

**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA
SECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



T E S I S:

“EFECTIVIDAD DE LA PSICOEDUCACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR”

QUE COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE:

**MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD
EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

Presenta:

Médico Cirujano VÍCTOR OCTAVIO LÓPEZ AMARO

Directores de Tesis:

Dra. en C. María de la Luz Sevilla González

Dra. en C. Guadalupe Cleva Villanueva López



México, D.F., Mayo de 2011



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CARTA CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de México el día 31 del mes Mayo del año 2011, el que suscribe Víctor Octavio López Amaro alumno del Programa de Maestría en Ciencias de la Salud con número de registro B092051 adscrito a La Escuela Superior de Medicina, manifiesta que es autor intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección de la Dra. María de la Luz Sevilla González y Dra. Guadalupe Cleva Villanueva López, y cede los derechos del trabajo intitulado **“Eficacia de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastornos depresivos mayor”**, al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección victorama73@hotmail.com. Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.



Víctor Octavio López Amaro

Nombre y firma

Este trabajo fue realizado en la Unidad de Especialidades Médicas, de la Secretaría de la Defensa Nacional, en coordinación con el departamento de psiquiatría del Hospital Central Militar, y bajo la dirección y supervisión de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional.

Agradecimientos:

A mi familia, por soportar tantas locuras y proyectos en mi vida.

Al Instituto Politécnico Nacional, por abrirme sus puertas y tratarme como a uno de sus hijos.

A los colaboradores del Instituto, que siempre tuvieron para nosotros los documentos, un proyector, una extensión, o una sonrisa, y que considero mis amigos.

A mis profesores, por demostrarme que siempre se puede subir más, por enseñarme lo hermoso de compartir la ciencia y por exigirme sabiendo que aun podía dar más de mi mismo.

Índice:

Resumen	7
Abstract	7
I. MARCO TEORICO	8
A. Introducción	8
B. Marco de referencia sobre la psicoeducación	11
C. Concepto de psicoeducación	12
D. Principios del modelo psicoeducativo.	13
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
A. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
III. HIPOTESIS	19
IV. OBJETIVOS	19
V. DISEÑO METODOLÓGICO	19
A. Tipo de estudio	19
B. Variables	21
C. Material y métodos	22
VI. RESULTADOS	25
VII. DISCUSIÓN	31
VIII. CONCLUSIONES	32
IX. BIBLIOGRAFÍA	33
X. ANEXOS	
Anexo A: Hoja de registro	36
Anexo B: Boleto de asistencia	37
Anexo C: Hoja de consentimiento válidamente informado	38
Anexo D: Tabla de aleatorización	39
Anexo E: Cuestionario sobre calidad de vida Q-LES-Q	40
Anexo F: Inventario de actitud hacia la medicación	46

Índice de tablas y figuras:

Tabla 1: Características por grupo de estudio, género y situación dentro del ejército.	25
Tabla 2: Características por grupo de estudio edad, con registro del las medidas de tendencia central.	26
Tabla 3: Características por grupo de estudio y escolaridad.	26
Tabla 4: Características por grupo de estudio y opinión sobre la atención recibida.	27
Tabla 5: Análisis de la comparación entre ambos grupos.	28
Figura 1: Calidad de vida, medias de ambos grupos	29

Resumen.

Con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes con trastorno depresivo mayor, se llevó a cabo un estudio analítico prospectivo longitudinal, en donde se evaluó la aplicación de un programa de psicoeducación en pacientes que acuden a la consulta de psiquiatría. El objetivo fue evaluar la calidad de vida, mediante escalas, en pacientes con trastorno depresivo mayor. Se aleatorizaron 100 pacientes, adultos, con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, integrando dos grupos, el primer grupo recibió psicoeducación y el segundo grupo no la recibió. Todos los participantes recibieron manejo convencional, tratados con psicofármacos y alguna forma de psicoterapia. Al grupo control se le aplicaron escalas clinimétricas (basal), y dos semanas después, se les tomó un nuevo registro mediante una entrevista telefónica. Al grupo en estudio, se le aplicaron los cuestionarios iniciales, recibieron el programa de psicoeducación, y posteriormente se les realizó una entrevista vía telefónica. Se compararon resultados, encontrando diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. Concluimos que un programa breve de psicoeducación interviene en la calidad de vida de los pacientes con trastorno depresivo mayor.

Palabras claves: psicoeducación, trastorno depresivo mayor, calidad de vida.

Abstract.

In order to improve the quality of life of patients with major depressive disorder was conducted a longitudinal prospective analytical study where they evaluated the implementation of a program of psychoeducation in patients attending psychiatric consultation.

The objective was to evaluate the quality of life by scales in patients with major depressive disorder. We randomized 100 adult patients diagnosed with major depressive disorder, integrating two groups, the first group received psychoeducation and the second group did not receive it. All participants received conventional treatment was treated with psychiatric drugs and some form of psychotherapy. The control group is scaled clinimetric (baseline), and two weeks later, they took a new record by a telephone interview. The group under study was applied to the initial questionnaires received psychoeducation program, and subsequently underwent a telephone interview. The results were compared to find statistically significant difference between groups. We conclude that a brief psychoeducational program intervenes in the quality of life of patients with major depressive disorder.

Key Words: psychoeducation, major depressive disorder, quality of life.

I. MARCO TEÓRICO.

A. Introducción.

El trastorno depresivo mayor es una enfermedad comprendida en el espectro de los trastorno del estado de ánimo. Según el DSM-IV-TR^{4,11}, el estado de ánimo es un tono vital interno dominante y sostenido que influye en el comportamiento de las personas y en la percepción del mundo. En el trastorno depresivo, los pacientes experimentan sentimiento severo y prolongado de tristeza sin causa aparente, pérdida de la energía y del interés, sentimiento de culpa, dificultades de concentración, pérdida del apetito, y pensamiento de muerte o suicidio. Estos cambios originan casi siempre un deterioro del funcionamiento interpersonal, social y laboral. Para su diagnóstico, los síntomas deben durar al menos 2 semanas. El diagnóstico se efectúa según los criterios del manual diagnóstico DSM-IV-TR, y se corrobora con una clinimetría estandarizada (escalas de depresión de Hamilton, Beck, u otras). Mucho se ha hecho para entender la causa de la depresión, encontrando alteraciones en diversos neurotransmisores, principalmente serotonina, noradrenalina y dopamina. La base del tratamiento son los antidepresivos en esquemas mayores de 6 meses. La enfermedad es poco comprendida por el paciente y por sus familiares, siendo necesario darles información adicional para mejorar el apego terapéutico. El paciente, por su estado depresivo, decide no tomar su tratamiento, se aísla, y surgen las ideas en torno a la muerte, en ocasiones con plan estructurado de suicidio. En éstos casos, el paciente tiene una pobre visión de su propia enfermedad, y quizás sea el menos indicado para tomar decisiones sobre su propia salud. Es por esto que el apoyo familiar es importante en el tratamiento de esta enfermedad.

Los trastornos depresivos afectan alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo, con una prevalencia estimada de 15 al 25%, siendo mayor en mujeres. La prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente. En México se encontró una prevalencia de episodios depresivos durante la vida (sin excluir al trastorno bipolar) de 8.3%, con un claro predominio de las mujeres^{13, 14,15}. En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos –dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos–, se ubican, respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%). La prevalencia de depresión en adultos en México en el año 2001 fue de 4.5% (IC 95%=4.1, 4.9), con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% (IC 95%=5.2, 6.5).

Cada año, en la consulta externa de Psiquiatría de la Unidad de Especialidades Médicas de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), se proporcionan más de nueve mil consultas a

pacientes con enfermedad mental, siendo, en ambos sexos, los trastornos depresivos los padecimientos más frecuentes ¹.

El curso de la enfermedad depresiva es crónico, fluctuante e incapacitante, con deterioro funcional e incapacidad laboral. 50% de los casos inician antes de los 40 años, tiene una duración de 6 a 13 meses sin tratamiento y de 3 meses con tratamiento. 25% de los pacientes recurren en los primeros 6 meses y 50% recurren en los primeros 2 años. 50 a 75% recurren en los primeros 5 años.

Además del control de los síntomas, es necesario valorar y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Es conveniente que pacientes y familiares aprendan a vivir con la enfermedad mental, se desarrollen en sus entornos familiar y social, y no se vea afectada su calidad de vida. A pesar del esfuerzo, las recaídas son frecuentes. La familia del paciente influye directa o indirectamente, modificando los factores que más comúnmente generan recaídas.

Los factores que más frecuentes ocasionan recaídas en los pacientes son los siguientes:

1. Mal apego al tratamiento: inasistencia a citas de seguimiento, no respetar las indicaciones médicas o no tomar los fármacos como están indicados. Son frecuentes los consejos al paciente por parte de personas allegadas, los cuales pueden influir en forma positiva o negativa, según el caso.
2. Consumo de sustancias: ilícitas o lícitas, que generen principalmente alteraciones neuroconductuales o que afecten vías metabólicas, entre las que podemos mencionar, drogas de abuso, tabaco, té y remedios caseros.
3. Factores estresantes dentro de su entorno familiar/social (emoción expresada).

En los últimos años, los psicofármacos han sido una herramienta básica² (Grado de confianza I: recomendación con una confianza clínica considerable) para contener los síntomas, pero también se ha visto la importancia del trabajo psicoterapéutico, el cual aumenta la eficacia del tratamiento en psiquiatría^{3,4}. Actualmente no basta con contener los síntomas del paciente, es necesario mejorar la calidad de vida del paciente con trastorno depresivo mayor, reintegrarlo a su entorno familiar, social y laboral, y tratar de prevenir las recaídas, o por lo menos disminuirlas en frecuencia. La Psicoeducación surge como una respuesta a las necesidades más integrales de abordaje de la enfermedad mental⁵, convirtiendo a paciente y familiares en colaboradores activos en el tratamiento de la enfermedad^{6,7}, para tratar de mejorar el apego terapéutico, crear ambientes bajos en estresores, y disminuir la probabilidad de recaída.

La educación y la salud se han unido en beneficio de los pacientes. Cuando se educa, se desarrolla en los individuos conductas sanas para evitar daños a la salud, propia y de la comunidad. La prevención primaria no es la única modalidad de educación; abarca desde medidas para evitar la aparición de enfermedad, la prevención secundaria que limita los daños y la prevención terciaria que rehabilita las capacidades y funciones comprometidas por dichos daños.

La labor de la educación en salud puede extenderse a las actividades curativas y a las de rehabilitación, y por lo tanto, al campo de la medicina especializada⁸. El nuevo modelo de cuidados para la salud es conocer de la enfermedad, comprenderla y participar en su atención⁹. En éste rubro, la educación para la salud resulta un producto sustentable y punto de partida de una aproximación metodológica desarrollada durante los últimos 30 años y que hasta hoy conocemos como “psicoeducación”⁹, surgida del trabajo con familias de pacientes afectados por esquizofrenia^{8,9}, y que se ha extendido su uso a otras patologías mentales.

Una de las obligaciones de cualquier médico ha sido educar para preservar la salud, aunque este planteamiento se generaliza en una suposición. El médico es un personaje que conoce de la enfermedad, pregunta, formula un diagnóstico y propone un tratamiento. Cuando el paciente requiere información sobre su enfermedad, el médico puede y debe responder, en términos accesibles y dando a entender que lo fundamental es que se cumplan sus instrucciones y con el claro objetivo del máximo beneficio para el paciente. Algo muy similar ha sucedido en el campo de la atención psiquiátrica y las psicoterapias. El mecanismo patogénico de las enfermedades mentales es poco comprendido por los pacientes y su familia, pero al conocerlos, pueden ser mejores colaboradores en el tratamiento de la enfermedad. Conocer de la enfermedad, comprenderla y participar en su atención parecen ser los pilares básicos del nuevo modelo de cuidado de la salud; y es en éste punto donde la psicoeducación resulta de gran utilidad en el tratamiento de la enfermedad mental. Los actuales protocolos de manejo buscan, además de eliminar los síntomas e intervenir en la etiología de la enfermedad, mejorar la funcionalidad, la independencia del paciente, y una mejor calidad de vida, en su entorno familiar, social y laboral. Se define como calidad de vida¹² al grado con el que se experimenta placer y satisfacción, en diversas áreas de la vida, tales como estado de salud física, estado de ánimo, en el área laboral o escolar, en las actividades del tiempo libre, en las relaciones sociales y familiares, y en la actitud general. Dos puntos importantes para mejorar la calidad de vida son prevenir las recaídas y mejorar el apego terapéutico (alianza terapéutica). Cada vez se busca más hacer partícipe a los familiares del paciente sobre la enfermedad, para apoyar al tratamiento y tomar la mejor decisión. Se difunde más información sobre la enfermedad mental, para que paciente y familiar, tomen conciencia del problema, y se cumplan en forma satisfactorias los objetivos de los tratamientos. La psicoeducación trata de integrar a los familiares a la solución de los problemas del paciente con enfermedad mental. Actualmente se cuenta con guías de psicoeducación, aplicadas en diversos escenarios y en diversas enfermedades, en donde se busca disminuir las recaídas y mejorar el apego terapéutico. Pretendemos con éste trabajo valorar la calidad de vida de los pacientes con depresión a los cuales se les ha brinda psicoeducación. Es claro que la psicoeducación es eficaz en disminuir las recaídas y mejorar el apego terapéutico, pero nuestro trabajo sustenta su utilidad en mejorar la calidad de vida de los pacientes.

B. Marco de referencia sobre la psicoeducación.

El término “psicoeducación” ha sido popularizado por los psicólogos clínicos Carol M. Anderson y Douglas J. Reiss y por el Trabajador Social Gerard E. Hogarty, de la Universidad de Pittsburgh, para referirse a una serie de principios metodológicos^{9, 10}. El punto de partida del trabajo psicoeducativo lo constituyeron las necesidades de las familias de los enfermos de esquizofrenia⁵. En la década de los sesenta, y debido al empleo reciente de fármacos antipsicóticos para estos enfermos, la ocupación de los hospitales psiquiátricos disminuyó de manera drástica, modificando en consecuencia la política de hospitalización que hasta entonces existía. Los asilos permanentes se substituyeron en forma paulatina por propuestas de inserción comunitaria y familiar. Para muchas familias de enfermos representó un problema grave con la necesidad de apoyo por parte de los servicios de salud. Los modelos terapéuticos existentes hasta entonces, especialmente el modelo psicoanalítico, resultó poco útil en esta labor, y muchas veces incluso agravó las dificultades de convivencia de enfermo y familia ante las implicaciones del proceso de terapia. El modelo psicoanalítico explica la génesis de la psicopatología en los eventos psicopatológicos en la experiencia infantil temprana. De estos modelos surgen propuestas como la de Sullivan para explicar el proceso psicótico, pero consigue hacer poco por las familias de estos pacientes. Bateson¹³ basaba sus postulados en la comunicación entre los miembros de una familia, sus desviaciones y las implicaciones de ellas en el proceso psicótico, en las que se basan los modelos de terapia familiar de tipo sistémico, pero tampoco avanzó en la adaptación de los enfermos mentales y sus familias. Ambos modelos teóricos, el psicoanalítico y el sistémico, se caracterizan por un marco teórico complejo y por lo tanto escasamente accesible a la mayoría de los trabajadores de la salud responsables del trabajo con familias pacientes con enfermedad mental. Uno de los antecedentes más importantes en el camino a la psicoeducación son los trabajos de George Brown¹⁴, al describir lo que llamó “emoción expresada”. El concepto nace de la observación empírica de interacciones entre esquizofrénicos y sus familiares, en las que en tanto más intolerantes, sobre involucrados, hostiles y críticos son los familiares, más frecuentes son las recaídas en los enfermos.

En su descripción original Brown¹⁴ establece cinco componentes para definir el constructo “emoción expresada”:

1. Emociones de cualquier tipo expresadas acerca del paciente
2. Hostilidad expresada hacia el paciente
3. Comportamiento dominante o directivo hacia el paciente
4. Emoción expresada por el paciente hacia sus familiares
5. Hostilidad expresada por el paciente hacia sus familiares.

Existe una relación directa entre mayor emoción expresada (mediante valor numérico) y las dificultades de adaptación del paciente, haciendo más frecuentes las recaídas. Con las propuestas de Brown¹⁴, se identificó un patrón de interacción familiar determinado que es posible asociar con

una mayor frecuencia de recaídas, y a partir de ahí la posibilidad de intervenir para evitar ese patrón mediante el entrenamiento. Los antecedentes necesarios para que aparezcan programas de entrenamiento a familias de enfermos mentales fueron la necesidad de trabajar con pacientes en la comunidad (disminuir los periodos de hospitalización) y la importancia de simplificar esta aproximación para hacerla accesible a la población. Este tipo de programas, conocidos en principio sencillamente como “intervenciones psicosociales” tienen en común cuatro características¹⁵:

1. Reconocer los trastornos psiquiátricos como una enfermedad.
2. Reconocer que el ambiente familiar no está implicado en su etiología.
3. Las familias son involucradas como agentes terapéuticos.
4. Las intervenciones son parte de un paquete de tratamiento que utiliza además tratamiento farmacológico y manejo clínico de rutina.

A partir de 1978 aparecieron un gran número de autores, clínicas y grupos que mediante diversos modelos de intervención psicosocial, buscaron documentar la eficacia de sus propuestas, destacando varios autores como Goldstein, Hogarty, Fallon, Tarrrier, McFarlane, y Schooler^{16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23}, con series amplias de sujetos y familias estudiados, los cuales documentaron una disminución en las recaídas en los pacientes cuyas familias fueron tratadas, y sustentaron que es factible influir en la evolución de padecimientos mentales mediante el entrenamiento familiar. Es necesario señalar que el propósito general de la psicoeducación nada tiene que ver con curar la enfermedad mental, ni mucho menos con volverse una alternativa en antagonismo con otras como la terapia farmacológica. Los expertos en el tema¹⁵, no hablan de evitar las recaídas, e insisten en que se ha logrado únicamente retrasarlas.

C. Concepto de psicoeducación.

De acuerdo con Hogarty¹⁷, la psicoeducación: consiste en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares del paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. Esta propuesta parte de la creencia de que los familiares generalmente son los principales cuidadores del paciente y por lo tanto necesitan también recibir atención y apoyo por parte de los servicios de salud mental. Esta atención debe redundar en primer término en beneficio del paciente, y su objetivo debe ser mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia, creando ambientes favorables, y tratar de disminuir así la probabilidad de recaídas. De manera más específica, se pretende que la vulnerabilidad del paciente vaya en decremento, y que mejoren su funcionamiento cognitivo y su motivación. Por otra parte se busca que la ansiedad de los familiares disminuya a través de apoyo y la información acerca de la enfermedad. A estos comportamientos se les denomina competencias⁵.

D. Principios del modelo psicoeducativo.

1. El trabajo está basado en la creación de una alianza terapéutica que promueve una relación de trabajo con el paciente y la familia.
2. Se proporciona información acerca de la enfermedad y del manejo al paciente y los miembros de la familia.
3. Se propicia un ambiente familiar, laboral y social que promueva la permanencia y el soporte del paciente en la comunidad, especialmente en enfermedades graves.
4. Pretende integrar de manera gradual al paciente a su rol familiar, social y vocacional.
5. Se busca lograr continuidad en el cuidado del paciente y vinculación institucional tanto para el paciente como para la familia.
6. Las intervenciones psicoeducativas tienen diferentes modalidades que van desde la orientación y apoyo familiar, hasta el manejo psicoeducativo comunitario, pasando por el manejo psicoeducativo de una sola familia o multifamiliar, en donde se trabaja con varias familias que comparten la misma problemática. Esta última modalidad ha sido documentada como la más efectiva debido a la retroalimentación que se propicia entre diferentes familias. En general se puede decir que todas las modalidades psicoeducativas comparten tres aspectos básicos:
 - i. Se dirigen principalmente a ayudar a los familiares del paciente, dejando de lado el reproche y la culpa.
 - ii. El reconocimiento de que el ambiente familiar no se encuentra implicado en la etiología de la enfermedad del paciente.
 - iii. Buscan reforzar las habilidades y competencias de los familiares, sin enfatizar los déficits.
7. El tratamiento psicoeducativo se organiza en las siguientes cuatro etapas:
 - i. Etapa de involucramiento familiar.
 - ii. Etapa de información y orientación en cuanto a la enfermedad.
 - iii. Etapa de entrenamiento en la solución de problemas concretos para el manejo en el hogar.
 - iv. Etapa de facilitación de la rehabilitación social y vocacional del paciente.

Involucramiento familiar.

Esta etapa es fundamental y requiere de todas las habilidades del terapeuta para establecer una verdadera alianza terapéutica entre el clínico y la familia, de manera que pueda beneficiarse al paciente. Para ello es necesario mostrar al familiar que se está trabajando en equipo (familia y paciente) por un objetivo común, la rehabilitación del paciente. Antes de poder hacer propuestas o sugerencias a los familiares, es indispensable conocer cuáles han sido las estrategias utilizadas en el pasado y cuáles son los recursos con los que se cuenta para afrontar la enfermedad. Una vez analizado este punto, es posible enfocarse constructivamente en aquellas habilidades y estrategias

que ya se tienen, para reforzarlas y entrenar nuevas competencias, partiendo siempre del nivel actual de la familia que más se acerque a las conductas adecuadas.

Estrategias del clínico para el involucramiento familiar:

1. Estar disponible para la familia en los momentos más importantes: Es recomendable hacer contacto en el momento en que el familiar acude a atender la crisis de su enfermo, ofreciéndole el apoyo necesario y obteniendo información acerca del paciente, tanto de la historia del padecimiento como del episodio actual.
2. El clínico debe enfocar su atención a la crisis actual y analizar cuáles son las razones por las cuales la familia busca atención para el paciente en ese momento, comprendiendo sentimientos, necesidades y fuentes de estrés, para otorgar apoyo adicional.
3. Tratar a los miembros de la familia como personas sanas con capacidad de tomar decisiones, respetando sus preocupaciones y prioridades, reconociendo lo que han hecho para ayudar al paciente.
4. Atender a las preocupaciones de la familia y fortalecer los apoyos disponibles. Después de una evaluación cuidadosa de los recursos disponibles, la labor del clínico es aumentarlos o hacerlos más eficientes. Una alternativa que puede ser de mucho apoyo emocional es la participación adicional en grupos de autoayuda. Esto refuerza la importancia de las necesidades de cada miembro de la familia, facilitando los contactos sociales y el esparcimiento que son indispensables.
5. Preparar a la familia para elaborar un contrato. Después de analizar las expectativas de la familia, es importante lograr un acuerdo por escrito en donde se establezcan los compromisos de cada uno de los participantes para el logro de las metas de la terapia, así como la especificación de los aspectos prácticos, tales como frecuencia de contacto, número y duración de las sesiones.
6. Involucrar gradualmente al paciente a través de las sesiones, con el fin de que el paciente conozca de su enfermedad y adquiera también habilidades. Esto adicionalmente permite observar la interacción entre la familia y el paciente, así como la puesta en práctica de las habilidades.

Etapa de información

En esta etapa se proporciona información actualizada acerca del trastorno, sus síntomas principales, su frecuencia, etiología y tratamiento. Para ello, se recomienda presentar la información de la manera más clara posible en sesiones cortas, especificando los términos médicos y analizando cuáles son las experiencias personales que cada familiar ha tenido en el contacto con la enfermedad.

La participación del equipo multidisciplinario de salud mental es fundamental en esta etapa debido a que la información sobre el tratamiento debe ser subrayada, señalando todas las alternativas actuales posibles, desde el tratamiento farmacológico hasta la terapia social, describiendo con claridad los efectos sobre la enfermedad. La evaluación de las necesidades del paciente y la familia continúa en esta etapa, en donde el clínico debe estar capacitado para atender a todas las dudas e inquietudes de la familia, analizando las reacciones de cada uno de los miembros.

Estrategias del clínico en la etapa de información.

1. Tener conocimientos actualizados sobre la enfermedad y los tratamientos disponibles. Además de tener la responsabilidad de conocer el padecimiento a profundidad, así como los tratamientos disponibles, el clínico debe desarrollar habilidades para comunicar esta información de una manera clara y accesible a las familias.
2. Participar de manera interdisciplinaria y reconocer el papel que cada uno de los profesionales de salud mental tienen en el manejo de la enfermedad. Es indispensable una visión multidisciplinaria, con el reconocimiento y respeto de las labores de cada uno de los profesionales de la salud mental, para poder explicar a las familias el tratamiento integral que puede favorecer a sus enfermos.
3. Ser sensible y capaz de responder a las demandas de la familia. Es importante recordar que las sesiones de información tienen el objetivo principal de resolver las inquietudes y demandas de los familiares, más que dar prestigio al clínico o descalificar al familiar.
4. Analizar las reacciones de la familia a la información. Es frecuente que la información científica que se proporciona contradiga los esquemas o creencias tradicionales que se tienen acerca del padecimiento, por lo cual es importante analizar cuál es el impacto que esta información va teniendo en los familiares y cómo acomodan estos nuevos datos con sus esquemas tradicionales.

Etapa de entrenamiento.

Al inicio de esta etapa es importante conocer cuáles son las dificultades cotidianas más comunes que enfrentan estas familias en el manejo del enfermo en el hogar. Una vez realizada esta evaluación, se proporciona entrenamiento a los familiares en habilidades y competencias específicas relacionadas con estas situaciones. En general esta etapa se divide en dos fases: la primera fase se enfoca en el entrenamiento de habilidades para el manejo del enfermo y la segunda, habilidades alternativas para el control del estrés. En la primera fase, se trabaja con habilidades de comunicación, se fortalecen competencias de los familiares para mejorar la alimentación del paciente, las habilidades de autocuidado (como higiene personal), la adherencia terapéutica, la rutina diaria; y para controlar las conductas problemáticas. En la segunda fase se entrena al familiar en técnicas de solución de problemas, relajación, asertividad y habilidades

sociales. Estas técnicas pueden ser de gran utilidad en la vida diaria para manejar y controlar situaciones estresantes.

Estrategias del clínico en la etapa de entrenamiento.

1. Principios metodológicos.

- i. El terapeuta debe analizar con precaución cuáles son los problemas más comunes que enfrentan estas familias y darle la jerarquía adecuada en base a la importancia que tienen para ellos.
- ii. El clínico se familiariza con la dinámica de la familia y sus necesidades, para a partir de ello auxiliar en la elaboración de una rutina de actividades adecuada.
- iii. El papel de agente de comunicación del terapeuta se hace evidente cuando se enfrenta a la necesidad de modelar y entrenar una comunicación adecuada entre los miembros de la familia.
- iv. El familiar debe ir adquiriendo la responsabilidad de aumentar las habilidades de autocuidado del paciente. Para esto se requiere modelar instrucciones y acciones que aumenten la motivación del paciente y la participación en estas actividades.
- v. A lo largo de esta etapa del tratamiento, se transfiere al familiar el papel de agente de cambio de conducta del paciente enseñándole técnicas y competencias adecuadas de modificación de conducta.
- vi. El entrenamiento del familiar en el manejo de situaciones de recaída o crisis es algo fundamental en esta etapa del tratamiento. A pesar del avance logrado, la probabilidad de recaída del paciente está presente, para lo cual la familia debe estar instruida en la detección de síntomas de alarma, así como en competencias adecuadas para manejar esta situación.
- vii. Se entrena a las familias en estrategias de automanejo enfocadas al manejo de conflictos y solución de problemas en la vida diaria.

Etapa de rehabilitación social y vocacional.

En la etapa final del tratamiento se busca la resocialización del paciente y la familia. Se pretende que el paciente pueda realizar sus actividades en forma independiente y sea capaz de cumplir con ciertas responsabilidades.

El trabajo remunerado y la participación en reuniones sociales son metas a lograr en esta fase de la terapia. Para poder lograr estas metas, es necesario partir de la resocialización de la familia, que con bastante frecuencia tiende también a aislarse de sus actividades sociales. No sólo en esta etapa, sino a lo largo del tratamiento es importante que la familia conserve dentro de lo posible sus contactos sociales y se apoye en otros amigos y familiares. La resocialización del paciente debe ser gradual y puede partir desde los contactos con los mismos miembros de la familia, pasando por

los amigos y posteriormente reuniones sociales más extensas. De igual manera las actividades vocacionales pueden fomentarse desde el hogar, iniciando con tareas o responsabilidades sencillas en casa que puedan ser remuneradas, hasta ayudar al paciente a buscar un empleo.

Estrategias del clínico en la etapa de rehabilitación social y vocacional.

1. El terapeuta debe evitar que el paciente sea sobreprotegido. El concepto de la enfermedad debe quedar claro para el familiar, de manera que comprenda que el sujeto tiene tanto la capacidad como la necesidad de desempeñar actividades y que además estas actividades serán determinantes para su recuperación.
2. Se debe otorgar al familiar la responsabilidad de establecer reglas claras y específicas a cumplir para todos los miembros de la familia sin excluir al paciente. Parte de la recuperación del paciente está determinada por las expectativas que tienen los familiares de éste, y por el papel que le otorgan en el hogar (como un “enfermo” o como un miembro más de la familia que tiene las mismas responsabilidades y privilegios).
3. El clínico debe influir en la organización familiar para el manejo del enfermo, de manera que se logre la participación de todos los miembros y de esta manera se evite el frecuente desgaste de uno de ellos. Sólo de esta forma será posible que la familia continúe con sus actividades sociales.
4. El entrenamiento familiar para ir moldeando el comportamiento del paciente de manera que inicie con actividades y contactos sociales sencillos, hasta incrementar su rutina diaria y dedicarse a un trabajo remunerado es una tarea del terapeuta en esta etapa.
5. El clínico a través de reforzar los avances de la familia, puede instruir al mismo tiempo a ésta, para que reconozca los logros del paciente y le motive a realizar actividades sociales y laborales.

Problemas comunes del tratamiento psicoeducativo.

Dentro del manejo psicoeducativo uno de los principales problemas con los que nos enfrentamos, es la inconsistencia de los familiares en cuanto a la participación en las sesiones de tratamiento.

Obviamente el trabajo que se lleva a cabo en la primera etapa de involucramiento es fundamental para evitar esta problemática, además de la realización que se cuenta para enganchar adecuadamente a la familia, acudiendo a los recordatorios por escrito, llamadas telefónicas y principalmente mostrando al familiar que el tiempo que él invierte en el tratamiento, se le reedituará, en cuanto el paciente tenga una vida más independiente. En ocasiones son otras dificultades familiares las que impiden a la familia integrarse realmente al tratamiento. Por ello en la metodología se considera la evaluación de este tipo de situaciones y la atención individual de otros miembros de la familia en el caso de que esto sea requerido. Además, es importante que el terapeuta asuma un papel más directivo en aquellas situaciones en donde la familia tiene

impedimentos o dificultades para tomar sus propias decisiones. Finalmente este modelo también considera la necesidad de aumentar las redes de apoyo social de estas familias.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. El trastorno depresivo mayor es una enfermedad incapacitante, de curso es crónico, fluctuante, y produce un deterioro social y laboral importante. Afecta la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.
2. El paciente y sus familiares desconocen sobre la enfermedad. En ocasiones es la misma familia la que cuestiona el empleo de fármacos, recomienda su suspensión, genera ambientes estresantes o genera problemas en la convivencia.
3. Cuando el paciente y su familia conocen sobre las enfermedades, se genera conciencia de enfermedad, se disminuyen las tensiones intrafamiliares, se hace posible la toma conjunta de decisiones (familia-paciente-medico tratante), se disminuye la incertidumbre y se logra un mayor apego al tratamiento.
4. La psicoeducación es un sistema organizado para brindarle información y educación al paciente y a su familia sobre la enfermedad mental, transformándolos en participantes activos, con el objetivo de mejorar el apego al tratamiento y disminuir las recaídas. A su vez disminuye las emociones expresadas y los estresores de tipo familiar, debiendo a su vez mejorar su calidad de vida.
5. Por lo tanto, al brindarle psicoeducación a nuestros pacientes, debe de mejorar la calidad de los pacientes.

A. Pregunta de investigación:

¿Cuál es la efectividad de la psicoeducación para mejorar la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor?

III. HIPÓTESIS.

La psicoeducación es efectiva para mejorar 30 puntos la calidad de vida de los pacientes con trastorno depresivo mayor.

IV. OBJETIVOS.

B. General

Evaluar la calidad de vida en pacientes que reciben psicoeducación, y compararla con pacientes que no la reciben, como parte del tratamiento del trastorno depresivo mayor.

C. Particulares

1. Aplicar un programa de psicoeducación para pacientes con trastorno depresivo mayor, ajustado a nuestro entorno de atención psiquiátrica.
2. Evaluar la efectividad del programa, en cuanto a la calidad de vida, y compararlo con un grupo que no reciba psicoeducación.

V. DISEÑO METODOLÓGICO.

A. Tipo de estudio.

Ensayo clínico: estudio experimental, comparativo (analítico), aleatorizado, prospectivo, longitudinal.

a. Población:

Pacientes masculinos y femeninos, entre 18 y 60 años de edad, que presentaron trastorno depresivo mayor, que acudieron a la consulta externa de psiquiatría en forma habitual, acompañados por su familia, que en forma voluntaria acepten participar en el diseño experimental.

b. Tamaño de la muestra:

Fórmula para comparación de dos medias:

Substitución:

Aceptando un riesgo de 0.05 y un poder estadístico de 90% para detectar diferencias si es que existen:

$$= 1.645$$

(Desviación estándar (se analizó una muestra piloto para comparar cual es el rango en que se presenta el factor calidad de vida en nuestra población))

(Diferencia esperable)

(se agrega 10% por las probables perdidas de información o de pacientes durante el procedimiento).

pacientes por grupo.

c. Selección de la muestra:

Se realizó una invitación general a los pacientes que acuden a consulta externa de psiquiatría por presentar trastorno depresivo mayor, diagnosticada y tratada en consulta externa de psiquiatría de la unidad de especialidades médicas. Se ingresaron 50 pacientes por grupo, voluntarios y que contaran con criterios de entrada y salida. Una vez que cada participante (y familiares) aceptaron ingresar al estudio, se pidió su autorización escrita para participar, y posteriormente aleatorizaron, (conforme el anexo "D": tabla de aleatorización), ingresando al grupo A (intervención, caso o experimental) o grupo B (no intervención o control), teniendo cada paciente la misma probabilidad de ingresar a cualquiera de los dos grupos.

d. Se utilizaron los siguientes criterios de entrada y salida:

1. Criterios de entrada:

i. Criterios de inclusión.

(A) Pacientes adultos, ambos sexos, entre 18 a 60 años, con trastorno depresivo mayor, según la definición del DSM IV-TR, que en forma regular asisten a sus citas de control y seguimiento en la consulta externa de la unidad de especialidades médicas, consulta externa de psiquiatría, y que acepten participar en el protocolo de investigación acompañados por su familiar (se indica que sea un familiar cercano, y que tenga participación en el seguimiento del paciente).

(B) Que cuenten al menos con un familiar cercano, y que éste esté al tanto del padecimiento y acepte acompañar al paciente a las sesiones de psicoeducación.

ii. Criterios de no inclusión.

(A) Pacientes que no aceptaron ingresar al protocolo.

(B) Pacientes que no cuentan con familiares que los acompañen en sus citas y en el programa de psicoeducación.

- (C) Pacientes que no cuenten con familiares que conozcan sobre la enfermedad del paciente, o que no tengan la capacidad de apoyar al paciente (por enfermedad o incapacidad).

2. Criterios de salida.

i. Criterios de exclusión.

- (A) Pacientes que presentaron recaída durante la aplicación del programa de psicoeducación, que le impidió completar las sesiones.
- (B) Pacientes que durante el desarrollo del programa presentaron alguna enfermedad médica que requirió manejo hospitalario, y que imposibilitó completar el programa de psicoeducación.
- (C) Pacientes que no asistieron a las sesiones, por diversas causas.
- (D) Familiares poco cooperadores al protocolo, o que durante el desarrollo del proyecto presentaron una enfermedad mental, deterioro neurológico o enfermedad médica que impidió el desarrollo del programa de psicoeducación.
- (E) Pacientes que no completaron las encuestas, omitieron datos o dieron datos falsos que imposibilitaron el seguimiento del caso.

ii. Criterios de eliminación.

- (A) Pacientes que retiraron su consentimiento informado.
- (B) Pacientes fallecidos durante el estudio, por causas ajenas al protocolo.

B. VARIABLES.

a. Independiente.

1. Aplicación de programa de psicoeducación.

Definición: Es la aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

2. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica.

3. Valores de referencia: se aplica o no psicoeducación.

b. Variable dependiente.

1. Calidad de vida:

Definición: reflejo del impacto de la enfermedad mental en la vida de las personas, en las necesidades individuales y en las expectativas de la sociedad.

2. Tipo de variable: cuantitativa discreta.

3. Medida: se aplicará el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q) para obtener el valor basal y registro posterior a la aplicación de la psicoeducación.
4. Tipo de análisis: Se analizarán mediante t de Student para grupos dependientes.
5. Plan de análisis: el estudio está integrado por dos grupos. En cada uno de los grupos se tomará registro inicial y registro a las 2 semanas. Se analizarán los cambios ocurridos desde el inicio (registro o basal) y al final del tiempo de evaluación.

C. MATERIAL Y METODOS.

En el estudio participaron la totalidad de médicos y enfermeras adscritos al servicio de psiquiatría, tanto del área de consulta externa como de hospitalización, materializándose una labor coordinada en apoyo del paciente.

Se realizó la siguiente metodología:

- a. Se determinó n (muestra de la población).
- b. Se realizó una invitación general a pacientes que acuden a la consulta externa de psiquiatría y que cuentan con los criterios de entrada y salida para el proyecto de investigación (obtención de la muestra). Para esto se colocaron 4 carteles visibles en el área de la consulta, uno en cada puerta de los consultorios, y se elaboraron y repartieron volantes con la información correspondiente.
- c. A los participantes voluntarios, se les mostró la hoja de autorización y un bosquejo sobre el contenido del trabajo, la importancia del estudio y los criterios de entrada y salida (Anexo "C": Formato de hoja de Consentimiento válidamente informado). Una vez que cada participante (y familiares) aceptaron su ingreso al estudio, se les dio a firmar la hoja de autorización de procedimiento, e inmediatamente después se realizó la aleatorización (conforme la tabla del anexo "D"), ingresando al grupo A (intervención, caso o experimental) o al grupo B (no intervención o control), teniendo cada paciente la misma probabilidad de ingresar a cualquiera de los dos grupos.
- d. A todos por igual se les registraron sus datos personales y epidemiológicos, se aplicó la escala de calidad de vida Q-Les-Q (anexo "E"), y la escala de aptitudes a la medicación (anexo "F"). Ambas escalas, según el manual correspondiente, pueden ser aplicadas por un entrevistador o puede ser auto aplicada. Con el objetivo de unificar los registros, el primer registro (basal) se aplicó en formato auto aplicado, al momento de aceptar ingresar al estudio experimental, independientemente si

formarían el grupo A ó grupo B. La siguiente encuesta se realizó vía telefónica, tanto los del grupo A como los del grupo B, empleando una entrevistadora, capacitada para realizarla. La entrevistadora desconocía a que grupo pertenecía el encuestado (estudio ciego). Se hicieron coincidir los tiempos de aplicación en ambos grupos.

- e. A los integrantes del grupo A, se les dio un boleto foliado con el cual acudieron a las sesiones de psicoeducación, mismas que se describen posteriormente. Al grupo B no se les dio boleto ni cita para las sesiones.
- f. Al grupo experimental, además del registro y aplicación de escalas, se incluyó en el programa de psicoeducación, el cual cuenta con las siguientes características y contenido:
 1. Formato de la psicoeducación: familia-familia. Asiste el paciente acompañado de su familia. El programa está dirigido a ambos, pero los cambios se esperan en el paciente.
 2. Horario y fechas: miércoles de los meses de enero, febrero y marzo del 2011 (semanalmente), 1 hora de sesión más el tiempo necesario para solucionar dudas. Se realizaron 2 sesiones con el material psicoeducativo, requiriendo repetirla en 2 ocasiones para completar la muestra requerida para el proyecto de investigación.
 3. Ponente: Médico cirujano, especialista en psiquiatría Víctor Octavio López Amaro, basado en las guías de psicoeducación.
 4. Lugar: auditorio de la Unidad de especialidades médicas (SEDENA).
 5. Material empleado: un aula de usos múltiples (auditorio de la unidad de especialidades médicas), con sillas y mesas propias del área; una computadora y cañón proyector, para mostrar las diapositivas del programa; y diapositivas del tema.
 6. El contenido de las presentaciones se estructuró en 4 etapas, :
 - i. Etapa de involucramiento familiar.
 - ii. Etapa de información y orientación en cuanto a la enfermedad.
 - iii. Etapa de entrenamiento en la solución de problemas concretos para el manejo en el hogar.
 - iv. Etapa de facilitación de la rehabilitación social y vocacional del paciente.
 7. Contenido de las presentaciones:
 - i. Conceptos sobre la enfermedad mental, sobre el trastorno depresivo, su etiología y su incidencia.
 - ii. Reconocimiento de la enfermedad mental.

- iii. Reconocer que el ambiente familiar no está implicado en la etiología de la enfermedad (este punto es importante para manejo del sentimiento de culpa de los familiares y se enfoquen en el tratamiento y apoyo del paciente, esforzarse en las habilidades y competencias de los familiares, sin enfatizar las deficiencias).
 - iv. Emoción expresada y la importancia de un ambiente adecuado (familiar y social). Integración del paciente en los roles familiares y sociales.
 - v. Identificación de los signos de recaída y recomendaciones de manejo. Conductas ante la recaída del paciente.
 - vi. Fármacos: su importancia en el manejo del trastorno depresivo mayor, y la necesidad de llevar a cabo el tratamiento en forma rutinaria.
 - vii. Manejo de límites y la comunicación.
- g. Al final de cada presentación se dio tiempo suficiente (aproximadamente una hora), para responder preguntas a los asistentes, en relación a situaciones particulares, problemas personales y familiares, y dudas que surgieran durante la presentación, con el objetivo principal de mejorar la relación médico paciente y generar confianza con el grupo de trabajo de salud mental.
- h. Una vez transcurrido el periodo de psicoeducación, a éste grupo (grupo A), se le realizó una entrevista vía telefónica, de las mismas características que al grupo B, en donde se les aplicó la escala Q-Les-Q y de aptitud a la medicación.

Se integraron los datos, se registraron en una hoja de archivo electrónico SPSS, versión 12.0.0 for Windows (11 nov 2003) con número de registro 56554. Y se realizó el análisis estadístico, con estadística descriptiva e inferencial.

VI. RESULTADOS.

Se captaron un total de 108 pacientes, 58 del grupo A (experimental) y 50 del grupo B (controles). Se registraron en el grupo A 13 pacientes masculinos y 45 femeninos, y en grupo B, 16 masculinos y 34 femeninos. En cuanto al estado civil, nivel de estudios terminados y medico tratante no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos

TABLA 1

**CARACTERÍSTICAS POR GRUPO DE ESTUDIO, GÉNERO Y
SITUACIÓN DENTRO DEL EJÉRCITO.**

Grupo	Total pacientes	Género		Situación	
		Masculino	Femenino	Militares	Derechohabientes
A	58	13	45	5	53
B	50	16	34	4	46
Total	108	29	79	9	99

Registro del total de pacientes que participaron en el proyecto. No hay diferencia entre ambos grupos.

Fuente: Directa.

TABLA 2

CARACTERÍSTICAS POR GRUPO DE ESTUDIO EDAD, CON REGISTRO DEL LAS MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL.

Grupo	Total pacientes	Edad				
		Promedio	Mediana	Moda	Desviación estándar	Varianza
A	58	46.85	47.5	Sin valor	11.44	131.08
B	50	39.57	41	Sin valor	16.7	258.25

Total	108
--------------	------------

Registro del total de pacientes que culminaron el proyecto de investigación y el reporte de su edad.

Fuente: Directa.

TABLA 3

CARACTERÍSTICAS POR GRUPO DE ESTUDIO Y ESCOLARIDAD.

Grupo	Total pacientes	Escolaridad				
		Primaria	Secundaria	Bachillerato	licenciatura o superior	ninguna
A	58	18	24	12	4	0
B	50	21	19	7	3	0

Total	108	39	43	19	7	0
--------------	------------	----	----	----	---	---

Registro de la escolaridad de los pacientes en estudio.

Fuente: Directa.

TABLA 4

**CARACTERÍSTICAS POR GRUPO DE ESTUDIO Y
OPINIÓN SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA.**

Grupo	Total pacientes	Opinión sobre la atención recibida			
		Excelente	Buena	Regular	Deficiente
A	58	23	26	9	0
B	50	15	32	2	1
Total	108	38	58	11	1

Opinión de los pacientes sobre el servicio que se les brinda. Dato recabado de las hojas de registro que se les brindaron a los pacientes.

Fuente: Directa.

En cuanto a la edad, el grupo A presentó un promedio de 46.85 años, una mediana de 47.5 años, sin valor en la moda, una desviación estándar de 11.44 y una varianza de 131.08. En cuanto al grupo B, se encontró un promedio de 39.57, una mediana de 41, y tampoco se registro valor moda; presentó una desviación estándar de 16.07 y una varianza de 258.25. En cuanto al estado civil, nivel de estudios terminados y medico tratante no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Se compararon ambos grupos mediante t de student para grupos dependientes, encontrando los siguientes resultados:

En el grupo A, con un intervalo de confianza de 95%, y 57 grados de libertad, se obtuvo una t de -2.436 (P=0.025), encontrando una diferencia estadísticamente significativa entre el registro basal y la segunda toma.

En el grupo B, con un intervalo de confianza de 95%, y 49 grados de libertad, se obtuvo una t de -1.686 (P=0.113), no encontrando una diferencia estadísticamente significativa entre el registro basal y la segunda.

TABLA 5

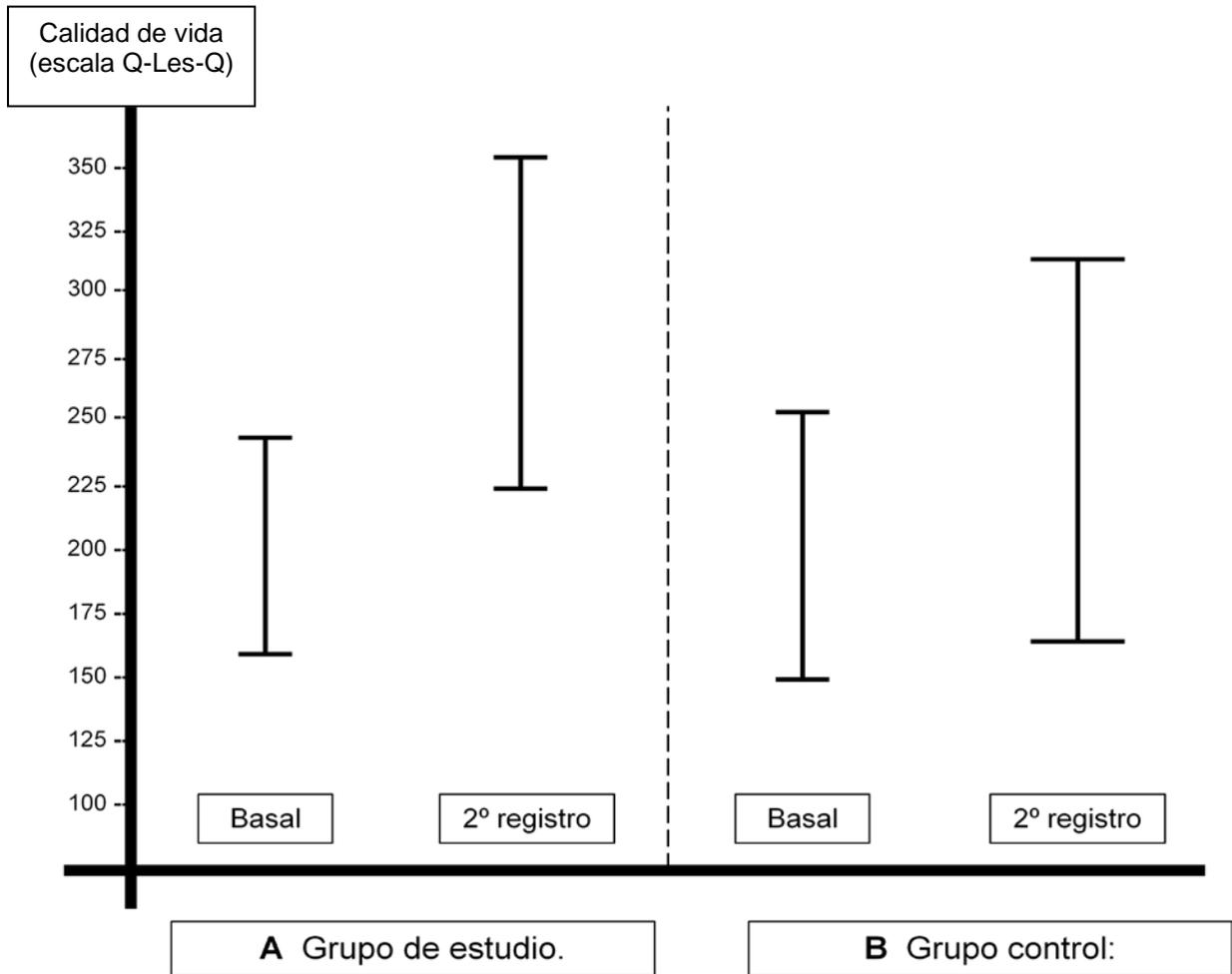
ANALISIS DE LA COMPARACIÓN ENTRE AMBOS GRUPOS.

	Diferencias relacionadas					Valor de t	Grados de libertad	Valor de P
	Media	Desviación	Error de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Casos: basal y registro.	-25.25000	46.34638	10.36337	-46.94077	-3.55923	-2.436	57	0.025
Controles: basal y registro	-18.00000	42.71300	10.67825	-40.76015	4.76015	-1.686	49	0.113

La tabla nos muestra la comparación realizada entre ambos grupos, con un intervalo de confianza de 95%, 57 y 49 grados de libertad para cada grupo respectivamente. Contiene el valor de distribución de t correspondiente al área bajo la curva para los grados de libertad, y la equivalencia en valor de probabilidad (P).

Con un intervalo de confianza de 95%, en la comparación de medias entre el segundo registro entre ambos grupos, se obtuvo un valor de P=0.03012, con una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, rechazándose la hipótesis de nulidad.

FIGURA 1
CALIDAD DE VIDA
MEDIAS DE AMBOS GRUPOS



La figura representa la media de los dos grupos: el que recibió la psicoeducación (grupo de estudio) y el que no la recibió (grupo control). Las barras representan las medias de la variable calidad de vida. Se observa diferencia estadísticamente significativa entre el primer y el segundo registro dentro del grupo de estudio. En el grupo control no se observa diferencia entre los dos registros. Se observa diferencia en la comparación entre los segundos registros entre ambos grupos.

En la escala de aptitud a la medicación entre ambos grupos, se encontró una diferencia estadísticamente significativa.

Por otra parte, se registró un alto índice de abandono del trabajo de investigación. Se detectó que muchos de los pacientes registrados no asistieron a las sesiones de psicoeducación, siendo necesario excluirlos e invitar a nuevos participantes. Del grupo experimental, fue necesario inscribir 203 voluntarios para alcanzar la muestra requerida (la n calculada fue de $46 + 10\%$), registrando un abandono aproximado del 350%. Entre las causas más frecuentes de exclusión fueron las siguientes:

1. Inasistencia a las sesiones. Después de haber llenado la hoja de registro y firmar el consentimiento informado, un gran porcentaje no asistieron, siendo necesario aumentar las fechas de las sesiones de psicoeducación para completar la muestra. A los pacientes que registraron su número telefónico, se les preguntó la causa de la inasistencia, refiriendo la mayoría haberlo olvidado, otros tener compromisos sociales o problemas que requerían su presencia.
2. No acudieron con su familiar como estaba indicado en la hoja de registro.
3. Registro de datos incompletos, imposible de ingresar a la base de datos. Algunos datos fueron completados vía telefónica, aunque muchos también carecían del registro de algún teléfono o fueron números apócrifos.
4. Anomalías en los registros: Muchas encuestas no fueron registrables por su mal llenado. A pesar de ser una encuesta auto aplicable, de haber sido apoyados por sus familiares y otros por el suscrito, varias encuestas fueron regresadas en blanco o incompletas, requiriendo su invalidación.
5. Casos especiales: Uno de los asistentes a las sesiones de psicoeducación, firmo en su hoja de autorización "no aceptar" el procedimiento. Acudió acompañado por su familiar a las sesiones, incluso se mostró participativo, pero no aceptó ingresar al estudio (se le permitió asistir a las sesiones). Se entrevistó para volverle a plantear la opción de ingresarlo al estudio, pero justificó que no estaba interesado, y que no le gustaba participar en proyectos de investigación. Incluso llenó en forma adecuada los cuestionarios de registro y el registro basal, pero no se le realizó la segunda entrevista (vía telefónica), por carecer de su autorización, excluyéndose del estudio.
6. En el grupo control se eliminaron 9 participantes. 3 por haber dejado en blanco la encuesta inicial, y los 6 restantes por carecer de sus datos personales o haberlos ingresado en forma apócrifa, ya que no fue posible localizarlos vía telefónica al momento de la segunda entrevista. Se observó desconfianza entre los pacientes que fueron invitados a participar en el proyecto de investigación.

VII. DISCUSIÓN.

En el grupo experimental (A) observamos diferencias estadísticas entre la toma basal y el registro en la segunda semana, lo que comprueba que la psicoeducación tiene un efecto benéfico en la calidad de vida de los pacientes que la reciben. En el grupo control (B) encontramos diferencias entre la toma basal y el registro a las 2 semanas, aunque estas no son estadísticamente significativas. Estos cambios pudieron haber sido ocasionados por las consultas y el tratamiento convencional que recibieron. Al comparar las medias entre ambos grupos (A y B), con un nivel de confianza del 95% de que los cambios no fueron debidos al azar, observamos una diferencia estadísticamente significativa, encontrando que los pacientes que reciben psicoeducación mejoran su calidad de vida en comparación a los pacientes que únicamente reciben su tratamiento convencional.

Por otra parte, se registró un grupo numeroso constituido por los voluntarios que abandonaron el proyecto de investigación. Se observó poco interés en los programas de asistencia y apoyo al paciente. Existe mucha desconfianza, los pacientes se niegan a dar sus datos completos, y sus asistencias son muy irregulares. En la misma proporción en que los pacientes dejan de asistir a sus citas de seguimiento y control, dejaron de asistir al programa de apoyo, en donde finalmente el paciente y sus familiares se verían beneficiados.

Los primeros trabajos de psicoeducación fueron enfocados en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia ^{9, 12, 16, 17, 18, 25, 26}, reportando beneficios en el manejo médico, y disminución de recaídas, tanto en la frecuencia como en la intensidad, pero también describen una alta deserción durante la aplicación de los programas. Existen estudios de seguimiento a 2 años que reportan efectividad en la medicación con el apoyo de la psicoeducación ²¹, siendo de más utilidad el formato familia-familia ^{22,23,24}, ya que permite una integración del paciente a su entorno y una mayor comprensión de la enfermedad. La mayoría de las publicaciones encontradas han estudiado a pacientes con esquizofrenia ^{27,29,30,31,32}, con trastorno bipolar y con trastorno límite de la personalidad, siendo pocos los estudios en pacientes que presentan depresión ^{36, 37,38}. La mayoría coinciden en reportar beneficios con la aplicación de programas de psicoeducación, como parte de la medicina preventiva aplicada a la psiquiatría.

El objetivo del proyecto fue evaluar la efectividad de la psicoeducación en la práctica clínica habitual, en el entorno normal de consulta y de trabajo con los pacientes. La aplicación del programa fue satisfactorio observándose una mejora en la calidad de vida de los pacientes. Nuestra investigación consideró la aplicación de un programa sencillo, aplicable al padecimiento más frecuente de atención, los trastornos depresivos, y como único requisito asistir con sus familiares al programa. En la práctica clínica habitual, llevar a cabo un programa extenso, o prolongar el número de sesiones, probablemente repercutiría en el número de asistentes, como lo

observamos en el estudio. Es necesario hacer un esfuerzo para fomentar la educación en la salud mental, en forma permanente.

La psicoeducación es un recurso económico y útil en el manejo habitual de los pacientes con trastorno depresivo mayor, y el estudio revela su efectividad en la calidad de vida de los pacientes.

VIII. CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos coinciden con los reportados en la literatura mundial.

La psicoeducación es útil en el manejo integral del paciente con trastorno depresivo mayor, además de los beneficios conocidos, presenta una adecuada efectividad en la mejora de la calidad de vida.

La aplicación de programas alternos favorece la salud de los pacientes.

La aplicación de un programa de psicoeducación de tipo familia-familia, mejora la calidad de vida del paciente con trastorno depresivo mayor, independientemente del tratamiento de base que se le este proporcionando.

Es necesaria la aplicación de abordajes multidisciplinarios en la atención en los pacientes con enfermedad psiquiátrica, en donde se incluyan, además de las recomendaciones habituales de consultorio, un programa estructurado, en donde se oriente a la familia y al propio paciente que conducta tomar ante el trastorno depresivo mayor.

El conocer más sobre la enfermedad mental, y sobre el trastorno depresivo mayor, nos permite una mejor toma de decisiones, participar activamente y procurar el beneficio del paciente.

Perspectivas y recomendaciones.

El trabajo es concluyente sobre el papel de la psicoeducación en el trastorno depresivo mayor, en apoyo del tratamiento convencional o específico para cada paciente en forma individualizada. Es conveniente integrar en la atención de los pacientes un programa permanente y calendarizado de psicoeducación. Es necesario además fomentar la difusión de la información sobre las diversas enfermedades mentales. Programas sencillos y económicos que repercutan en la salud de los pacientes y en su calidad de vida.

Posterior a la realización del presente trabajo, y en base a los resultados observados a corto plazo, se ha creado un programa permanente en la consulta externa de psiquiatría, considerando las enfermedades más comúnmente encontradas. Se espera reducir el número y frecuencias de las recaídas, aumentar el apego terapéutico y mejorar la calidad de vida del enfermo mental y sus familiares. Asimismo, se derivó un programa similar, para los pacientes hospitalizados en las salas de psiquiatría del Hospital Central Militar, en donde semanalmente se citan a los familiares para brindarles psicoeducación.

IX. BIBLIOGRAFÍA.

1. Fuente: Archivo clínico de la Unidad de Especialidades Médicas. Información obtenida con fines estadísticos y bajo la autorización de la Dirección de la clínica.
2. American psychiatric association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Art médica. 2008.
3. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Sinopsis de Psiquiatría. Lippincott Williams & Wilkins. 10o edición. 2008.
4. Robert E. Hales, M.D., M.B.A. DSM-IV, Tratado de psiquiatría; The American Psychiatric Press.
5. Varela C. La influencia de la familia en el paciente esquizofrénico. Tesis para obtener el grado de maestro en psicología. Universidad de Sonora 1999.
6. Fallon R, Pederson J. A family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: a controlled study. New England Journal of Medicine 1992; 306: 1437-1440.
7. Falloon R, Pederson J. Family management in the prevention of morbidity for schizophrenia: the adjustment. British Journal of Psychiatry 1985;147:156-163.
8. McFarlane WR, Lukens E, Link B, Duschay R, Deakins SA, Newmark M, Dunne EJ, Horen B, Toran J. Multiple family group and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. Archives of General Psychiatry 1995;52:679-687.
9. Rascón ML, Díaz R, López J, Reyes C. La necesidad de atención en los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. Memoria del Cuarto Encuentro Nacional de Investigadores sobre Familia. México: Universidad de Tlaxcala, 1997.
10. Lega LI, Caballo VE, Ellis A. Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. México: Ed. Siglo Veintiuno, 1997.
11. DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Coordinador general Pierre Pichot. 1994.
12. Bishop SL, Walling DP, Dott SG, Folkes CC., Bucy J., Refining quality of life: validating a multidimensional factor measure in the severe mentally ill. Qual life res 1999; 8: 151-160
13. Medina-Mora ME, Rascón ML, Tapia R, Mariño M, Juárez F, Villatoro J *et al.* Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. An Inst Mex Psiquiatr 1992; 3:48-55.
14. Caraveo J, Martínez N, Rivera B, Polo A. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. Salud Ment 1997;20:15-23.
15. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C *et al.* Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Ment 2003;26(4):1-16.

16. Bateson G, Jackson D, Haley J, Weakland J. Toward. A theory of schizophrenia. *Behavioral Science* 1950;1:251-264.
17. Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorder, a replication. *British Journal of Preventive and Psychiatry* 1972;121: 241-258.
18. Dixon S, Lehman L. Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1995; 21(4):621-630.
19. Goldstein MJ. Further data concerning the relation between premorbid adjustment and paranoid symptomatology. *Schizophrenia Bulletin* 1978;4:236-243.
20. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javana CD, Madonia MJ. Personal and environmental indicators in the course of schizophrenia research group. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry* 1986;43:633-642.
21. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II Two year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *British Journal of Psychiatry* 1991;152:432-438.
22. Falloon R, Pederson J. A family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: a controlled study. *New England Journal of Medicine* 1982; 306: 1437-1440.
23. Falloon R, Pederson J. Family management in the prevention of morbidity for schizophrenia: the adjustment. *British Journal of Psychiatry* 1985; 147:156-163.
24. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah J, Porceddu K, Watts S, Freeman H. Community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioral intervention with families. *British Journal of Psychiatry* 1998; 153: 532- 542.
25. McFarlane WR, Lukens E, Link B, Duschay R, Deakins SA, Newmark M, Dunne EJ, Horen B, Toran J. Multiple family group and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 1995;52:679-687.
26. Schooler NR, Keith SJ, Severe JB, Mathews S. Treatment Strategies in Schizophrenia Collaborative Study Group. Acute treatment response and short term outcome in schizophrenia: First results of the NIMH treatment strategies in schizophrenia study. *Psychopharmacology Bulletin* 1995; 25(3):331-335.
27. Joanne Riebschleger. How are the Experiences and Needs of Families of Individuals with Mental Illness Reflected in Medical Education Guidelines?. *Academic Psychiatry* 2008; 32:119–126.
28. Carol L.M. Caton, An Evaluation of a Mental Health Program for Homeless Men, (*Am J Psychiatry* 1990; 147:286-289)
29. Richard Barton, Psychosocial Rehabilitation Services in Community Support Systems: A Review of Outcomes and Policy Recommendations. *Psychiatric Services* 50:525–534, 1999.

30. Research Update on the Psychosocial Treatment of Schizophrenia David L. Penn, *AmJ Psychiatry* 1996; 153:607-617.
31. Content and Curriculum in David E. Pollio, *Psychoeducation Groups for Families of Persons With Severe Mental Illness*. *Psychiatric Services* 49:816–822, 1998.
32. Lisa Dixon, Evidence-Based Practices for Services to Families of People With Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Services* 52:903–910, 2001.
33. William R. McFarlane, Health Centers in Maine and Illinois. *Psychiatric Services* 52:935–942, 2001.
34. Lisa Dixon, Pilot Study of the Effectiveness of the Family-to-Family Education Program. *Psychiatric Services* 52:965–967, 2001.
35. Sun-Kyung Shin, Effects of Psychoeducation for Korean Americans With Chronic Mental Illness. *Psychiatric Services* 53:1125–1131, 2002.
36. Tina Marshall, Phyllis Solomon, Professionals' Responsibilities in Releasing Information to Families of Adults With Mental Illness. *Psychiatric Services* 54:1622–1628, 2003.
37. Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull* 1993; 29: 321- 326.
38. Shimazu, Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*.2011; 198: 385-390
39. Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disease. *Colom The British Journal of Psychiatry*.2011; 198: 338-340

X. ANEXOS.

ANEXO "A":

HOJA DE REGISTRO.

<p style="text-align: center;">SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL DIRECCION GENERAL DE EDUCACION MILITAR Y RECTORIA DE LA UNIVERSIDAD DEL EJÉRCITO Y FUERZA AEREA ESCUELA MILITAR DE GRADUADOS DE SANIDAD UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS</p>
--

Hoja de registro del paciente

Título del proyecto: Eficacia de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor.

Folio: _____

Datos del paciente:

Grupo: Caso _____ Control: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Tel. (cel. y/o casa): _____ Grado _____

Matricula _____ Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Edad: _____ Fecha nacimiento: _____ / _____ / _____

Nivel escolar: Primaria _____ Secundaria _____ Bachillerato _____ Licenciatura _____ Posgrado _____

Estado civil: Solter@ _____ Casad@ _____ Divorciad@ _____ Separad@ _____ Viud@ _____ Unión Libre _____

Diagnóstico: _____

Inicio de la enfermedad (aproximado): _____

Curso de la enfermedad (descripción): _____

Medico tratante: _____

Medicación: _____

Como considera que ha sido el tratamiento de su enfermedad:

Excelente: _____ Bueno _____ Regular _____ Deficiente _____

Como podría mejorar: _____

ANEXO "B"

Programa de psicoeducación

Por una mejor calidad de vida
Vivir con enfermedad mental

Boleto de entrada:

Lugar: Aula de la Unidad de Especialidades Médicas

Folio: _____

Horario: Miércoles de 10 a 11 de la mañana

Fechas programadas: _____

Temas: Psicoeducación sobre el trastorno depresivo mayor.

Trae tus dudas sobre la enfermedad mental

Esperamos tu presencia

ANEXO "C"
FORMATO DE HOJA DE CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO.

SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ESCUELA MILITAR DE GRADUADOS DE SANIDAD
CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

Título del proyecto: Eficacia de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor.

DATOS PERSONALES:

Grado y nombre del paciente: _____

Matrícula: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

1. Diagnóstico: _____ Clave: (CIE-10 ó DSM IV-TR) _____

2. Plan de manejo: Ingresar al protocolo de psicoeducación a pacientes con trastorno depresivo mayor.

3. Resultados esperados: Valorar la calidad de vida en pacientes que reciben psicoeducación.

4. Riesgos y complicaciones: Ninguna

5. Acepto el procedimiento:

Si

No

El propósito del procedimiento es valorar la calidad de vida en pacientes con enfermedad mental que reciben psicoeducación.

Riesgo del estudio: Tomando como referencia el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su artículo 17, la presente investigación esta considerada en la siguiente clasificación: II. Investigación con riesgo mínimo

Por lo tanto con la anotación verbal y escrita:

Declaro en forma libre sin existir ninguna presión física o moral sobre mi persona, que he comprendido, por las explicaciones que se me han proporcionado el propósito y los riesgos del procedimiento, aclarando las dudas que he planteado. Así mismo, declaro que he leído y comprendido totalmente este documento y los espacios en blanco que han sido llenados antes de firmar. Estoy enterado que en cualquier momento y sin necesidad de dar explicaciones puedo revocar el consentimiento que otorgo.

Autorizo participar en el proyecto de investigación que se menciona en el título, emplear la información manteniendo mi confidencialidad y autorizo el manejo de las contingencias derivadas del acto mencionado.

Lugar y fecha: _____ Hora: _____

Nombre y firma del paciente

Dr. VICTOR OCTAVIO LOPEZ AMARO
CP. 3454833

Nombre y firma del investigador

Testigos:

Nombre y firma

Nombre y firma

Los datos personales recabados serán protegidos, manteniendo la confidencialidad, e incorporados a la documentación generada al presente trabajo de investigación, según los reglamentos y normas vigentes en materia de investigación clínica.

Datos del investigador: Dr. Víctor Octavio López Amaro. Tel 55573100 extensión 1560

ANEXO "D"

TABLA DE ALEATORIZACIÓN.

1-A	11-B	21-B	31-A	41-B	51-A	61-B	71-A	81-B	91-A
2-B	12-A	22-B	32-A	42-A	52-A	62-A	72-B	82-A	92-B
3-B	13-B	23-A	33-A	43-B	53-B	63-B	73-A	83-B	93-A
4-A	14-A	24-B	34-B	44-A	54-B	64-A	74-B	84-A	94-B
5-B	15-A	25-B	35-A	45-B	55-A	65-B	75-B	85-B	95-A
6-A	16-A	26-A	36-A	46-B	56-B	66-A	76-B	86-B	96-B
7-B	17-B	27-A	37-A	47-B	57-A	67-B	77-A	87-A	97-A
8-B	18-A	28-B	38-A	48-B	58-B	68-A	78-B	88-A	98-B
9-A	19-B	29-A	39-B	49-A	59-A	69-B	79-A	89-B	99-B
10-A	20-B	30-A	40-B	50-A	60-A	70-B	80-A	90-B	100-A

Instrucciones: se invita a participar al paciente, si acepta, y una vez que firma su consentimiento informado, se ingresa a la tabla de aleatorización. Al paciente numero 1, se le asigna el grupo A, como aparece en el casillero 1. Los demás se integran en forma secuencial según la tabla.

ANEXO “E”

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA Q-LES-Q.

ESTADO DE SALUD FÍSICA/ACTIVIDADES

Con respecto a su estado de salud física durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

		<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
1. ...se sintió sin dolores ni molestias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. ...se sintió descansado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. ...se sintió con energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4. ...se sintió en un excelente estado de salud física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5. ...sintió, por lo menos, un estado de salud física muy bueno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6. ...no se preocupó de su estado de salud física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7. ...sintió que durmió lo suficiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8. ...se sintió suficientemente activo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9. ...sintió que tenía una buena coordinación en sus movimientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10. ...sintió que su memoria funcionaba bien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11. ...se sintió bien físicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12. ...se sintió lleno/a de energía y vitalidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13. ...no experimentó problemas visuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

ESTADO DE ÁNIMO

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia se sintió...

		<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
14. ...con la mente despejada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15. ...satisfecho/a con su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16. ...a gusto con su aspecto físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17. ...alegre o animado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
18. ...independiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
19. ...contento/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20. ...capaz de comunicarse con otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
21. ...interesado/a en cuidar su aspecto físico (cabello, ropa) y su higiene personal (bañarse, vestirse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
22. ...capaz de tomar decisiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
23. ...relajado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
24. ...a gusto con su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
25. ...capaz de desplazarse, si fuera necesario, para realizar sus actividades (caminar, utilizar su propio automóvil, el autobús, el tren o cualquier otro medio de transporte disponible), según fuese necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
26. ...capaz de hacer frente a los problemas de la vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
27. ...capaz de cuidar de sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA Q-LES-Q. HOJA 4.

TAREAS DE CURSO/DE CLASE

Durante la semana pasada, ¿siguió algún curso, fue a clase, o participó en algún tipo de curso o clase en algún centro, escuela, colegio o Universidad?

NO
SÍ

Si responde que no, anote la razón.

Si no, ¿por qué no?

- 1 Demasiado enfermo/a físicamente
- 2 Demasiado alterado/a emocionalmente
- 3 Nadie espera que haga esto
- 98 Otra razón _____

escriba la razón

Si responde que sí, complete esta sección.

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

		<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
51. ...disfrutó con las tareas del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
52. ...deseó empezar las tareas del curso o de la clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
53. ...desarrolló las tareas del curso/de la clase sin demasiada tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
54. ...pensó con claridad sobre las tareas del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
55. ...se mostró decidido/a con las tareas del curso/clase, cuando fue necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
56. ...se sintió satisfecho/a con los logros conseguidos en el trabajo del curso/de la clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
57. ...se interesó en las tareas del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
58. ...se concentró en las tareas del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
59. ...se sintió bien mientras hacía las tareas del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
60. ...se comunicó e intercambió opiniones con facilidad con los compañeros/as del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA Q-LES-Q. HOJA 5.

ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE

Las preguntas siguientes se refieren a las actividades de tiempo libre durante la semana pasada, como ver la televisión, leer el periódico o revistas, ocuparse de las plantas de la casa o del jardín, pasatiempos, ir a museos o al cine o a actos deportivos, etc.

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
61. Cuando tuvo tiempo, ¿con qué frecuencia lo utilizó para actividades de tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. ¿Con qué frecuencia disfrutó de sus actividades de tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. ¿Con qué frecuencia deseó realizar las actividades de tiempo libre antes de poder disfrutar de ellas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. ¿Con qué frecuencia se concentró en las actividades de tiempo libre y les prestó atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Si surgió algún problema durante las actividades de tiempo libre, ¿con qué frecuencia lo solucionó o lo manejó sin demasiada tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. ¿Con qué frecuencia consiguieron mantener su interés las actividades de tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELACIONES SOCIALES

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
67. ...se divirtió conversando o estando con amigos o familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. ...deseó reunirse con amigos o familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. ...hizo planes con amigos o familiares para futuras actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. ...disfrutó conversando con compañeros/as de trabajo o vecinos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. ...se mostró paciente cuando otras personas le irritaron con sus acciones o con sus palabras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. ...se interesó por los problemas de otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. ...sintió cariño por una o más personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. ...se llevó bien con otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. ...bromeó o se rió con otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. ...sintió que ayudó a amigos o familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. ...sintió que no había problemas ni conflictos importantes en su relación con amigos o familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA Q-LES-Q. HOJA 6.

ACTIVIDADES GENERALES

Nivel global de satisfacción

En general, ¿cómo evaluaría su nivel de satisfacción durante la semana pasada en cuanto a...

	<i>Muy malo</i>	<i>Malo</i>	<i>Regular</i>	<i>Bueno</i>	<i>Muy bueno</i>
78. ...su estado de salud física?	<input type="checkbox"/>				
79. ...su estado de ánimo?	<input type="checkbox"/>				
80. ...su trabajo?	<input type="checkbox"/>				
81. ...las tareas de la casa?	<input type="checkbox"/>				
82. ...sus relaciones sociales?	<input type="checkbox"/>				
83. ...sus relaciones familiares?	<input type="checkbox"/>				
84. ...sus actividades de tiempo libre?	<input type="checkbox"/>				
85. ...su capacidad de participar en la vida diaria?	<input type="checkbox"/>				
86. ...su deseo sexual, interés, rendimiento o desempeño?*	<input type="checkbox"/>				
87. ...su situación económica?	<input type="checkbox"/>				
88. ...la situación de alojamiento o vivienda?*	<input type="checkbox"/>				
89. ...su capacidad para desplazarse sin sentir mareos, inestabilidad o caídas?*	<input type="checkbox"/>				
90. ...su visión en cuanto a la capacidad para trabajar o disfrutar de sus aficiones?*	<input type="checkbox"/>				
91. ...su sensación general de bienestar?	<input type="checkbox"/>				
92. ...la medicación? (Si no toma medicamentos, indíquelo aquí <input type="checkbox"/> y deje la respuesta en blanco)	<input type="checkbox"/>				
93. ¿Cómo evaluaría su nivel de satisfacción general de vida durante la semana pasada?	<input type="checkbox"/>				

*Si el nivel de satisfacción es muy malo, malo, o regular en estas respuestas, por favor **SUBRAYE** los factores asociados con la falta de satisfacción.

ANEXO "F":

INVENTARIO DE ACTITUDES HACIA LA MEDICACIÓN (DAÍ)

Lea detenidamente cada una de las frases siguientes y decida si para usted son verdaderas o falsas. Las frases se refieren únicamente a la medicación psiquiátrica que toma actualmente. Si una frase es verdadera o en su mayor parte verdadera, rodee con un círculo la V. Si una frase es falsa o en su mayor parte falsa, rodee con un círculo la F. Si desea cambiar alguna respuesta, tache con una X la respuesta errónea y marque con un círculo la respuesta correcta.

1. Para mí lo bueno de la medicación supera lo malo	V	F
2. Me siento raro/a, como un zombi, con la medicación	V	F
3. Tomo medicación por decisión mía	V	F
4. La medicación hace que me sienta más relajado/a	V	F
5. La medicación hace que me sienta cansado/a y lento/a	V	F
6. Tomo medicación sólo cuando estoy enfermo/a	V	F
7. Me siento más normal con la medicación	V	F
8. Es antinatural para mi mente y mi cuerpo estar controlado/a por medicaciones	V	F
9. Mis pensamientos son más claros con medicación	V	F
10. Por estar con medicación puedo prevenir caer enfermo	V	F