo que actualmente, se retoma la bandera de rehabilitación, siendo llevada a cabo bajo la dirección de la lic. Ma. De Lourdes Rivero Gavito y un amplio equipo multidisciplinario, encaminándose no solo a la rehabilitación física, sino que se abarcan las diferentes áreas de acción de las internas, (social, académica, religiosa, laboral, etc.) considerando así una rehabilitación psico-social integral.

Siendo un poco más objetivos, haremos mención de manera breve los diferentes programas llevados a cabo en los últimos años, por parte de las usuarias: despiertan aproximadamente a las seis y media de la mañana para levantar su cama y hacer cambio de ropa de la misma. Posteriormente acuden a control de enfermería en donde les son tomados los signos vitales, y les es dado el medicamento, para después pasar al comedor en donde toman su desayuno, momentos después acuden nuevamente a su unidad para realizar las ADVH, las cuales consisten esencialmente en mantener la higiene personal, bañándose y cambiándose de ropa, así como maquillándose, con ayuda de terapeutas que apoyan en estas actividades al equipo multidisciplinario.

Posteriormente acuden con el psicólogo adscrito a cada una de las unidades hospitalarias, para llevar a cabo el programa de psicoterapia grupal en el cual las pacientes expresan sus sentimientos dentro de la unidad y se les ubica a la par en las tres esferas psicológicas (persona, tiempo y espacio), haciendo mención de situaciones relevantes que hayan sucedido en últimas fechas en la sociedad externa al hospital, posteriormente, y como el área laboral no se encuentra eliminada, las pacientes acuden a talleres ocupacionales, en donde realizan actividades de psicomotricidad fina o gruesa, esto de acuerdo a sus habilidades y con esta actividad son renumeradas económicamente y de manera significativa; al término de la misma, acuden nuevamente a su unidad para ser valoradas médica y psiquiátricamente por el equipo de atención multidisciplinaria, y pueda entonces acudir al comedor, y luego regresar a reposar por un par de horas hasta el momento en que se lleven a cabo las actividades recreativas en el turno vespertino, en donde se realizan actividades físicas y recreativas, estas se llevan a cabo cuando no hay paseos extrahospitalarios para las pacientes, los cuales son realizados en diferentes lugares, como pueden ser a un pueblo cercano o a algún parque que previamente se haya propuesto, esto con la finalidad de que al regresar acudan a sus dormitorios a descansar cerca de las siete de la noche, situación que aparentemente es realizada por el uso de medicamento y por las actividades propuestas.

Dentro de la línea anterior es en donde el departamento de psicología tiene una importancia significativa, ya que como parte del trabajo interdisciplinario, el psicólogo ocupa un lugar importante, a través de las diferentes técnicas de evaluación e intervención, participa en la búsqueda de alternativas de solución para la pronta recuperación de las pacientes.

En la actualidad, el hospital brinda asistencia psiquiátrica, psicológica, médica y de rehabilitación a 339 pacientes, las cuales se encuentran ubicadas en 6 unidades de atención diversa.

Durante la investigación realizada a cerca de la medición de la calidad de vida, se observaron diversos cambios surgidos dentro de los intentos de brindar una mejor atención, entre los más importantes cabe mencionar que se cierra en el año del 2000 el hospital Psiquiátrico Fernando Ocaranza, debido a que las instalaciones con las cuales contaba se encontraban bastante deterioradas, (como ya mencionamos con anterioridad) al igual que la mayoría de las pacientes, las cuales se remitieron a diversas instituciones psiquiátricas, creando a la par las villas Ocaranza, para las pacientes que fuesen más funcionales, y que se encontraran mayormente controladas en el área psiquiátrica, siendo este un proyecto que se intenta establecer en el Hospital Psiquiátrico José Sayago, intentando crear las villas Sayago, las cuales consistirán en una casa habitación para doce personas en las que ellas mismas realizaran las actividades propias del hogar, contando con los aditamentos e instrumentos necesarios y con la mínima supervisión médica posible, solo con el control y apoyo de personal capacitado, así como control de manera esporádica por parte de psiquiatría, esperando con esto que las pacientes logren una mayor rehabilitación y posteriormente puedan ser integradas en casas de medio camino y por último ser reintegradas a la sociedad de la cual provienen (o su hogar, si es que cuentan con el) y/o su independencia total.

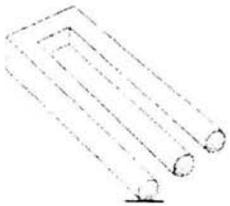
Como anteriormente mencionamos las diferentes áreas de la calidad de vida de las pacientes, se continúan estimulando, por parte de todo el personal del hospital, ya que este muestra amplio interés por la rehabilitación de las pacientes, por ejemplo en el apoyo en los diferentes programas de rehabilitación por parte de enfermería y psicología, por el lado del área médica se ha observado mayor apoyo logrando en ocasiones necesarias el traslado de las pacientes a diferentes hospitales de especialidad, esto dependiendo de las necesidades de la paciente así como de su padecimiento medico y psiquiátrico, esta situación de traslado se ha visto apoyada por las diferentes disciplinas del hospital, como son Trabajo Social y Psicología (COORSAME, 1999).

CAPITULO IV

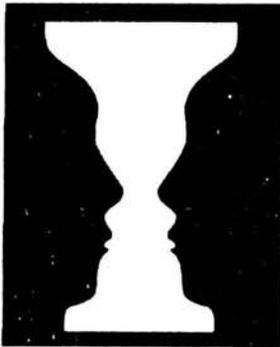
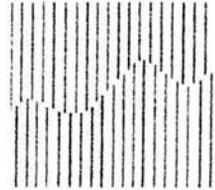
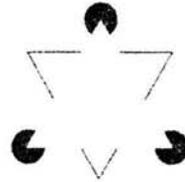
INSTRUMENTOS

UTILIZADOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA.

Impossible Trident



Impossible Triangle



“El discurso del inconsciente está estructurado como un lenguaje. El inconsciente es el discurso del otro”

Jacques Lacan

4.1 INSTRUMENTOS DE CALIDAD DE VIDA.

Hoy en día, así como, en los últimos 25 años ha habido un creciente interés acerca de la calidad de vida y de la medición de esta; y al mismo tiempo ha surgido la complejidad del concepto y la dificultad asociada con su evaluación respectivamente. Esto se refleja en la aparente escasez de alguna definición aceptada y en las diversas escalas disponibles que se proponen medir la calidad de vida (de las cuales se hará mención posteriormente). De particular interés ha surgido el impacto que la enfermedad psiquiátrica puede tener en la medición de calidad de vida, y de como las intervenciones terapéuticas pueden mejorar la misma en los pacientes internados en una institución psiquiátrica llámese, granja psiquiátrica, hospital psiquiátrico, centro de rehabilitación, etc. De hecho diversas entrevistas estructuradas y semiestructuradas han sido desarrolladas para evaluar calidad de vida en pacientes psiquiátricos crónicos, pero cuando se considera, cómo medir calidad de vida puede estarse hablando de aspectos muy diferentes, que van desde lo socioeconómico hasta salud y expectativas individuales acerca de la vida.

Hasta la fecha, los intentos por evaluar la calidad de vida en pacientes psiquiátricos no han logrado resultados concluyentes o generalizados. En el área de la Salud Mental, se han percatado de la importancia de recolectar información, no sólo objetiva, sino también subjetivamente por parte del paciente, por lo tanto podemos evaluar la racionalidad de las creencias de alguien.

El término de calidad de vida ha encontrado un gran eco entre el personal sanitario por constituirse en una sofisticada manera de estudiar la salud de individuos o grupos, así como un nuevo método de descubrir las ventajas y desventajas de nuevos tratamientos, tecnologías, etc. En este ámbito más concreto de la evaluación clínica y la toma de decisiones, surge la inquietud de realizar investigaciones acerca de *la calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS).

Posteriormente los avances de los métodos sociométricos han dado lugar a que se haya incluido una nueva línea en la investigación de la CVRS. Estos son los factores sociales relacionados con la salud, es decir la tarea de entender cómo la dimensión social de la vida humana afecta también a la salud, al bienestar y a la susceptibilidad de enfermar. Con este último acuerdo queda completo el constructo de la CVRS, tal como lo entendemos nosotros.

Anthony F. Lehman (1983), menciona el concepto Calidad de Vida ante la enfermedad mental, cuando aborda las adversidades a las que se enfrentan los usuarios del sistema de atención a la salud mental, y el impacto nocivo que las mismas tienen sobre los tratamientos más elaborados; así también menciona la necesidad de encontrar medios de evaluación adecuados para determinar las necesidades reales, tanto objetivas como subjetivas, de las personas aquejadas por trastornos psiquiátricos incapacitantes, con la finalidad de crear para ellos, mejores y más eficaces estrategias de reinserción a sus hogares y a su medio social. Hoy en día, se realizan esfuerzos a nivel mundial enfocados hacia la rehabilitación acortando los días de estancia intra hospitalaria, desarrollando programas comunitarios que puedan brindar apoyo continuo, por lo menos en países desarrollados y

programas como el Hospital de día. La calidad de vida, ha sido examinada mucho más sistemáticamente en el campo de la Gerontología y en evaluaciones de la atención médica general sobre personas con enfermedades físico crónicas. En la psiquiatría contemporánea, el enfoque se está dirigiendo hacia enfermedades incapacitantes como son los trastornos esquizofrénicos (Bernal y Méndez, 1999).

Cuando se mide calidad de vida, solicitamos generalmente a los encuestados que reporten su satisfacción o insatisfacción mediante reactivos que representan varias áreas de la vida de la persona. En este modelo, el estrés, la vulnerabilidad, la enfermedad y el deterioro de la calidad de vida se encuentran en interacción. Una de las soluciones posibles a la complejidad del concepto calidad de vida es la evaluación mediante respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas, originalmente concebidas para medir estados de salud general, pero que además evalúan conceptos como: funcionamiento y bienestar emocional. Estas mediciones de salud general han demostrado ser útiles, ya que pueden ser usadas en forma muy amplia lo que es posible para otras mediciones específicas de alguna enfermedad o tipo de tratamiento.

Sin embargo las escalas del estado de salud no han sido utilizadas rutinariamente debido a que contienen un gran número de reactivos, lo que ocasiona dificultades en su aplicación y análisis, y en psicología, la interpretación de los resultados de estos instrumentos puede complicarse aún más, debido a las condiciones psiquiátricas y médicas, que en muchas ocasiones, aparecen juntas en el mismo paciente. Un ejemplo de este problema son los trastornos depresivos enmascarados, que los médicos del primer nivel de atención a la salud en innumerables momentos no son capaces de reconocer a tiempo.

Por otra parte, aunque es verdad que las escalas de funcionamiento físico, y las escalas de salud mental por separado, permiten interpretaciones más rigurosas de la calidad de vida, el uso de las escalas en forma parcial (solo una de ellas) da como resultado una evaluación incompleta al ignorar variaciones en la incapacidad, así como evaluaciones subjetivas de la salud y el bienestar general, ya que pese a la complejidad en la interpretación de tales áreas, las cualidades esenciales que miden (incapacidad social así como de roles, vitalidad y percepciones de salud), no deben pasarse por alto en la evaluación global, de modo que la enfermedad y/o el tratamiento afecten el funcionamiento y bienestar de los sujetos evaluados.

Uno de los problemas principales de este tipo de instrumentos es la ausencia de criterios para su construcción y validación. Entre las soluciones propuestas se ha mencionado la de utilizar diversos escrutinios de forma abreviada para disminuir el abismo entre los largos cuestionarios existentes y las escalas de satisfacción de un reactivo, utilizados en encuestas nacionales y en numerosas investigaciones clínicas.

El estudio de la calidad de vida, y del bienestar social que de ella deriva exige su análisis científico, individual y colectivo, para llegar a la representación de modelos analíticos de las condiciones objetivas y subjetivas de vida de la gente, de modelos que lógicamente deben salir de la realidad analizada: la investigación girará alrededor de la identificación de la observación de hechos y problemas, necesidades, aspiraciones, opiniones, etc, o sea, alrededor de valores relacionados con la calidad de vida y el bienestar

de la comunidad; También deben identificarse y observarse comportamientos asociados a la calidad de vida (hábitos, creencias, costumbres, etc.), y actitudes, opiniones, sentimientos, etc, además de que hay que identificar el perfil cultural de la sociedad, de las clases sociales, de los grupos sociales, de los individuos y de las relaciones sociales y psicosociales.

Un instrumento puede abreviarse excluyendo algunos conceptos. Sin embargo, siempre existe el riesgo de que se dejen de lado aspectos vitales no considerados en los instrumentos previos. Se han sugerido algunas normas mínimas para el desarrollo de cuestionarios de calidad de vida: validez de contenido, con definiciones aceptadas universalmente, en este caso relacionadas a funcionamiento físico, social y de rol, salud mental y percepciones de salud general, además de factores adicionales apoyados por las observaciones empíricas tales como: dolor corporal y vitalidad (Bernal y Méndez, 1999).

Esta manera de construir un instrumento para medir calidad de vida se ha utilizado por ejemplo, en la creación de la Forma Corta del Escrutinio General de Salud De 36 reactivos (SF-36) que trata de ampliar los conceptos de salud y mejorar la precisión de la medición de cada concepto, indagando: vitalidad, percepciones de salud general, distinción de causas físicas o emocionales que limitan el rol social y dolor corporal. Este instrumento, según sus creadores logra la representación de conceptos multidimensionales de salud y mide el rango total del estado de salud, incluyendo niveles de bienestar y evaluaciones subjetivas de salud. La SF-36 incluye ocho distintos conceptos del estado de salud y un reactivo que mide la transición de la misma representados en: malestar, funcionamiento familiar, funcionamiento sexual, función cognitiva y trastornos del sueño, solo por mencionar algunos.

Los autores del instrumento mencionado comentan que cualquier escrutinio de salud diseñado para pacientes jóvenes y viejos, y para poblaciones enfermas y sanas, representan un reto. La medición de un grupo abreviado de conceptos de salud y del rango total de niveles para cada concepto, no permite una evaluación detallada.

Por su parte Lehman ha propuesto un modelo para la medición de calidad de vida o de satisfacción con la vida, basado en: 1) La calidad de vida es una materia subjetiva que se refleja en un sentido de bienestar global; 2) Esta experiencia depende de tres tipos de variables:

Características personales (edad, sexo, etc.)

Calidad de vida objetiva en distintas áreas (por ejemplo, nivel de ingresos)

Calidad de vida subjetiva en estas mínimas áreas (satisfacción con el ingreso)

Los indicadores subjetivos de calidad de vida en áreas específicas, parecen mucho mejores predictores del bienestar global, comparados con los indicadores objetivos en las mismas áreas de la vida; pero debe reconocerse que ambos miden aspectos diferentes y complementarios de las experiencias de la vida del paciente.

Los indicadores objetivos tienen más apoyo puesto que son tangibles, reflejan normas aceptadas de funcionamiento y estilo de vida además de poder evaluar directamente las condiciones medioambientales y comportamientos. Su mayor desventaja es que nos

dicen poco acerca de cómo se sienten los individuos, omitiendo de este modo su opinión en los programas de planeación y evaluación de éxito.

Los indicadores subjetivos implican una autoevaluación relativamente estable y están influenciados por las expectativas, experiencias previas y percepciones de las condiciones reales. En los pacientes mentales crónicos incluso los indicadores objetivos podrían estar distorsionados por estilos de vida atípicos. Lehman se pregunta si podemos estar realmente seguros de lo que estos pacientes dicen acerca de su bienestar. Para ello, será necesario conocer al paciente antes de aplicar el instrumento, saber sus opiniones de la atención psiquiátrica y de los efectos de la psicopatología antes de usar indicadores subjetivos.

Las evaluaciones de calidad de vida deben incluir áreas básicas de necesidades diarias como: atención a la salud, seguridad, alimentación, alojamiento, educación, relaciones interpersonales, finanzas y actividades recreativas. También pueden incluir: medio ambiente, contactos, dependencia, salud mental, salud física, trabajo y religión, así como experiencias internas, cuando sea posible.

Lehman (1983) encontró tres indicadores objetivos de calidad de vida y cuatro indicadores subjetivos predictores de bienestar global:

- 1.- Ser víctima de un crimen durante el último año
- 2.- Atención médica global utilizada durante el último año
- 3.- Frecuencia de relaciones sociales íntimas en el último año
- 4.- Satisfacción con la salud
- 5.- Satisfacción con el tiempo de recreación
- 6.- Satisfacción con las relaciones sociales
- 7.- Satisfacción con las finanzas

Este autor trabajó con pacientes mentales crónicos de todo tipo. Sin embargo existen escalas que evalúan actualmente enfermedades psiquiátricas específicas. La escala de adaptación ocupacional y social intenta medir las consecuencias de una interacción entre características deficitarias propias del padecimiento con factores externos tales como el número de contactos interpersonales, la disponibilidad de dinero para actividades sociales y la reacción de la comunidad hacia el paciente.

Otra forma de evaluar la calidad de vida, consiste en la cuantificación de los síntomas del paciente así como la medición del grado de su desempeño. El ejemplo, es la escala de calidad desarrollada por el grupo de Carpenter, (Bernal y Méndez, 1999) que intenta principalmente evaluar las características deficitarias. Sin embargo, posee el potencial para ser aplicada a pacientes con trastornos afectivos o de la personalidad. En dicha escala se encuentran cuatro puntos principales:

- 1.- La enfermedad psiquiátrica subyacente
- 2.- La capacidad para relacionarse en forma interpersonal
- 3.- El funcionamiento y la adaptación social
- 4.- Objetivos y actividades dentro de la sociedad

Otras formas de evaluación que han sido utilizadas se encaminan más hacia la adaptación del sujeto encuestado y de esta forma determinan indirectamente la satisfacción del mismo con respecto a su vida, por ejemplo la Escala de Funcionamiento Psicosocial de Valencia, (Op. cit.) aunque de forma incompleta ya que dejan fuera conceptos como salud, satisfacción con los servicios de salud y aspectos subjetivos del encuestado.

De la misma manera, hoy se sabe que se ha adaptado y validado en español el cuestionario alemán “Profil der Lebensqualität Chronischkranker (PLC)” del Prof. Johannes Siegrist de la Universidad Heinrich Heine de Düsseldorf, Alemania (www.pecvec.es/cvrs.html). En español se denomina “Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC)” y sus características son las siguientes:

Descripción del cuestionario:

Como norma general, el PECVEC está establecido como un cuestionario auto administrable, si bien en casos justificados, excepcionalmente, puede administrarse mediante entrevistas. El cuestionario está constituido sobre la base del sistema modular:

• *Un módulo central* invariable de 40 ítems, de tipo genérico, concebido para abarcar los problemas comunes a todo tipo de paciente. Los 40 ítems fueron agregados, mediante análisis de los Componentes Principales, en un total de 6 escalas correspondientes a las 6 dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, esto es, a las valoraciones subjetivas de los aspectos físicos, psíquicos y sociales tanto de las capacidades de actuación como del bienestar:

I. Capacidad Física (8 ítems). Capacidad de rendimiento corporal e intelectual tanto en la vida privada como en la profesional.

II. Función Psicológica (8 ítems). Capacidad de disfrute y relajación, esto es, capacidad de regeneración psíquica, apetito, calidad del sueño, etc y capacidad de compensación de disgustos y decepciones.

III. Estado de Animo Positivo (5 ítems). Comprende la animosidad positiva: atención, buen humor, optimismo, equilibrio emocional, etc.

IV. Estado de Animo Negativo (8 ítems). Se refiere a los aspectos esenciales de la animosidad negativa: tristeza, nerviosismo, irritabilidad, sentimiento de amenaza, de desesperación, etc.

(La suma de las escalas III y IV constituyen lo que entendemos por Bienestar Psicológico).

V. Funcionamiento Social (6 ítems). Capacidad de relación, esto es, capacidad para establecer y mantener relaciones y comunicación con otras personas. Capacidad para interesarse y abrirse a otro.

VI. Bienestar Social (5 ítems). Abarca lo relativo a la pertenencia a un “grupo”: apoyo socio-emocional expresado como proximidad a otras personas, prestación de ayuda y sentimientos de soledad y autoexclusión.

• *Un módulo específico*, Listado de Síntomas, que evalúa otra dimensión conceptual relevante: el Bienestar Físico y que abarca aspectos específicos de la enfermedad o aspectos complementarios según sea el grupo diana y el objeto del estudio. Su análisis estadístico no es como el de las 6 escalas anteriores por su naturaleza variable y viene dado por la media de las puntuaciones de todos los ítems.

A este respecto, es importante indicar que los listados de síntomas han sido desarrollados con ocasión de los respectivos estudios clínicos y, por tanto, se presentan sólo como ejemplos para la operacionalización de la dimensión sintomática. En principio, se pueden construir, conforme a esto, análogos listados de síntomas para otros grupos de pacientes. La construcción, sin embargo, debe realizarse solamente en estrecha cooperación con expertos calificados, clínica y científicamente, en las áreas respectivas.

•*Cuatro preguntas adicionales* para controlar factores de confusión ajenos a la enfermedad o al tratamiento y que pueden variar las magnitudes de la calidad de vida: A1.) Apoyo social en la familia o en el círculo de amigos, A2.) Acontecimientos vitales influyentes próximos o lejanos, A3.) Problemas agudos en la última semana y A4.) Deterioro sexual. Adicionalmente se ha agregado un registro estandarizado de las características sociodemográficas más importantes de los pacientes encuestados (8 ítems.)

El tiempo utilizado en la respuesta del cuestionario, de modo autocomplementado, es aproximadamente de unos 10-15 minutos.

La investigación contemporánea, enfatiza la medición de variables operacionales, la cuantificación y prueba rigurosa de las hipótesis, ante la evaluación de la calidad de vida de pacientes psiquiátricos; pero el hecho de que los pensamientos se refieren a cosas y eventos fuera de la mente, sugiere que tal objetivación de los métodos por sí solos, no puede aportar un abordaje completo de la vida mental. Considerando que es importante tomar en cuenta otros aspectos como son: el grado en que un individuo percibe su vida física y material, así como de buenas relaciones interpersonales y que participe en actividades sociales y ocupacionales alcanzando de esta manera un desarrollo óptimo en el ámbito personal.

En la ciudad de México, Palomar (1995) encontró que las áreas más significativas del bienestar se agrupaban en cuatro grandes bloques y estos a su vez, contenían factores que agrupaban reactivos relacionados con la calidad de la vida. El primero de ellos comprende áreas generales como la sociabilidad, la familia en general, el bienestar económico, la percepción personal, el desarrollo social y el bienestar físico. El segundo bloque se relaciona con los aspectos laborales y está constituido por las áreas del desarrollo personal en el trabajo y el reconocimiento individual en este ámbito. El tercero se refiere a la relación de pareja y el cuarto a la relación con los hijos y su desarrollo personal. Los factores que emergieron tienen índices de consistencia interna que oscilan entre 0.71 y 0.93.

Existen también las denominadas Escalas Análogas Visuales que consisten en una línea de 10 centímetros en la que se le piden al encuestado que autocalifique su satisfacción con la vida siendo las posibilidades desde el dígito 0 hasta el 10.

En este momento, la opinión que se desprende de la literatura acerca de la creación de un instrumento válido y confiable para evaluar calidad de vida es controvertida, la recomendación de la mayoría de los autores es que, dada la multitud de instrumentos y la escasez de estudios de validez en cuanto a ellos, lo mejor es un abordaje holístico, utilizado para la medición no de una técnica en particular de forma aislada, sino de varios criterios que puedan correlacionarse y sean tan amplios como es posible sin que tengan que renunciarse a una forma práctica, útil y sencilla de evaluar en término.

En esta investigación, al haber observado las diferentes áreas que abarcan la calidad de vida y ante la necesidad de evaluar la misma en personas con una enfermedad mental, decidimos elegir el instrumento creado por Bernal y Méndez, el cual fue realizado con la finalidad de medir la calidad de vida de pacientes psicogerítricas esquizofrénicas hospitalizadas en el hospital psiquiátrico José Sayago, siendo nuestro objetivo primordial obtener la confiabilidad y la validez del mismo instrumento, siendo aplicado a la población en general de dicho hospital, estableciendo criterios de inclusión y exclusión para la aplicación.

La elección de este instrumento esta basada en que consideramos, que las áreas que conforman el mismo, y ante las diferencias observadas en otros instrumentos, creados en otros países, y con las áreas que abarcan en los mismos, opinamos que las tomadas en este instrumento pudiesen ser las básicas para llevar a cabo la investigación

4.2 CARACTERISTICAS PARA UN INSTRUMENTO.

Con todo lo anterior consideramos relevante, brindar al lector la información necesaria para hacer de su conocimiento la terminología principal utilizada en la validación y confiabilidad de un instrumento, así como también los diferentes tipos de cada una de ellas.

Muchas de las veces la validez ha sido utilizada con la finalidad de demostrar la utilidad de un instrumento y si buscamos una definición propia de la validez, podemos referirnos a la definición propuesta por Anastasi (1967), donde menciona que la validez de un test es lo que este mide y como lo mide.

Dentro de la psicometría existen diferentes tipos de validez:	
Validez Predictiva	Se considera cuando se usa un instrumento para estimar alguna forma importante de conducta, a esto se le denomina criterio, ya que indica la efectividad del test en la predicción de algún resultado futuro.
Validez De Contenido	Implica esencialmente el examen sistemático del contenido del test para determinar si comprende una muestra representativa de la forma de conducta que ha de medirse, esta destinado a medir el grado de dominio del individuo en una habilidad específica o un curso de estudio.
Validez De Constructo	En la medida en que una variable es abstracta y no concreta se dice que es un constructo, el cual representa una hipótesis, en la que una diversidad de conductas se correlacionaran entre sí en los estudios de diferencias individuales.

La confiabilidad de un test de acuerdo con Anastasi (1967), se refiere a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por los mismos individuos en diferentes ocasiones.

Dentro de la psicometría existen diferentes tipos de confiabilidad:	
Estabilidad temporal o Coeficiente de estabilidad.	Indica el grado en que las puntuaciones de un test quedan afectadas por las fluctuaciones diarias causales que se producen en el sujeto o en el ambiente en que se aplica el test. La estabilidad temporal de un test depende parcialmente de la longitud del intervalo sobre el que se mide.
Muestra de "Items" o elementos.	En este tipo de confiabilidad se obtiene a partir de dos pruebas diferentes, en donde al haber sido construidas con objetivo similar, (por ejemplo medir inteligencia) pudiese el examinado no obtener una misma o similar calificación en ambas
Homogeneidad de los elementos.	Se refiere esencialmente a la consistencia de ejecución en todos los elementos dentro de un test.
Fiabilidad del examinador y del puntuador.	Este tipo de confiabilidad se obtiene a través de respetar la tipificación establecida o determinada en el instrumento.

CAPITULO V METODOLOGÍA



METODOLOGÍA.

El presente capítulo abarca el proceso metodológico que se llevo a cabo para la realización de ésta investigación. Primero se presentan los objetivos, ya que a partir de ellos se visualiza el método utilizado; posteriormente se especifican las características de los sujetos, los materiales que se utilizaron; el tipo de muestreo y el tipo de diseño en la investigación; así como el procedimiento:

A) OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Obtener la confiabilidad y validez de un instrumento que evalúe la calidad de vida de las pacientes institucionalizadas con una enfermedad mental, en el Hospital Psiquiátrico “José Sayago” con la finalidad de proporcionar alternativas de tratamiento que mejoren la calidad de vida en las usuarias de dicha institución.

OBJETIVOS PARTICULARES.

1. Obtener del instrumento la validez y confiabilidad para determinar la calidad de vida en personas que se encuentran institucionalizadas en el Hospital Psiquiátrico “José Sayago” padeciendo una enfermedad mental.
2. Correlacionar los resultados máximos y mínimos esperados con los resultados obtenidos por los pacientes institucionalizados en el Hospital Psiquiátrico “José Sayago” que padezcan una enfermedad mental.
3. Correlacionar la escala análoga visual de satisfacción con la vida con el instrumento que evalué la calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Obtener la validez correspondiente del instrumento creado para medir la calidad de vida de las usuarias con una enfermedad mental institucionalizadas en el H. P. J. S.
2. Obtener la confiabilidad correspondiente del instrumento creado para medir la calidad de vida de las usuarias con una enfermedad mental institucionalizadas en el H. P. J. S.
3. Determinar por medio de porcentajes las diferentes áreas de insatisfacción de la calidad de vida del paciente institucionalizado en el Hospital Psiquiátrico “José Sayago”.
4. Determinar el nivel de calidad de vida en el que la paciente se encuentra a partir de la evaluación a la cual previamente responderá.
5. Proponer alternativas de trabajo dirigido al equipo multidisciplinario en el cual intervengan para aumentar la calidad de vida de estas pacientes.

HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Si se confiabiliza y valida un instrumento que mida la calidad de vida de manera particular en pacientes del H. P. J. S. las pacientes institucionalizadas con una enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico “José Sayago”, entonces será útil para medir la calidad de vida en las personas con algún trastorno mental que se encuentren institucionalizadas en dicho hospital.

B) METODO

SUJETOS O MUESTRA:

Para la aplicación del instrumento realizado se contemplaron a 92 usuarias institucionalizadas en el Hospital Psiquiátrico “José Sayago” con una enfermedad mental, de acuerdo al CIE 10 o DSM IV, las cuales cumplen con los criterios de inclusión para realizar este estudio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con algún padecimiento psiquiátrico de acuerdo a los parámetros del CIE 10.
- Pacientes que por lo menos tengan seis meses de encontrarse institucionalizadas en el Hospital Psiquiátrico “José Sayago”.
- Aquellas pacientes que mantengan conciencia, atención y comprensión de por lo menos 20 minutos (las cuales no se encuentren en estado delirante o alucinatorio).
- Que la paciente acepte contestar el cuestionario utilizado

Criterios de exclusión:

- Aquellas pacientes que muestren una inadecuada capacidad de expresión (ya sea verbal o mímica) dificultando la interacción.
- Aquellas pacientes que se encuentren en brote psicótico agudo en ese momento, siendo posible evaluarla en otro tiempo
- Pacientes con un malestar físico general incapacitante (cualquier enfermedad médica que incapacite a la paciente para la interacción, como por ejemplo: alguna operación quirúrgica, o lesión grave)

MATERIALES

Lápices.

Gomas

Cuestionario (ver anexo 1)

Formatos de respuestas (ver anexo 2)

Hojas de la escala análoga visual.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.

El instrumento utilizado fue una *prueba psicológica representativa*, ya que esta es desarrollada para medir un rasgo o una característica psicológica distinta. Indicando posteriormente las conductas a través de las cuales se manifiesta el rasgo y describiendo las conductas observables para presentar algún cambio o modificación.

Además mantuvo un *formato de respuestas alternativas y libres*, ya que las preguntas del instrumento a realizar serán con ambas opciones; de la misma manera será una *prueba de ejecución típica*, ya que con esta nos interesa conocer su comportamiento habitual o normal, presentándose y aplicándose *de forma individual, y de manera verbal*.

Por otro lado, se encuentra dividido en tres secciones: a) Ficha de identificación, b) escala análoga visual de satisfacción con la vida y c) el cuestionario en donde se abarcaron las diferentes áreas para medir la calidad de vida (anexo1). Así también el instrumento fue tipo entrevista estructurada, y de aplicación individual, por otra parte, cabe mencionar que se contó con un formato de respuestas para cada individuo (anexo2).

La primera parte (ficha de identificación) contiene 15 preguntas, entre las cuales se encontraron de dos tipos: abiertas y cerradas con respuestas codificadas.

La siguiente parte (Escala análoga visual de satisfacción con la vida) fue una escala, que contempló una numeración de 0 a 10, en la cual el sujeto indico en que posición se encontraba dentro de esta escala, en relación de su satisfacción con la vida.

La tercera y ultima parte (cuestionario) comprendió ocho ejes temáticos, los cuales fueron: económico, social, familiar, sexual, religiosa, ocupacional, condiciones del hospital y área de la salud. De manera general, el tipo de preguntas que contuvieron estos ejes fueron de dos tipos: preguntas cerradas con diferente numero de opciones que se encuentran codificadas así como también preguntas abiertas.

ESCENARIO

El estudio se realizo en el Hospital Psiquiátrico “José Sayago” específicamente en los cubículos asignados al área de psicología en cada unidad hospitalaria, los cuales cuentan con un espacio físico de 3 x 2 metros aproximadamente, y en donde se contó con un escritorio y varias sillas, así como adecuada ventilación e iluminación

MUESTREO

Para la realización del presente estudio se utilizo un tipo de muestreo intencional, ya que fue tomada la participación de las usuarias que se encontraban institucionalizadas en el Hospital Psiquiátrico “José Sayago”, a partir de los criterios de inclusión y exclusión siendo así una muestra típica no probabilística.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El presente estudio esta clasificado como: transversal, y correlacional. Se define como correlacional ya que este diseño propone la identificación de las relaciones existentes entre diferentes áreas que confluyen un fenómeno, intentando determinar el tipo (positivo o negativo) y ponderar su incidencia.

Es de corte transversal ya que la evaluación correspondiente se realiza en un momento preciso y determinado, así como también permite recoger información de manera que es posible deducir unas ciertas tendencias de comportamiento a lo largo del tiempo aunque el estudio se realice en un plazo de tiempo, realmente corto, por otro lado podemos decir que es de tipo social ya que se evalúa un acontecimiento del mismo tipo.

C) ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

VALIDEZ

La validez a utilizar es la de constructo con una consistencia interna a través de cada elemento, en donde se obtiene el criterio que no es otra cosa que la puntuación total obtenida en el propio Test, por lo tanto se compara la ejecución del grupo de criterio superior en cada elemento del Test con la del grupo de criterio inferior, en este tipo de validez se puede utilizar la formula de alfa de Cronbach.

CONFIABILIDAD

Se obtendrá una confiabilidad de tipo temporal, por medio del Test - retest, utilizando la formula coeficiente de correlación momento-producto de Pearson, este será utilizado debido a que el instrumento será aplicado en dos ocasiones, con un intervalo de tiempo de una semana entre cada aplicación.

D) PROCEDIMIENTO

Se acudió de manera inicial a la Institución y se presento el proyecto de tesis a la directora general, subdirector médico, jefa del departamento de psicología, y jefe de enseñanza, siendo este ultimo quien lo presentó al comité de enseñanza e investigación en donde sus representantes dieron su voto aprobatorio para llevar a cabo esta investigación.

Al haber obtenido dicho voto aprobatorio, se solicito al jefe de archivo un registro de la relación y de la distribución total de las pacientes del H. P. J. S, posteriormente se seleccionaron a las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, y posteriormente se eligió a la población con la finalidad de aplicar el instrumento; dividido en tres secciones: Ficha de identificación, escala análoga visual de satisfacción con la vida y el cuestionario; en el cual se abarcaran las diferentes áreas consideradas para medir la calidad de vida.

Las entrevistas fueron realizadas por los investigadores (pasantes de psicología) de manera individual, en las áreas de hospitalización previamente mencionadas.

Posteriormente se analizaron los datos de la ficha de identificación y a cada pregunta se le asignaron diversas categorías, en relación con las frecuencias, de las cuales se obtuvieron porcentajes de acuerdo a los resultados obtenidos, haciendo con esto un análisis cualitativo y posteriormente un análisis cuantitativo.

E) INSTRUMENTOS UTILIZADOS.

1.- Escala Análoga Visual de Satisfacción con la Vida, que consiste en una línea horizontal de diez centímetros en la que se pidió a la paciente que se calificara de acuerdo a su satisfacción / insatisfacción con la vida en el momento actual, siendo cero(0) la peor calificación y diez (10) la mejor.

2.- Un cuestionario que evalúa la Calidad de Vida y que explora las siguientes áreas:

- A. Condiciones del Hospital
- B. Área Social
- C. Área Sexual
- D. Religión
- E. Área Ocupacional
- F. Área Económica
- G. Área familiar
- H. Área de salud.

A mayor puntuación, se considera una peor salud y a menor puntuación una mejor salud y por consiguiente, bienestar general, lo que se relaciona de forma objetiva con calidad de vida.

3.- Recolección de datos demográficos y clínicos; en la sección de datos demográficos, se encuentran los siguientes datos:

- a) Nombre
- b) Edad
- c) Sexo
- d) Ocupación anterior a hospitalizarse
- e) Ocupación actual dentro de la institución
- f) Estado civil
- g) Escolaridad
- h) Lugar de residencia
- i) Cuenta o no con familiares.

En la sección de datos clínicos se encuentran los siguientes:

- a) Diagnostico
- b) Tiempo de evolución del padecimiento
- c) Tratamiento
- d) Tiempo de hospitalización
- e) Fecha de ingreso
- f) Numero de ingresos

CAPITULO VI RESULTADOS



RESULTADOS

Se entrevistaron noventa y dos pacientes, cuyas características demográficas se observan en los siguientes datos:

Datos demográficos:

1. Edad:

De 18 a 38 años	De 39 a 58 años	De 59 a 78 años	De 79 a 99 años
17 pacientes = 18 %	45 pacientes = 49 %	29 pacientes = 32 %	1 paciente = 1 %

Este resultado al parecer nos muestra que el rango en donde mayormente se encuentran las pacientes es de entre 39 y 58 años, mostrándonos con esto que la edad adulta joven es en la que mayormente se pudo evaluar la calidad de vida.

2. Estado civil:

Soltera	Casada	Viuda	Separada	Unión libre
56 pac. = 61 %	22 pac. = 24 %	5 pac. = 5 %	8 pac. = 9 %	1 pac. = 1 %

En los datos anteriores se encontró que la mayoría de pacientes encuestada son solteras, y con esto podemos concluir que la enfermedad aparece previa a la edad en que puedan socialmente contraer matrimonio, ya que como podemos observar las pacientes casadas ocupan un segundo lugar en nuestra tabla.

3. Escolaridad:

Analfabeta	P. C.	P. I.	S. C.	S. I.
22 pac. = 24 %	20 pac. = 22 %	26 pac. = 28 %	10 pac. = 11 %	6 pac. = 7 %

PR. C.	PR. I.	C. U. C.	C. U. I.	T. E. C.
1 pac. = 1 %	1 pac. = 1 %	3 pac. = 3 %	2 pac. = 2 %	1 pac. = 1 %

En este apartado de la escolaridad se observa en el recuadro superior que el 24% de la población es analfabeta, y sucesivamente en cuanto a los niveles escolares posteriores, se observa una clara disminución en cuanto a la preparación académica

4. Ocupación anterior.

Con ocupación anterior	Sin ocupación anterior
12 pacientes = 13 %	80 pacientes = 87 %

El 87% de las pacientes encuestadas mencionaron no haber laborado antes de haber ingresado al hospital psiquiátrico, contrario a lo que el 13% de las pacientes mencionaron que habían laborado antes de comenzar su padecimiento.

5. Ocupación actual.

Con ocupación actual	Sin ocupación actual
72 pacientes = 78 %	20 pacientes = 22 %

En este apartado consideramos que es un aspecto importante, en relación con el área económica de la calidad de vida, y como ya mencionamos las pacientes tienen la oportunidad de realizar diferentes actividades dentro del hospital, con lo cual pueden ser reenumeradas económicamente, y encontramos que el 78% de la población encuestada realiza dichas actividades, en cambio el 22 % de las pacientes no lleva a cabo estas actividades, cabe hacer mención que algunas de las excusas más escuchadas al cuestionar esta pregunta fueron “para que trabajo, si aquí me dan todo lo que necesito; cuando trabajo me lo roban, se me pierde y no lo necesito”.

6. Lugar de residencia. *Es lugar de nacimiento*

Se desconoce	Distrito Federal	Estado de México	Otros Estados
47 pacientes = 51 %	17 pacientes = 19 %	4 pacientes = 4 %	24 pacientes = 26 %

Se observa que el 51% de la población encuestada desconoce su lugar de origen, así como también el personal lo desconoce, ya que no se encuentra registrado en su expediente, este tipo de información se omite debido a que la mayoría de personas se encontraron deambulando en la calle, desorientadas en su totalidad, y posteriormente no fueron buscadas por ninguna persona o familiar, además en este apartado se observa que el segundo porcentaje mayor pertenece a las pacientes que reconocen venir de otros estados de la república siendo el menor porcentaje para las pacientes del estado de México.

7. Cuenta con familiares.

Si cuenta con familiares	No cuenta con familiares
63 pacientes = 68 %	29 pacientes = 32 %

Del total de la población se encontró que el 68 % de las pacientes mencionan que cuentan con familiares, aun y cuando no exista ninguna relación con ellos, muchas de las pacientes reconocen al personal, como miembros de su familia; y el 32% restante de la población realmente no cuenta con familiares.

8. Diagnóstico.

F06.9	F09	F10.5	F20.0	F20.2	F20.3	F20.5	F22.0	F23.8	F25.9
3 pac.	1 pac.	1 pac.	33 pac.	3 pac.	3 pac.	4 pac.	3 pac.	1 pac.	3 pac.

= 3 %	= 1 %	= 1 %	= 37 %	= 3 %	= 3 %	= 4 %	= 3 %	= 1 %	= 3 %
-------	-------	-------	--------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

F31.0	F31.7	F31.8	F31.9	F32.1.	F71.0	F71.9	F72.0	F60.9	G40.3
1 pac. = 1%	1 pac. = 1%	2 pac. = 2 %	1 pac. = 1%	1 pac. = 1%	10 pac. = 12 %	1 pac. = 1%	3 pac. = 3 %	1 pac. = 1%	16 pac. = 18 %

De entre la diversidad de padecimientos que nos muestra la clasificación internacional de enfermedades, observamos que el mayor porcentaje lo obtuvo la esquizofrenia paranoide, con un 37 % de la población encuestada, siendo seguido por las crisis convulsivas generalizadas con un 18 % de la misma población.

9. Tiempo de estar enfermo.

De 0 a 5 años	De 6 a 10 años	De 11 a 15 años	De 16 a 20 años	De 21 a 25 años	De 26 a 30 años	De 31 a 35 años
9pac.=10%	2pac.=2%	3pac.=3%	12pac.=13%	13pac.=14%	10pac.=11%	10pac.=11%

De 36 a 40 años	De 41 a 45 años	De 46 a 50 años	De 51 a 55 años	De 56 a 60 años	De 61 a 65 años	De 66 a 70 años
11pac.=12%	5pac.= 5%	6pac.=7%	8pac.= 9%	2pac.=2 %	0pac.= 0%	1pac.=1%

Como podemos observar en ambas tablas, el tiempo de estar enfermo es diverso, ya que no existe un momento preciso en la vida del individuo para que haga su aparición la enfermedad mental, clínicamente se tienen datos de mayor o menor incidencia en algunas de las enfermedades de acuerdo a diversos factores, como pueden ser hereditarios, culturales, sociales, económicos, etc.

10. Tratamiento:

En este apartado se decidió no tomar en cuenta el tipo de tratamiento que la paciente estuviera utilizando, ya que consideramos que no es relevante para nuestra investigación

11. Tiempo de hospitalización.

De 0 a 5 años	De 6 a 10 años	De 11 a 15 años	De 16 a 20 años	De 21 a 25 años
30 pac.= 33%	11 pac.= 12%	8 pac.= 9%	8 pac.= 9%	12 pac.= 13%

De 26 a 30 años	De 31 a 35 años	De 36 a 40 años	De 41 a 45 años	De 46 a 50 años
6 pac.= 7 %	7 pac.= 8 %	5 pac.= 5 %	2 pac.= 2 %	3 pac.= 3 %

El tiempo de hospitalización que mayor porcentaje obtuvo fue de 0 a 5 años, siendo este un dato muy importante para nuestra investigación, debido a que es un hospital de pacientes agudos, en cuanto a su padecimiento.

12. Fecha de ingreso:

De 1960 a 1965	De 1966 a 1970	De 1971 a 1975	De 1976 a 1980	De 1981 a 1985	De 1986 a 1990	De 1991 a 1995	De 1996 a 2000	De 2000 a 2005
7 pac. = 8 %	6 pac. = 7 %	2 pac. = 2 %	9 pac. = 10 %	5 pac. = 5 %	9 pac. = 10 %	14pac.= 15 %	34pac.= 36 %	6 pac. = 7 %

En este apartado observamos que de 1996 al 2000 fueron los años en que más ingresos se encontraron en el hospital.

ESCALA ANALOGA VISUAL 1

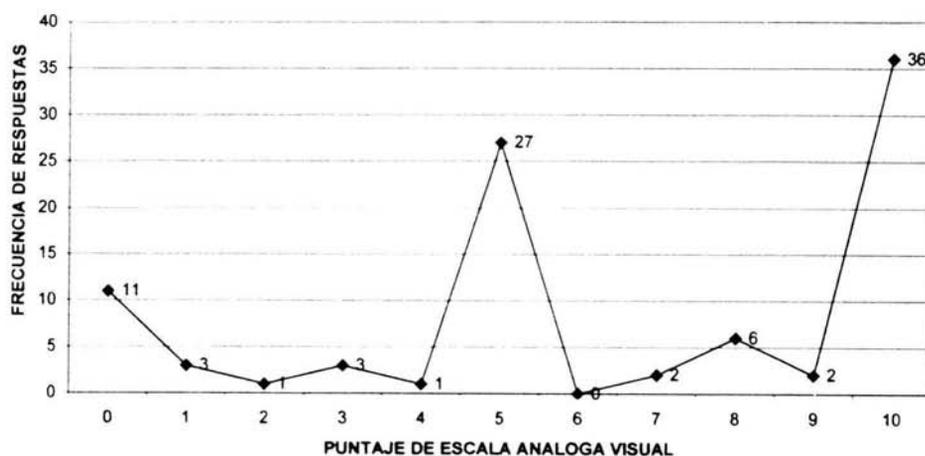


Figura No. 1. Representación De La Escala Análoga Visual 1

En la grafica No. 1 observamos la frecuencia de respuestas de la escala análoga de satisfacción con la vida, de la primera vez que se les cuestiono a las pacientes. Cada uno de los números del 0 al 10 representan las puntuaciones que las pacientes tenían como opción para elegir de acuerdo al como ellas mismas percibían su calidad de vida. En esta encontramos que el numero 10 fue el que mayormente las pacientes eligieron como respuesta, encontrando un 37%, seguido de el número 5 con un 27 %, y así sucesivamente. Encontramos además que al observar el mayor porcentaje de respuesta en el numero 10 podemos hablar de que la mayoría percibe tener una adecuada calidad de vida y al obtener

el segundo mejor puntaje el número cinco, nos habla de que aunque algunas de las pacientes perciben una deficiente calidad de vida estas aún se encuentran menos satisfechas con su calidad de vida, observando que los demás puntajes nos son altamente significativos.

ESCALA ANÁLOGA VISUAL 2

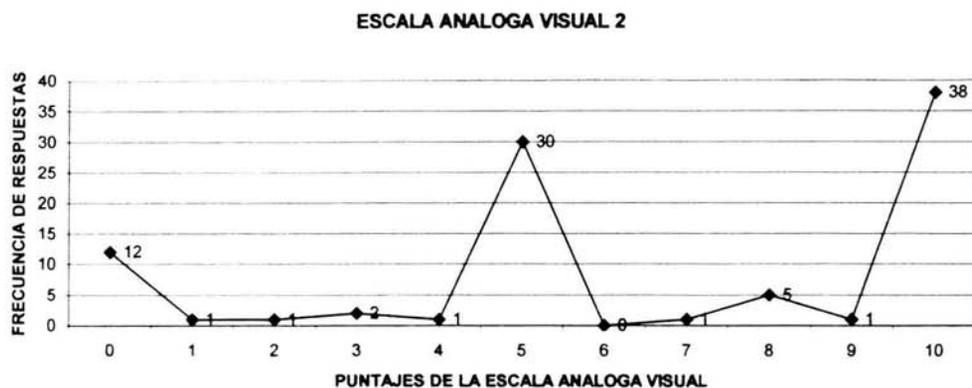


Figura No. 2. Representación De La Escala Análoga Visual 2

En la figura No. 2 como ya mencionamos observamos que el mayor puntaje de respuestas lo obtuvo el número 10 con un 38% de elecciones, seguido por el número 5 con un 30% de respuestas, en relación con la figura No. 1 de la primera aplicación de la escala análoga visual podemos observar que no existe mayor diferencia en cuanto a la percepción de la calidad de vida de las pacientes, aún en los diferentes momentos en que sea aplicada esta escala.

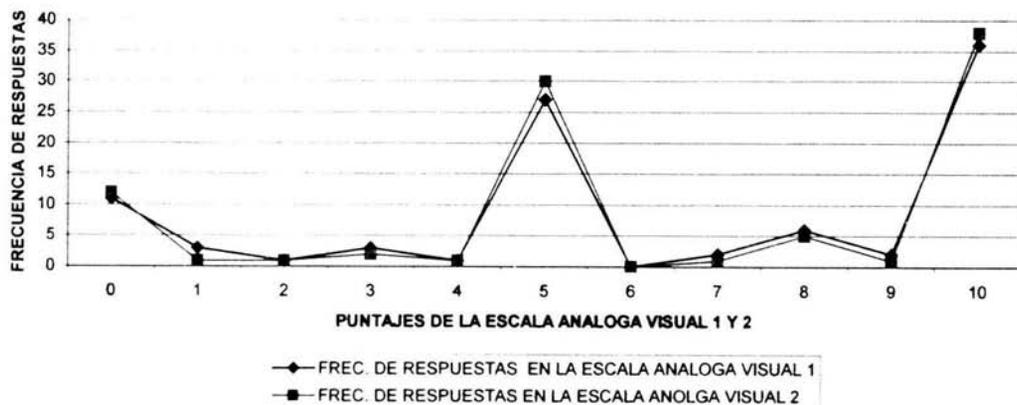


Figura No. 3 Presentación Sobrepuesta De La Escala Análoga Visual 1 Y 2

En la figura No. 3 podemos observar que no existió amplia diferencia o una diferencia significativa en cuanto al patrón de respuesta que se obtuvieron entre una y otra aplicación, situación que habíamos mencionado previamente, reforzando de esta manera la confiabilidad que presenta la escala análoga visual.

A) CONFIABILIDAD

En los estudios estadísticos relacionados con la escala análoga visual se obtuvieron las siguientes medidas estadísticas:

	Análoga 1	Análoga 2
N validados	92	92
Faltantes	0	0
Media	6.446	6.511
Mediana	6.000	5.000
Moda	10.0	10.0
Desviación estándar	3.550	3.538
Mínimo	.0	0
Máximo	10.0	10.0

Por otro lado se obtuvo la confiabilidad, por medio de la correlación de las puntuaciones naturales de ambas aplicaciones de la escala análoga visual, utilizando para ello la correlación de Pearson, en donde se utilizó un nivel de significancia de 0.01 en ambas aplicaciones, como se muestra en el siguiente cuadro:

	Análoga 1	Análoga 2
Análoga 1 Correlación de Pearson	1.000	.455**
Significativas las 2 siguientes	.	.000
N	92	92
Análoga 2 Correlación de Pearson	.455**	1.000
Significativas las 2 siguientes	.000	.
N	92	92

**El nivel de significancia es de 0.01

Si bien el test - retest es una forma de confiabilidad, se requirió de una muestra estadísticamente representativa y aplicarla en el tiempo establecido de dos semanas de intervalo, en este caso el análisis de confiabilidad para obtener la consistencia interna arrojó para esta versión un coeficiente de correlación de Pearson de .609. Sin embargo se observa una baja correlación en el área sexual y de religión.

AREAS	Correlación de Pearson
Área de Condiciones del hospital	.324** .002
Área social	.534** .000
Área sexual	.104 .330
Área de religión	.231 .027
Área ocupacional	.359** .001
Área económica	.394** .000
Área familiar	.550** .000
Área de salud	.630** .000
total	.609** .000

** El nivel de significancia es de 0.01

B) VALIDEZ.

En cuanto a lo que se refiere a la validez. Podemos hacer mención de que se obtuvo, como previamente se había mencionado, por medio de la elaboración de hipótesis de trabajo con una consistencia interna, la cual se obtuvo por medio del Alfa de Cronbach.

El valor obtenido en esta aplicación alcanzó un Alfa de = .8789, sin embargo observamos que con el Alfa de Cronbach en el área de religión y condiciones del hospital se obtiene un bajo nivel de significancia, y aún con esto nos lleva a mencionar que la validez de hipótesis de trabajo se comprueba y acepta en nuestra investigación, ya que existe una consistencia interna entre los elementos

A continuación podemos observar las puntuaciones obtenidas por las pacientes, en cada una de las áreas del cuestionario, presentando en cada una de las figuras los resultados cuantitativos, así como una breve explicación en cada una de ellas.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CONDICIONES DEL HOSPITAL

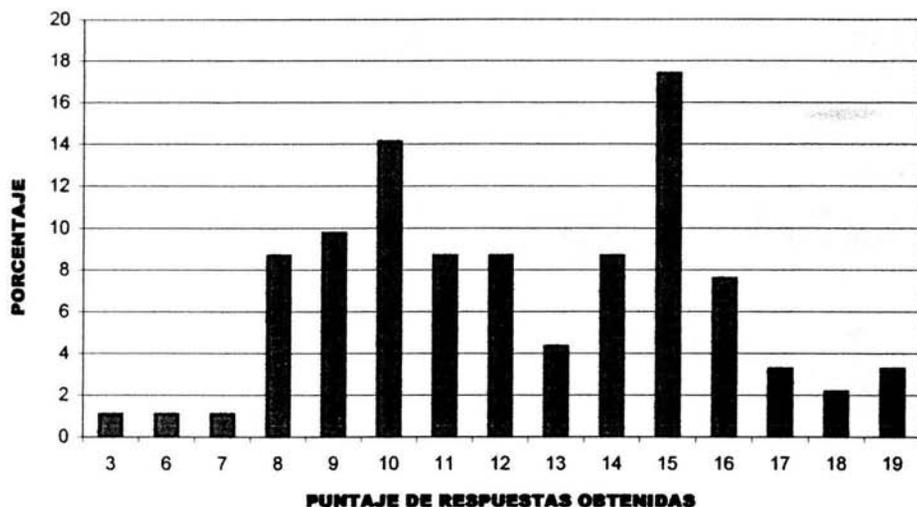


Figura No. 4 CONDICIONES DEL HOSPITAL

La figura No.4 representa el porcentaje de respuestas obtenidas por las pacientes derivado al sumar las puntuaciones de cada paciente en esta área, es importante hacer mención que para obtener una satisfactoria calidad de vida la paciente requiere obtener un puntaje de ocho; y para una insatisfactoria calidad de vida se esperaría una puntuación de 19 o más puntos, siendo esta la forma en como se le puede ubicar dentro de un rango de puntuaciones a otro. Sin embargo, el mayor porcentaje de pacientes se encontraron dentro del puntaje 15, lo cual nos puede hablar de que la mayoría de las pacientes presentan una calidad de vida minimizada pero aún funcional para la vida intra hospitalaria e un ambiente ampliamente estructurado de igual manera cabe hacer mención que existieron puntajes de 3,5 y 7 lo cual se encuentra fuera de los límites previamente establecidos, pudiendo recalcar ante esta situación que este hecho se debió a que probablemente tres pacientes (porcentaje mostrado en la figura No. 4) no contestaron todas las preguntas de esta área y las preguntas que respondieron fueron con puntuaciones bajas. Así también consideramos necesario hacer mención el hecho de que las pacientes al hablar de condiciones del hospital, no solo toman en cuenta la estructura arquitectónica, sino que conjuntamente consideran el trato que les brinde el personal dentro y fuera de las instalaciones; es por ello su satisfacción en esta área.

AREA SOCIAL

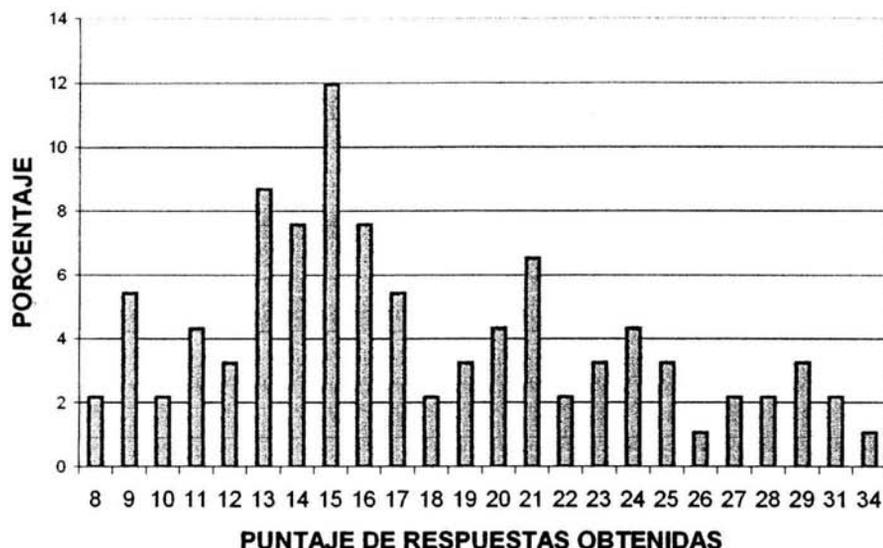


Figura No. 5 Área Social.

Al igual que la figura No. 4, en esta figura No. 5, se representa el porcentaje de respuestas obtenidas por las pacientes derivado al sumar las puntuaciones de cada paciente en el área social, sin embargo en esta área para obtener una adecuada calidad de vida la paciente requería de obtener un puntaje de 10; y para una insatisfactoria calidad de vida se esperaría una puntuación de 34 puntos como máximo, siendo esta la forma en como se le puede ubicar dentro de un rango de puntuaciones a otro. Sin embargo, el mayor porcentaje se obtuvo dentro del puntaje 15, en donde el 12 por ciento de las pacientes obtuvieron esta puntuación, lo cual nos habla de una calidad de vida dentro de límites normales, pero podemos observar también que los puntajes cercanos a la puntuación de diez y que permitirían una adecuada calidad de vida son el 11, 12, 13, 14, 16 y lógicamente el 15, como ya lo mencionamos los que se acercan a una mejor calidad de vida.

Así también es importante hacer mención diversos hechos que pudiesen influir en el porqué de estas puntuaciones, como son el hecho de que constantemente se observa cierta indiferencia por parte de las pacientes con sus compañeras de unidad, mostrando al parecer, poco interés por interactuar entre ellas, así como un bajo nivel de comunicación, además de observar que existe tendencia al aislamiento, sin que les cause conflicto. Otro aspecto no menos importante que habrá que tomar en cuenta es que en ocasiones las pacientes sufren agresiones o robos de sus compañeras y por ende no permite posteriormente tener una adecuada relación social.

AREA SEXUAL

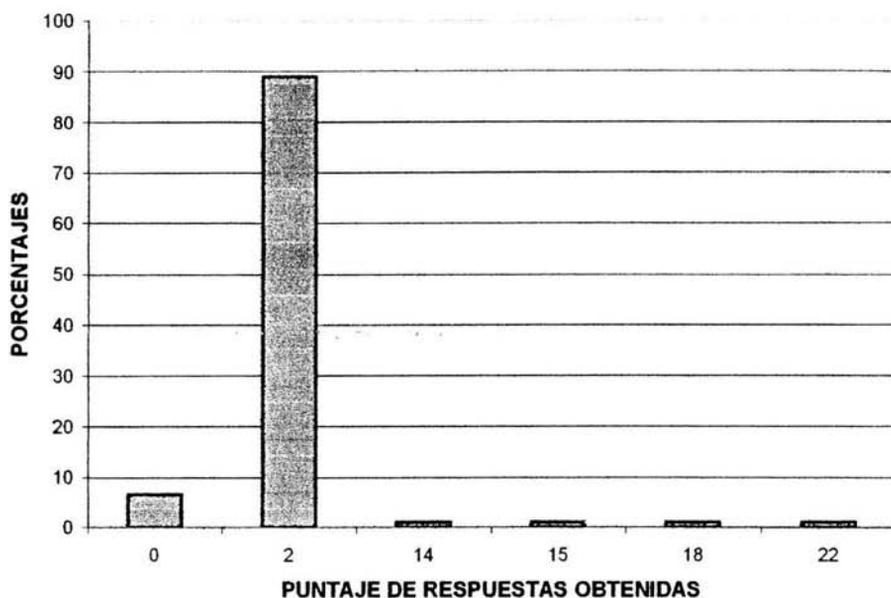


Figura No.6 Área Sexual

En la figura No. 6 se representa directamente el porcentaje de respuestas obtenidas por las pacientes al sumar las puntuaciones de cada paciente en esta área, es relevante hacer mención que para obtenerse una satisfactoria calidad de vida la paciente requiere obtener un puntaje de nueve; y para una insatisfactoria calidad de vida se esperaría una puntuación de entre 22 puntos como máximo, siendo esta la forma en como se le puede ubicar dentro de un rango de puntuaciones a otro. Sin embargo, el mayor porcentaje se obtuvo dentro del puntaje 2, ubicando en este al 90 por ciento de las pacientes encuestadas lo cual nos habla de una calidad de vida disminuida en esta área, ya que podemos observar que el mayor porcentaje se encuentra muy por debajo del esperado, no puntuando ninguna paciente en los puntajes ya mencionados para obtener una adecuada calidad de vida. Estas puntuaciones pudieran deberse al hecho de que la mayoría de las entrevistadas no cuentan con una pareja estable, por lo cual las respuestas que nos brindaron pueden indicarnos que en esta área las pacientes muestran una actitud indiferente ante las preguntas realizadas. Además consideramos importante mencionar que de acuerdo con lo observado las visitas que acuden al hospital son de familiares como padres, hermanos, hijos, etc., y es muy esporádico que acudan a visitarlas los esposos, novios o parejas sexuales.

AREA DE RELIGION

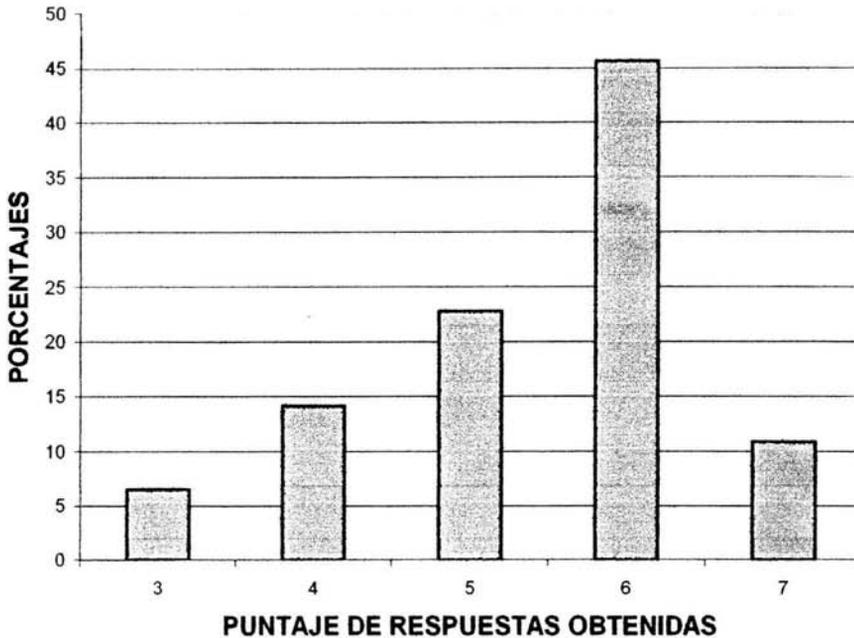


Figura No. 7 Área de Religión.

El área de la religión probablemente es un área de interés en nuestra investigación y por ende en la figura No.7 se representa el porcentaje de respuestas obtenidas por las pacientes al sumar las puntuaciones de cada paciente en esta área, obteniendo así un porcentaje de pacientes en cada uno de los puntajes, es importante hacer mención que para obtenerse una satisfactoria calidad de vida, la paciente requiere alcanzar un puntaje de cuatro; y para una insatisfactoria calidad de vida se esperaría una puntuación de 9 puntos como máximo, siendo esta la forma en como se le puede ubicar dentro de un rango de puntuaciones a otro. Sin embargo, el mayor porcentaje se obtuvo dentro del puntaje 6, lo cual nos habla de una calidad de vida disminuida, pero funcional para la vida intra hospitalaria debido a que el mayor puntaje se acerca más a la mejor calidad de vida (4 puntos) que al de menor calidad de vida (9 puntos). Esta área nos habla del apego de las pacientes hacia el aspecto religioso, probablemente con la esperanza en que Dios las ayude en cuanto a su enfermedad y para mejorar su calidad de vida, refugiándose muchas veces en la iglesia o en la capilla del hospital.

AREA OCUPACIONAL

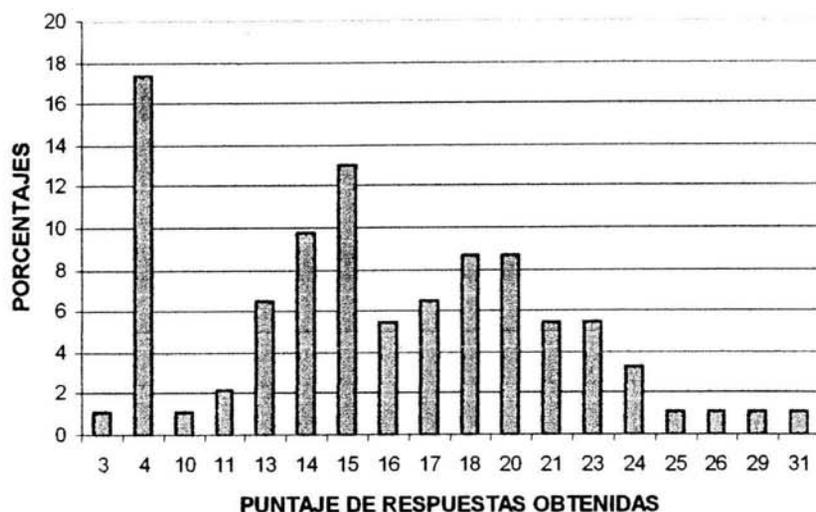


Figura No. 8 Área Ocupacional

Las puntuaciones observadas en el área ocupacional (figura No. 8), nos permiten representar gráficamente el porcentaje de respuestas obtenidas por las pacientes en la misma, al sumar las puntuaciones de cada paciente, es relevante hacer mención que para obtenerse una satisfactoria calidad de vida la paciente requiere obtener un puntaje de 14; y para una insatisfactoria calidad de vida se esperaría una puntuación de 49 o de 3 puntos como máximo, siendo esta la forma en como se le puede ubicar dentro de un rango de puntuaciones a otro, y aunque el puntaje 14 se encuentra por arriba de los de la mayoría, se puede observar que el puntaje 15 es el segundo con mayor porcentaje de pacientes. Sin embargo, el mayor porcentaje se obtuvo dentro del puntaje cuatro, lo cual nos habla de una calidad de vida disminuida, pero funcional para la vida intra hospitalaria, siempre y cuando las pacientes se desenvuelvan en un medio ambiente estructurado, porque no solamente se encuentra con una puntuación baja, lo cual implicaría una alta calidad de vida, sino que su puntuación es mucho menor a la esperada, en esta área habrá que tomar en cuenta diversos factores para poder brindar una opinión certera en la misma, como son el hecho de que las pacientes tienden a expresar satisfacción y bienestar en cuanto a la actividad que desarrollan, así como su situación social en el área de trabajo, pero contradictoriamente demuestran su inconformidad con el pago que obtienen por realizar diversas labores, y esto nos permite observar una baja en su calidad de vida en cuanto a esta área y también no menos importante, es el hecho de que las pacientes al tener por lo menos seis meses de internadas nos habla de un tiempo considerable en el cual ellas mismas se acostumbraron a no realizar alguna actividad laboral.

AREA ECONOMICA

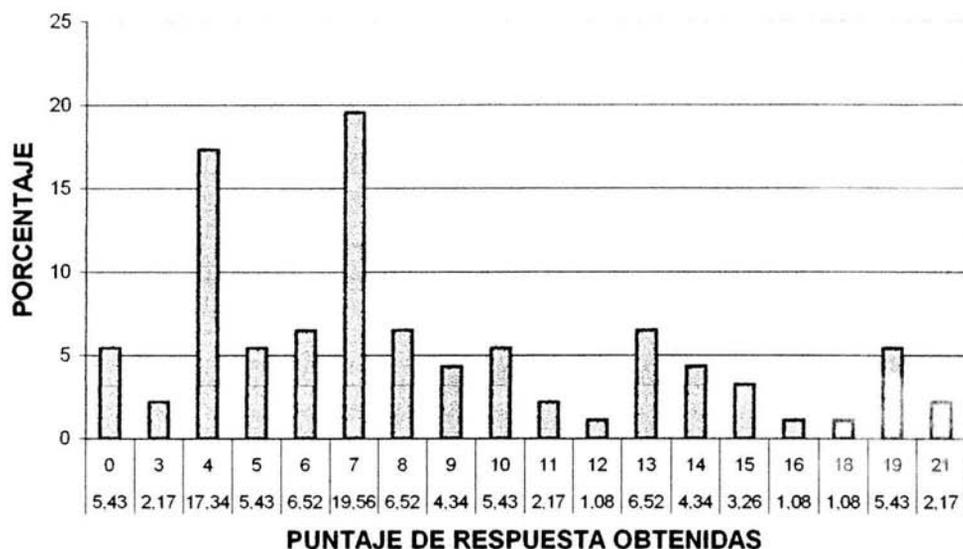


Figura No. 9 ÁREA ECONÓMICA

Esta figura No. 9, representa el porcentaje de respuestas obtenidas al sumar las puntuaciones de cada paciente en el área económica, es importante hacer mención que para obtenerse una satisfactoria calidad de vida la paciente requiere obtener un puntaje de cinco; y para una insatisfactoria calidad de vida se esperaría una puntuación de 21 ó de 0 puntos como máximo, siendo esta la forma en como se le puede ubicar dentro de un rango de puntuaciones a otro. Sin embargo, el mayor porcentaje se obtuvo dentro del puntaje 7, lo cual nos habla de una calidad de vida adecuada, esto debido a la cercanía de esta con el puntaje mínimo esperado para obtener una elevada calidad de vida, además de que aún el 7 entra dentro de los dos puntajes que podemos considerar como margen de error, con todo esto podemos mencionar que las puntuaciones se encuentran relacionadas con el hecho de que las pacientes aunque de alguna manera disponen de dinero para realizar algunas compras, y aparentemente no necesitan nada, ya que la institución intenta satisfacer todas sus necesidades; manifiestan inconformidad con el dinero con que cuentan y que les es dado como remuneración económica en los talleres ocupacionales.

AREA FAMILIAR

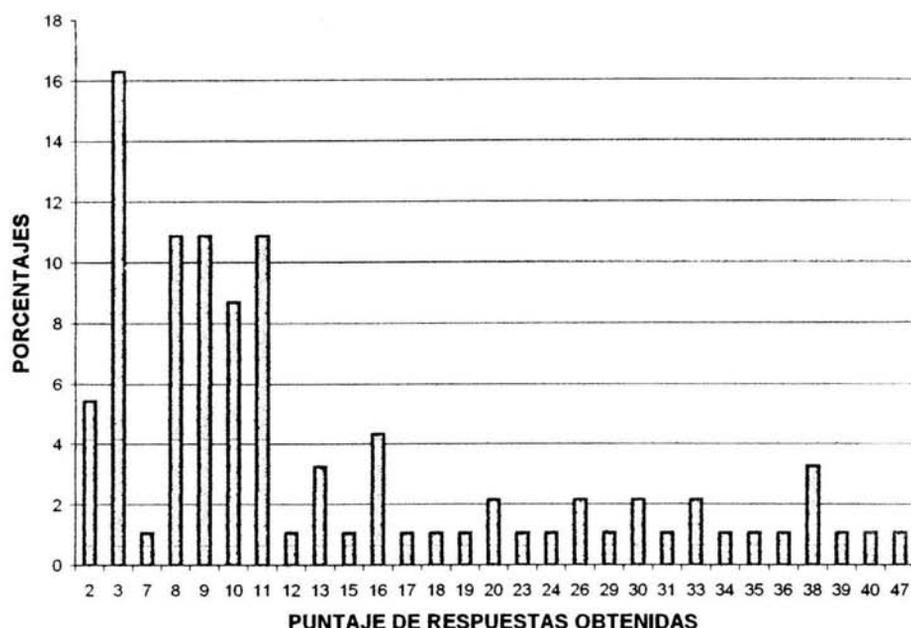
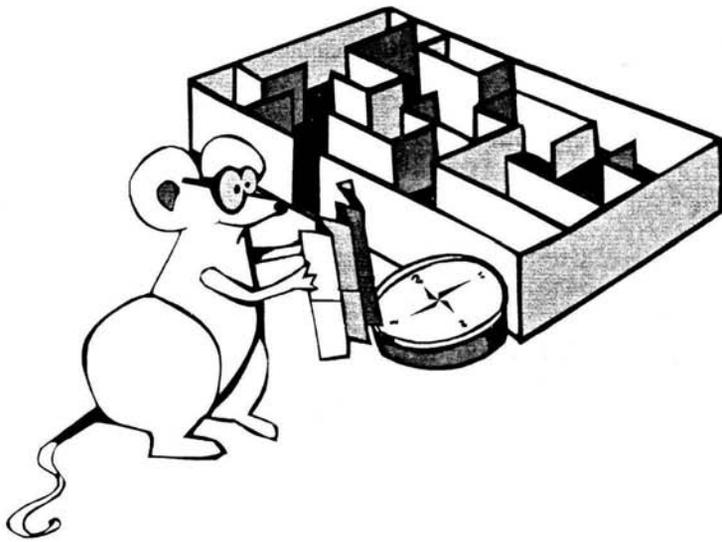


Figura No. 10 ÁREA FAMILIAR

En esta figura No. 10 se representa el porcentaje de respuestas de las pacientes resultado de sumar las puntuaciones de cada una de ellas en el área familiar, es importante hacer mención que para obtener una satisfactoria calidad de vida la paciente requiere de un puntaje mínimo de 16; y para una insatisfactoria calidad de vida se esperaría una puntuación de 47 o de 2 puntos como máximo, siendo esta la forma en como se le puede ubicar dentro de un rango de puntuaciones a otro. Aunque cabe hacer notar que en el caso de esta área el mayor porcentaje se encuentra en el puntaje 3 lo cual aunque pudiese parecer un puntaje que implicara una excelente calidad de vida, realmente representa todo lo contrario, debido al hecho de que se encuentra fuera de los límites permitidos que en este caso de no obtenerse el mayor porcentaje en 16 pudiera haberse obtenido en el 13, 15, 17 o 18 puntos, situación que no es así, y por lo tanto en verdad no podemos estar hablando de una muy mala calidad de vida pero sí de una calidad de vida baja, en la cual la mayoría de las pacientes observan diversas situaciones como el hecho de que la mayoría de las pacientes no cuentan con familiares, y quienes cuentan con ellos son visitadas de manera esporádica, mostrando indiferencia por parte de la paciente en cuanto a la convivencia o interés por relacionarse con ellos.

CONCLUSIONES



CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Hoy en día el término de calidad de vida se toma muy en cuenta en diferentes ámbitos sociales, como son la política, religión, sociedad, medicina general, etc., situación que por ende nos lleva a no dejar olvidado el plano que en este momento intentamos mostrar.

La calidad de vida cambia constantemente de acuerdo y conforme a la época y situación en que se este tomando dicho término, en la actualidad consideramos importante mencionar que existe cierta dificultad al momento de definir de manera global el término de calidad de vida, sin embargo se han dado diversas definiciones para definir la misma, es por ello que en este momento la definición y evaluación que realizamos es la más idónea para el ámbito en el cual se ocupa nuestra investigación.

La definición de Calidad de Vida propuesta en este trabajo, resulta útil, teórica y metodológicamente, ya que las áreas que pretendía medir el instrumento se ven reflejadas en los resultados que se obtuvieron.

Para ello, definimos Calidad de Vida como *la relación global que el individuo establece entre las situaciones agradables y las desagradables, que le suceden en su vivir cotidiano, en sus relaciones con otros miembros de la colectividad y con el ambiente total, en el que se desenvuelve; ante esto podemos decir que lo que solemos llamar calidad de vida no es solo lo objetivo, sino que también es la reacción subjetiva que estas relaciones producen y el valor que les concedemos. Siendo esto un proceso dinámico en el ámbito social, económico, cultural y psicológico, de producción, de situaciones agradables y desagradables y referentes a la calidad de nuestra vida social.* Con lo anterior damos a entender que en esta definición no solamente nos enfocamos a una o alguna de las diferentes áreas que abarcan a la misma, ni tampoco queremos mostrar solo lo agradable de la Calidad de Vida, sino también lo desagradable, obteniendo de esta manera mayor objetividad en esta investigación

De dicha definición, conceptual y operacional, se desprende un instrumento de medición sobre la Calidad de Vida, válido y confiable para una población institucionalizada en el hospital psiquiátrico "José Sayago" con una enfermedad mental de acuerdo al CIE 10 o al DSM IV, así como cumplir con los criterios de inclusión propuestos en el método.

Las áreas que componen la Calidad de Vida para la población mencionada son: condiciones del hospital, área social, sexual, religión, ocupacional, económica, familiar y de salud; así como también comprende un apartado para la recolección de datos demográficos y clínicos, además de tomar en cuenta el sentir de las pacientes por medio de una Escala Análoga Visual de Satisfacción con la Vida.

Así como menciona Lehman (1982) es ampliamente posible recabar información que aporte datos relevantes en cuanto a la Calidad de Vida en enfermos mentales crónicos, aun y cuando pudieron haber sido realizados en otros países, sin embargo las áreas consideradas en estos, pudieran ser similares pero no son relevantes para medir la calidad

de vida en nuestro país, esto debido a las condiciones socioeconómicas y culturales del mismo.

Muchas de las veces, la diferencia que existe entre el psicólogo y el psiquiatra, es que estos últimos investigan, de manera superficial la etiología, brindando el tratamiento más idóneo, y “combatiendo” solamente los signos que se presenten en el momento en que sea atendido, y en cambio como psicólogos indagamos un poco más acerca de la etiología y los síntomas que se presentan combatiendo el probable origen del padecimiento, situación que nos sirve para conocer de mejor manera el nivel de calidad de vida en el que se encuentra el paciente.

De hecho con los resultados obtenidos podemos mencionar que es posible evaluar la calidad de vida de pacientes institucionalizadas en un hospital psiquiátrico, considerando los criterios de exclusión e inclusión, pudiendo de esta manera observar el nivel o grado en que se encuentra está, dirigiendo este trabajo al equipo multidisciplinario, con la finalidad de aumentar o mantener su calidad de vida durante su estancia hospitalaria.

La calidad de vida es un concepto que pudiese ser diferente para cada sujeto, dependiendo del enfoque que se le dé. Un aspecto que es importante tomar en cuenta son las expectativas y logros de los individuos que se estudian, dado que la satisfacción con diferentes aspectos de la vida es muy relativa y se ven influidas por el nivel de aspiraciones de cada sujeto.

Al realizar esta investigación intentamos dar a conocer algunas de las vías de rehabilitación de las pacientes, ya que muchas de las veces el trabajo realizado en los hospitales psiquiátricos es meramente empírico y de acuerdo a lo que vaya requiriendo la paciente, situación que no es la ideal para las pacientes, ya que muchas veces ellas requieren del establecimiento de límites y normas en donde se les diga el como y porque van a realizar tal o cual tarea, todo esto aunado a la problemática que genera la conducta disruptiva del paciente, momento en el cual se requiere de el apoyo del psicólogo.

Ante los resultados obtenidos y anteriormente mencionados, brindaremos algunas de las sugerencias que pudiesen ser útiles para emplear por el equipo multidisciplinario hacia las pacientes institucionalizadas, con el propósito de mantener su calidad de vida en las mismas, siempre tomando en cuenta las áreas que fueron evaluadas en nuestra investigación:

- * Con respecto a las condiciones del hospital la calidad de atención que se les brinda a las pacientes, podemos mencionar que estas se encuentran satisfechas, en cuanto a la atención y trato brindado en el hospital, solo cabe mencionar que en la mayoría de las pacientes entrevistadas existe el temor de ser agredidas física o verbalmente, por sus compañeras y ante esto es recomendable un programa de modificación de conducta en donde se hayan ubicado previamente las conductas problemáticas y se lleve a cabo con personas monitores dentro del hospital.

- * Una de las sugerencias que se podrían brindar al equipo multidisciplinario para mantener la calidad de vida de las pacientes en el área ocupacional, sería cambiar periódicamente las labores que se realizaren en los talleres ocupacionales, esto debido a que la actividad realizada llega a ser monótona para ellas, así como motivarlas para lograr un interés constante en la asistencia a las mismas, manejando incentivos diferentes para cada una de las usuarias, ya que muchas veces nos han mencionado que no llegan a acudir a talleres o porque no les alcanza lo que les pagan o porque todo se les da en el hospital y no necesitan nada más.
- * En el área social pudimos observar un alto grado de aislamiento e indiferencia sin causarles conflicto alguno, por ende nosotros hemos llegado a la conclusión de que los grupos socio recreativos, que se realizaban anteriormente (situación que nos mencionaron las mismas pacientes) en los cuales se interaccionaba, al parecer a partir de un tema en específico, pudiendo mantener la socialización entre ellas, así como también solo algunas nos mencionaron situaciones como salidas extra hospitalarias, en donde se les proponía la convivencia fuera del hospital y en las mejores condiciones posibles, permitiendo esto convivir con la mayoría de la población intra hospitalaria.
- * En el área económica, aunque ellas perciben esta área como baja, podemos mencionar que es equitativo el pago que reciben por sus actividades, ya que el hospital, aparte de cubrir sus necesidades básicas, intenta satisfacer sus necesidades externas, además de que el sueldo que obtienen, aparentemente sería difícil que se les aumentara por la actividad que realizan, sin embargo se podría trabajar con ellas un programa en el cual se les enseñe a administrar su dinero ya que en un futuro con una reinserción social esperada, sepan como utilizarlo y cubrir sus necesidades secundarias.
- * En cuanto a la siguiente área que es la sexual podemos mencionar que se observó una baja satisfacción en cuanto a esta, pero habrá que tomar en cuenta que los reactivos que integran esta área no la evalúan del todo o realmente como debería de ser, ya que se pudiese haber entendido la sexualidad solamente como el hecho de contar con una pareja, y no se toma en cuenta todos los aspectos que integran la sexualidad del ser humano, por ello recomendamos que les sea brindada información por medio de un taller de sexualidad en el cual se abarque la situación, biológica, psicológica y social.
- * Es recomendable en el área familiar, que al estar trabajando en equipo multidisciplinario que tanto los psicólogos como los médicos encargados utilicen diferentes técnicas para investigar acerca de sus antecedentes heredo familiares y que en conjunción con trabajo social, se pudieran buscar a los mismos, ya que este departamento cuenta con mayores habilidades para dicha tarea, además de que como equipo multidisciplinario sería conveniente sensibilizar a las pacientes acerca de posibles beneficios que se tendrían al contar con un familiar, y que aporten datos para encontrarlos, solo en casos extremos en donde la memoria se encuentre alterada, sería conveniente utilizar

otro medio de investigación mayormente extremo. Pudiendo además tomar en cuenta a las pacientes que no cuentan con un familiar por diversas razones, siendo con ellas con quien se podrían trabajar programas específicos de reinserción social con cierta independencia para realizar diversas actividades.

- * En el área de la salud se observó una variabilidad en cuanto a su apreciación acerca de su enfermedad; ya que debido a los síntomas de la enfermedad, el estado de salud de las usuarias puede presentar un desequilibrio en la misma o manifestar los síntomas de manera variante y en cualquier momento. Por ello, ante esta situación los servicios que les brinda el hospital y el personal que labora en el mismo, trata satisfacer el área de la salud de manera individual en las usuarias. Han esto es conveniente en alguno de los programas de sensibilización hacia las usuarias que se les solicite mencionen cualquier sintomatología extraña en su vivir cotidiano.
- * Con respecto al área de la religión, es una de las últimas sugerencias, ya que no encontramos que hasta el momento exista mayor problema, debido a que quienes desean acudir a la iglesia lo hacen en el paseo previamente asignado, el cual ellas ya conocen, sin obligar a ninguna paciente a que realice o deje de realizar esta actividad, por ello alentamos al personal encargado a que no solo continúen con estos paseos, sino que también brinden orientación acerca de las inquietudes que surjan en ellos durante los mismos.

Con esta investigación se espera que el equipo multidisciplinario comprenda la importancia de los diversos intereses de las pacientes y su satisfacción o insatisfacción con la calidad de vida que presentan dentro del hospital, para de esta manera entender la responsabilidad y beneficios del trabajo mutuo (paciente – equipo multidisciplinario) por ende brindando estabilidad e incrementando probablemente su calidad de vida, por lo menos durante su estancia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍAS

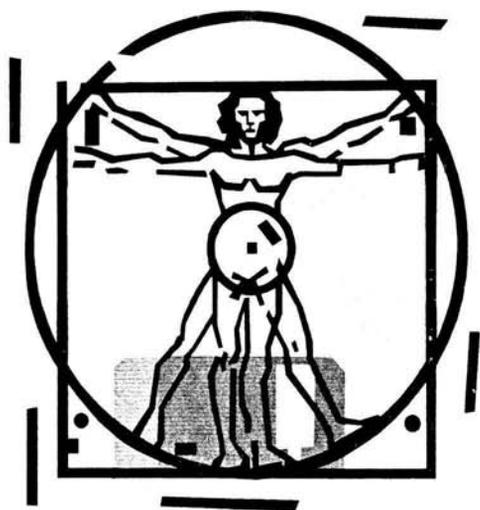


BIBLIOGRAFÍAS.

1. Alcócer Bemés J. Manuel, El Hospital del divino salvador, Salud Publica – México México D.F. Vol 25. No. 5 sep – Oct. 1983, p.p.525-530
2. Alvaradejo Gálvez, C.M., Delgado Forell L.G., estudio preliminar a la construcción de una escala de calidad de vida para pacientes que sobreviven a padecimientos oncológicos, tesis de licenciatura en psicología, México DF. 1996
3. Angel R. The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Cult Med Psychiatry*, 1987.
4. Betancourt Caballero Cristina Estudio comparativo de la calidad de vida de pacientes esquizofrénicos del hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”. Tesis de especialidad en Psiquiatria, en el Instituto Mexicano de psiquiatria, México D. F. 1997.
5. Bernal Juárez Margarita y Méndez Carranza Norma Estudio descriptivo transversal de la calidad de vida en pacientes psicogeriatricas esquizofrénicas hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico “José Sayago”. Tesis del diplomado en psicogeriatría clínica, UNAM, México D. F. 1999.
6. Berkstein Kanarek Celia, Hospital del Divino Salvador, tesis de licenciatura en filosofía y letras, México D. F. 1981. p.p. 109-118, 124 –148.
7. Carvajal Gutierrez Alberto, Avances de la investigación, el siglo inicia en el manicomio, Órgano de difusión Del hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez y la Sociedad mexicana De Psiquiatria Biológica. Vol. 8, No 6 Año 1999, p.p. 147-150.
8. Chávez García Patricia Raquel, análisis de expedientes clínicos del Manicomio General “la Castañeda” de 1910 a 1920, tesis de psicología, México D. F. 1997.
9. Compiladora García Rojas, I. B., Memoria del seminario permanente de antropología urbana, México DF edit. Instituto de investigaciones antropológicas de la UNAM, 1997, pp.47-79
10. Dumbar G C., Stoker M.J., et al. The development of SBOQL- a unique scale for measuring quality of life. *Brithis Journal of medical economics*, 1992.No 2 .pag.65-74.
11. De la Fuente J Ramon, et. Al. Desarrollo de un instrumento para medir la calidad de vida en pacientes con cancer, *Salud Mental*, Vol. 19, supl. 3, Oct. 1996.
12. Encarta encyclopedia, Mental Illnes, Microsoft, Estados Unidos, 1999.
13. García Pelayo Ramon y Gross, Pequeño Larousse Ilustrado, México D. F. Edit. Larousse, 1981.
14. Kaplan Harold I. Sadock Benjamin J. Tratado de psiquiatria, edit Salvat tomo II, 2º edición, España, 1999.
15. Lehman A.F., et al., Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J. Psychiatry*, vol. 10, October 1982, p.p. 1271 – 1276.
16. Lehman A.F., et al., The well-being of chronic mental patients, assessing their quality of life. *Arch gen psychiatry*. Vol. 40, abril 1983, pp.369 – 373.
17. López ramos Sergio, Historia de la psicología en México, cien años de la enseñanza de la psicología en México, México D. F. tomo I, edit. CEAPAC, 1995 p.p 54-395
18. Mac Gilp D. A quality of life study of discharged long- term psychiatric patients, edit *J adv Nurs* 1992, No17, vol. 4, p.p. 407.

19. Malm U; May P.R.; Denker S.J. Evaluation of the quality of life of the Schizophrenic Outpatient, A checklist Schizophrenia Bulletin 1981, No 7, Vol 3 p.p 477-489.
20. McGee H. M., O Boyle Ca., Hickey A. et al. Assessing the Quality of Life Of The Individual The SEIQOL With a Healthy and Gastroenterology unit Population Psychological Medicine, 1991; No. 21, Pags.749-759.
21. Mc Homey C.A., Ware J.E., Rackzeck A.E., The most 36 item short- form health survey (SF36), Psychometric and Clinical test of validity in measuring physical and mental health constructs medical care 1993; No 31, vol 3 p.p. 247 -263
22. Muiel Josefina, Hospital de la Nueva España, tomo I, México D. F. Edit. Universidad Nacional Autónoma De México, 1991,p.p.201-211.
23. Muiel Josefina, Hospital de la Nueva España, tomo II, México D. F. Edit. Universidad Nacional Autónoma De México, 1991,p.p.109-121.
24. Navarro de Castaño Matilde, et. al. Nueva enciclopedia temática, tomo 4 , México D. F. Edit. Cumbre, S.A. , 1984, p.p. 537 – 540.
25. Ramírez Moreno Samuel, la asistencia psiquiátrica en México, México D. F. edit. Contribución de la Secretaria de Salubridad y Asistencia de la Republica Mexicana, 1950 p.p.5-33.
26. Ramos de Viesca Ma. Blanca & Carlos Biseca, El proyecto y la construcción del Manicomio General de la Castañeda Salud Mental, Vol. 21, No. 3 Junio de 1995, p.p. 19-25.
27. Schiper H., Clinch J., Powell V. Definitions and conceptual Issues. New York, Raven Press LTD, 1990.
28. Sullivan G, Wells Kg, Leake B. Clinical Factors Associated With Better Quality of Life in a Seiously Mentally ill Population. Hospital and community psychiatry. August , 1992vol.43, No. 8, pag. 794-798
29. Valencia M., Rojas E., Gonzalez C.,et. al. Evaluación del funcionamiento social en pacientes de un centro de salud edit. Salud Publica de México, Sept - oct. 1989 No.31, Vol. 5, p.p. 674-687.

ANEXOS



CALIDAD DE VIDA EN LAS PACIENTES CRONICAS HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO "JOSE SAYAGO"

FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE:

EDAD: SEXO: HOMBRE(1) MUJER (2) ¿CUENTA CON FAMILIARES?

SI(1) NO(2)

OCUPACION: ANTERIOR: SI(1) NO(2) ACTUAL: SI(1) NO(2)

ESTADO CIVIL: CASADA (1) SOLTERA(2) VIUDA(3) SEPARADA(4) UNION

LIBRE(5) OTRO(6) ESCOLARIDAD: ANALF(1) P. C.(2) P. I.(3) S. C. (4) S. I.(5)

PR. C.(6) PR. I.(7) C. TEC(8)

C. U. C.(9) C. U. I.(10)

LUGAR DE RESIDENCIA: D.F. (1) EDO DE MEX. (2) OTRO ESTADO(3)

DIAGNOSTICO:

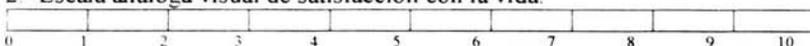
TIEMPO DE ESTAR ENFERMO:

TRATAMIENTO:

TIEMPO DE ESTAR HOSPITALIZADO (FECHA DE INGRESO):

1 - Apreciación subjetiva de la paciente, acerca de su enfermedad:

2 - Escala análoga visual de satisfacción con la vida.



CONDICIONES DEL HOSPITAL

1.- ¿En qué unidad medica se encuentra hospitalizado? 1 2 3 4 5 6

2.- ¿Actualmente con cuántas compañeras comparte la unidad?

3.- Dentro de su unidad cuenta con: un adecuado espacio fisico?

si(1) no(2)

4.¿Ha utilizado alguna vez algún servicio?

si (1) no (2)

SI RESPONDE **NO** PASAR A LA PREGUNTA 7

5.¿Cuál? _____

6. ¿Cómo se siente respecto a estos servicios?

1. Muy satisfecha

2. Satisfecha

3. Indiferente

4. Insatisfecha

5. Muy insatisfecha

7. ¿Dentro del Hospital tiene miedo de ser agredida física o verbalmente?
si (2) no (1)

8. ¿En el último año ¿la han agredido o robado sus pertenencias?
si (2) no (1)

EN CASO DE CONTESTAR **NO** PASE A LA PREGUNTA
NO. 9

9. ¿Qué tan mal la hizo sentir eso?

1. No me ha hecho sentir mal
2. Me ha hecho sentir un poco mal
3. Me ha hecho sentir mal
4. Me ha hecho sentir muy mal
5. Lo he sentido muchísimo

AREA OCUPACIONAL

1.- ¿Realiza usted alguna actividad ocupacional fuera de su unidad de atención?
si (1) no (2)

2.- ¿Realiza usted alguna actividad ocupacional dentro de su unidad de atención?
si (1) no (2)

SI RESPONDE **NO** A LA 1 Y 2 PASAR A LA PREGUNTA NO 1 DEL AREA SOCIAL

3.- ¿Cuántas horas al día realiza usted actividades ocupacionales? _____

4.- ¿Cómo se siente con la forma en que realiza sus actividades ocupacionales?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

5.- ¿En el área en que realiza sus actividades ocupacionales es necesario comunicarse con sus compañeras?
si (1) no (2)

6.- ¿En el área en que realiza sus actividades ocupacionales es necesario comunicarse con el personal de la Institución?
si (1) no (2)

7.- ¿Cómo se siente con su nivel de comunicación con sus compañeras donde realiza sus actividades ocupacionales?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

8.- ¿Cómo se siente con su nivel de comunicación con el personal de la Institución?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

9.- Tiene problemas en el área donde realiza sus actividades ocupacionales?

si (2) no (1)

SI RESPONDE **NO** PASAR A LA PREGUNTA 14

10.- ¿Qué tipo de problemas? _____

11.- ¿Con qué frecuencia?

1. En algunas ocasiones
2. Una buena parte del tiempo
3. Algunas veces
4. La mayoría del tiempo
5. Todo el tiempo

12.- ¿Con quién?

13.- ¿Cómo se siente por los problemas que tiene en las áreas donde realiza sus actividades ocupacionales?

1. No me han hecho sentir mal
2. Me han hecho sentir un poco mal
3. Me han hecho sentir mal
4. Me han hecho sentir muy mal
5. Lo he sentido muchísimo

14.- En general como se siente con la realización de sus actividades ocupacionales

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

AREA SOCIAL

1.-¿Cómo se siente en cuanto a sus relaciones con sus compañeras de la unidad?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

2.- ¿Qué tan interesada esta en relacionarse con sus compañeras de unidad?

1. Muy interesada
2. Interesada
3. Regularmente interesada
4. Poco interesada
5. No está interesada (para nada)

3.- ¿Cómo se siente con el nivel de comunicación con sus compañeras de unidad?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

4.- ¿Se aísla usted de sus compañeras de unidad frecuentemente?

si (2) no (1)

5.- ¿Se siente sola con frecuencia?

si (2) no (1)

6.- Tiene usted problemas con sus compañeras de la unidad?

si (2) no (1)

7.- ¿Cuáles?

8.- ¿Se siente usted rechazada por sus compañeras de la unidad?

si (2) no (1)

SI RESPONDE **NO** PASE A LA PREGUNTA 10

9.- ¿Qué tan mal la hace sentir este rechazo?

1. No me ha hecho sentir mal
2. Me ha hecho sentir un poco mal
3. Me han hecho sentir mal
4. Me han hecho sentir muy mal
5. Lo he sentido muchísimo

10.- En general ¿Cómo se siente en el desempeño en sus actividades sociales y recreativas?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

AREA ECONOMICA

1.- ¿Cómo se siente en relación al dinero del que dispone?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

2.- ¿Tiene usted problemas de tipo económico?

si (2) no (1)

SI RESPONDE **NO** PASAR A LA PREGUNTA 4

3.- ¿Qué tipo de problemas? _____

4.- ¿Cómo se siente en cuanto a su forma de manejar el dinero?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

5.- ¿Cómo se siente en general en cuanto a su situación económica?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

AREA SEXUAL

1.- ¿Tiene usted pareja?

si (1) no (2)

SI RESPONDEN **NO** PASAR A LA SIGUIENTE AREA

2.- ¿Cómo es la relación con su pareja?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

3.- ¿Cómo se siente con el apoyo que le da su pareja?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

4.- ¿Cómo se siente con la convivencia que tiene con su pareja?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

5.- ¿Como se siente con la estabilidad de su relación de pareja?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

6.- ¿cómo se siente con la valoración que le da su pareja?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

7.- ¿Cómo se siente con las actividades que comparten su pareja y usted?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

8.-¿Cómo se siente con el amor que le da su pareja?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

9.- ¿Cómo se siente con la forma de cómo es su pareja?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

AREA FAMILIAR

0.- ¿Tiene usted familia?

si(2) no(1)

SI RESPONDEN **NO** PASAR A LA SIGUIENTE AREA

1.- ¿Cómo siente la comunicación en su familia?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

2.- ¿Siente rechazo hacia su familia?

si(2) no(1)

SI RESPONDE **NO** PASAR A LA PREGUNTA 5

3.- ¿Hacia quién? _____

4.- ¿A qué se debe este rechazo? _____

5.- Siente usted rechazo de su familia?

si (2) no (1)

SI RESPONDE **NO** PASAR A LA PREGUNTA 7

6.- ¿De quién? _____

7.- ¿Siente usted que pertenece a su familia?
si (1) no (2)

SI RESPONDE **NO** PASAR A LA PREGUNTA 9

8.- ¿Cómo se siente en relación a esto? _____

9.- ¿Tiene problemas con su familia?
si (2) no (1)

SI RESPONDE **NO** PASAR A LA PREGUNTA 13

10.- ¿Qué tipo de problemas? _____

11.- ¿Con qué frecuencia

1. En alguna ocasión
2. Algunas veces
3. Una buena parte del tiempo
4. Todo el tiempo

12.- ¿Cómo se ha sentido con respecto a esto?

1. No me ha hecho sentir mal
2. Me ha hecho sentir un poco mal
3. Me ha hecho sentir mal
4. Me ha hecho sentir muy mal
5. Lo he sentido muchísimo

13.- ¿Recibe de su familia el apoyo que necesita?
si (1) no (2)

14.- ¿Cómo se siente con su familia?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

SALUD

1.- En general podría decir que su salud es:

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala

2.- Comparando hace un mes ¿Cómo podría evaluar su salud ahora?

1. Mucho mejor que hace un mes
2. Algo mejor ahora que hace un mes
3. Igual ahora que hace un mes
4. Algo peor que hace un mes
5. Mucho peor que hace un mes

3.- Los siguientes reactivos son acerca de actividades que debe hacer durante un día típico. Su salud ahora lo limita en estas actividades; si es así ¿qué tanto?

Actividades	Me limita mucho	Me limita un poco	No me limita para nada
A. Levantar o transportar Alimentos	3	2	1
B. Arreglar su cama Diariamente	3	2	1
C. Caminar por los Pasillos del hospital	3	2	1
D. Doblarse, arrodillarse detenerse	3	2	1
E. Caminar por tiempos mayores a 5'	3	2	1
F. Bañarse o vestirse usted Sola.	3	2	1

4.- Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido cualquiera de los siguientes problemas con sus actividades diarias regulares **como resultado de su salud física?**

	si	no
Utiliza menos tiempo para Realizar sus actividades diarias.	2	1
Cumplir menos de lo que se debería.	2	1
Se limita en el desarrollo de sus actividades.	2	1
Tuvo dificultad para realizar sus actividades.	2	1

5.- Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido cualquiera de los siguientes problemas en el desarrollo de sus actividades diarias regulares, **como resultado de cualquier problema emocional** (sentirse deprimida, ansiosa, etc.?)

	si	no
Disminuyó la cantidad de tiempo que emplea en el desarrollo de sus actividades.	2	1
Cumplió menos de lo que debería.	2	1
No realizó sus actividades tan cuidadosamente como es habitual.	2	1

6.- Durante las últimas 4 semanas ¿De qué forma interfirieron sus problemas emocionales o su salud física con sus actividades sociales, normales con sus compañeras de unidad?

1. Nada
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

7.- ¿Que tanto dolor en su cuerpo ha tenido durante las últimas 4 semanas?

1. Ninguno
2. Muy leve
3. Leve
4. Moderado
5. Severo
6. Muy severo

8.- Durante las últimas 4 semanas, ¿Qué tanto ha interferido el dolor con sus actividades normales?

1. Nada
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

9.- Estas preguntas son acerca de como se siente y de como han sido las cosas para usted durante las últimas 4 semanas. De la respuesta más aproximada

	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Una buena parte del tiempo	Algunas veces	En algunas ocasiones	Nunca
¿Se ha sentido llena de energía?	1	2	3	4	5	6
¿Ha estado muy nerviosa?	6	5	4	3	2	1
¿Se ha sentido tan desanimada de tal modo que nada la anima?	6	5	4	3	2	1
¿Ha sentido calma y paz en el Hosp..?	1	2	3	4	5	6
¿Tiene energía?	1	2	3	4	5	6
¿Se siente como abatida y triste?	6	5	4	3	2	1
¿Se siente extenuada? (débil, extenuada)	6	5	4	3	2	1
¿Se siente una persona feliz?	1	2	3	4	5	6
¿Se siente cansada?	6	5	4	3	2	1

¿Su salud ha limitado sus actividades diarias? 6 5 4 3 2 1

10.- Durante las últimas 4 semanas ¿Qué tanto de tiempo han interferido **sus problemas emocionales o su salud física con sus actividades sociales diarias?**

5. Todo el tiempo
4. La mayoría del tiempo
3. Algunas veces
2. Ocasionalmente
1. Nada

11.- ¿Qué tan falso o verdadero es cada uno de los siguientes argumentos?

	Definitivamente Verdadero	Mayormente verdadero	No lo se	Mayormente falso	Definitivamente falso
Parece que enfermo más fácilmente que otras personas.	5	4	3	2	1
Estoy tan sana como cualquiera que conozco.	1	2	3	4	5
Espero que mi salud Empeore.	5	4	3	2	1
Mi salud es excelente.	1	2	3	4	5

12.- ¿Cómo se siente en cuanto a su salud mental?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

13.- ¿Cómo se siente en cuanto al servicio de atención psiquiátrica?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

14.- ¿Cómo se siente en cuanto al servicio de atención médica (dentista, medicina general)?

1. Muy satisfecha
2. Satisfecha
3. Indiferente
4. Insatisfecha
5. Muy insatisfecha

RELIGION

1.- ¿Creé usted en Dios?

si (1) no (2)

2.- ¿Asiste a alguna iglesia?

si (1) no (2)

3.- ¿A cual (católica, evangelista)?

4.- ¿Creé que su fe en Dios le ayuda a llevar su enfermedad?

si (1) no (2)

