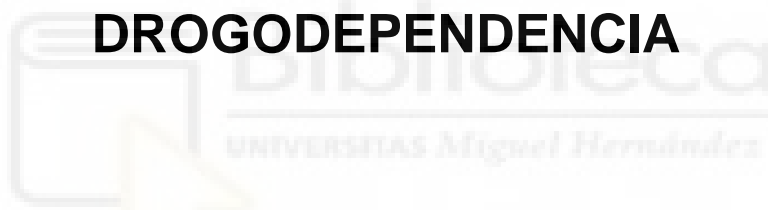




**FACULTAD DE FARMACIA
GRADO EN FARMACIA**

**CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y
DROGODEPENDENCIA**



Memoria de Trabajo Final de Grado
San Joan de Alicante
Enero 2022

Autor: Luis Jordá Sempere
Modalidad: Estudio observacional
Tutor: José Antonio Picó Monllor

Índice

| | |
|--------------------------------------------|-------|
| 1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE | 3 |
| 2. INTRODUCCIÓN | 5 |
| 2.1 JUSTIFICACIÓN..... | 5 |
| 2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA..... | 6-7 |
| 2.3 TRASTORNOS MENTALES..... | 8 |
| 2.3.1 Esquizofrenia..... | 8-9 |
| 2.3.2 Trastorno Bipolar..... | 9 |
| 2.3.3 Trastorno de la personalidad..... | 9-10 |
| 2.3.4 Trastornos depresivos..... | 10-11 |
| 2.4 DRODEPENDENCIA..... | 11-12 |
| 2.5 CENTROS DE MEDIA ESTANCIA..... | 12-13 |
| 3. OBJETIVOS Y HIPÓTESIS | 14 |
| 4. MATERIALES Y MÉTODOS | 15-17 |
| 5. RESULTADOS | 18-22 |
| 6. DISCUSIÓN | 23-26 |
| 7. CONCLUSIÓN | 27 |
| 8. AGRADECIMIENTOS | 28 |
| 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 29-32 |

1. Resumen

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de pacientes con problemas de salud mental o trastorno psiquiátrico comparada con pacientes que tienen una patología dual, padecen un trastorno psiquiátrico más el abuso o adicción de sustancias tóxicas.

Material y Metodología: Se empleó el cuestionario WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). Para la recogida de datos experimentales se utilizaron un grupo de pacientes con distintos tipos de diagnósticos psiquiátricos, provenientes de consultas externas (centro de salud La Fábrica, Alcoy), agudos (hospital Virgen de los Lirios, Alcoy) y del hospital psiquiátrico Dr. Esquerdo (San Juan de Alicante).

Resultados: La calidad de vida de los pacientes de salud mental que abusaron de sustancias tóxicas fue menor (50,4%) que los pacientes de salud mental que no abusaron de éstas (56,8%). Dependiendo de la enfermedad mental que padecen tienen una distinta calidad de vida, pacientes con trastorno bipolar (55,9%), crisis de pánico (50,8%), alteración de la conducta (46,9%), esquizofrenia (56,2%), esquizoafectivo (63,8%), trastorno límite personalidad (54,6%), distimia (63,1%), depresión (53,6%) y depresión mayor (63).

Conclusión: a la vista de los resultados obtenidos, los pacientes que tienen diagnóstico dual confirman que su calidad de vida es menor que aquellos pacientes que solo padecen la enfermedad mental. Sin embargo, la calidad de vida en pacientes de salud mental también va a depender de su estado de bienestar físico, social, psíquico y emocional.

Palabras clave: Salud mental, Calidad de vida, Diagnóstico dual, Trastornos relacionados con sustancias.

ABSTRACT

Objective: Compare the quality of life of patients with mental health problems or "psychiatric disorder" with patients who have a dual pathology or psychiatric disorder (substance abuse or addiction).

Material and Methodology: The WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) questionnaire was used. A group of patients with different types of psychiatric diagnoses was used to collect experimental data. The questionnaire was issued to (i) patients ---- of the La Fábrica Health Center (Alcoy), (ii) patients of the Virgen de los Lirios Hospital (Alcoy) and patients of the Dr. Esquerdo psychiatric hospital (San Juan de Alicante).

Results: The quality of life of the patients is different depending on the consumption of toxic substances, being lower in those patients who do consume them (50.4%) than in those patients who do not consume them (56.8%). We also corroborated differences in the quality of life of patients according to mental illness. The percentages with respect to QOL are bipolar disorder (55.9%), panic attacks (50.8%), conduct disorder (46.9%), schizophrenia (56.2%), schizoaffective disorder (63.8%), borderline personality disorder (54.6%), dysthymia (63.1%), depression (53.6%) and major depression (63%).

Conclusions: In view of the results obtained, it is affirmed that patients with dual diagnosis their quality of life is lower than that of patients with mental illness. However, this will depend on their state of physical, social, psychological and emotional well-being.

Keywords: *"Mental health", "Quality of life", "Diagnosis, Dual (Psychiatry)", "Substance-related disorders".*

2. INTRODUCCIÓN

2.1 JUSTIFICACIÓN

Este trabajo es fruto de las estancias en el centro sociosanitario Dr. Esquerdo. Uno de los puntos clave, es el acercamiento a los pacientes, cuando hay contacto cercano con ellos, se puede entender mejor los problemas que tienen relacionados con la medicación. Es muy importante comprender lo que dice el paciente, porque de esta manera se podrá evitar un conflicto con la medicación. Además, se podrán identificar posibles efectos adversos, interacciones y posibles medicamentos que no ayuden a paliar los síntomas de su enfermedad. No hay que olvidar que ellos son los que más saben lo que les produce la medicación y cómo les sienta.

En la actualidad existe cierto desconocimiento que puede dar lugar a la estigmatización social que hay en nuestra sociedad sobre trastornos mentales. También, cuál es la calidad de vida de los pacientes, cómo puede medirse, y cómo funciona un centro de media estancia, uno de agudos y consultas externas. Cuál puede ser la gravedad de un cuadro mixto de drogodependencia y trastorno mental, y cómo esto último puede afectar a la calidad de vida de las personas, y cómo el seguimiento de un tratamiento clínico acompañado de un tratamiento psicosocial puede mejorar satisfactoriamente la vida de estas personas.

Muchos de estos pacientes presentan un diagnóstico dual, llamado también comorbilidad, es decir, además de sufrir un trastorno mental presentan un problema de alcohol o sustancias tóxicas. Con frecuencia, estas afectaciones ocurren al mismo tiempo.

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) o *Quality of life* (QoL) tiene su origen en los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían económicamente seguras ⁽¹⁾.

Los científicos sociales, iniciaron investigaciones sobre la CV obteniendo información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes ⁽³⁾. Sin embargo, algunos psicólogos plantean que la felicidad y la satisfacción representaban un porcentaje considerable en la CV de las personas ⁽⁴⁾.

Según el estudio de Meeberg (1993), otros términos como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, estado de salud mental, felicidad, estado funcional y valores vitales son usados para designar CV. Además, otros autores no definen lo que significa CV, lo que genera confusión ⁽²⁾. Grill y Feinstein (1994) realizaron una revisión de artículos sobre la CV. Sólo un 35% de los modelos evaluados tenían un desarrollo conceptual complejo, cerca de un 25% de los autores no definía CV y más del 50% de los modelos no diferenciaba entre CV y los factores que la pueden influenciar ⁽⁵⁾. Esta gran dispersión y diversidad hace que los investigadores economistas tienden a centrar su medición en elementos tangibles. Mientras que, los científicos sociales lo harán en la percepción individual sobre la CV. Este concepto actualmente incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias sociales ⁽⁶⁾.

Desde el inicio del movimiento de desinstitucionalización, algunos profesionales de la salud mental expresaron su preocupación por la calidad de vida de las personas con discapacidades psiquiátricas. Sin embargo, no fue hasta más adelante cuando estos profesionales prestaron una notable atención a las enfermedades mentales después de observar los estudios publicados sobre la calidad de vida ^(7,8). La reforma psiquiátrica pasó de un modelo

institucional-manicomial a un modelo comunitario, que modificó la forma de analizar y valorar la situación y las posibilidades del enfermo mental crónico. En el ámbito de la salud mental, la calidad de vida es un concepto asociado a los enfoques que buscan mejorar las condiciones de vida de las personas con trastornos psicológicos, teniendo en cuenta sus necesidades individuales ^(9,10).

La mejora de la calidad de vida promueve el mantenimiento y la integración a la comunidad de estos enfermos, así como su autonomía ⁽¹¹⁻¹³⁾.

En muchos estudios, se analiza la incidencia del apoyo social en el desarrollo de las enfermedades y los problemas presentados por los individuos. Una buena red de apoyos, cuando se tiene un problema de salud mental, es fundamental para el paciente. Ésta puede ayudar en múltiples aspectos como puede ser encontrar un trabajo, una vivienda o evitar un nuevo brote. La falta de estas puede producir que se ingrese en centro psiquiátricos, penitenciarios, que tengan un abandono personal o incluso provocarles la muerte por suicidio. Otros estudios se han preocupado por analizar los efectos de los fármacos sobre la calidad de vida de los pacientes ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Finalmente, la pandemia que está sufriendo el mundo debido al coronavirus SAR CoV-2 ha provocado muchos cambios en nuestra vida cotidiana. Una de las secuelas ha sido el incremento de estrés psicológico. Preocupaciones por los miembros de la familia, problemas económicos... y sobre todo el aislamiento social extendido para prevenir el contagio, estas medidas pueden reducir el bienestar de las personas, principalmente personas con problemas de salud mental que tienen más probabilidades de enfermar gravemente. Para este grupo vulnerable las restricciones sociales para evitar la propagación de la infección pueden ser emocionales y psicológicamente perjudiciales ⁽²⁴⁾.

2.3. TRASTORNOS MENTALES

En primer lugar, antes de hablar de diferentes trastornos mentales, es importante saber el concepto de salud, resulta clave a la hora de entender, estudiar y trabajar sobre que es una enfermedad mental, ya que el objetivo final para una persona con enfermedad o trastorno mental es mejorar su calidad de vida y su salud.

Según la O.M.S (Organización Mundial de la Salud, 2000) *“La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud mental es un componente fundamental de la salud que permite la realización de las capacidades cognitivas, afectivas y relacionales del individuo.*

2.3.1 ESQUIZOFRENIA

Patología que se caracteriza por una alteración global en la percepción sensorial, en los pensamientos, sentimientos y emociones, distorsionándolas y disminuyendo la sensación de singularidad, individualidad y dominio de uno mismo. Estos síntomas no ocurren en todos los casos, la sintomatología es variada, existen tres tipos de síntomas ⁽¹⁸⁾:

- Síntomas positivos: ideas delirantes y alucinaciones, estas suelen venir en forma de voces que muchas veces expresan órdenes (las alucinaciones visuales son más raras). Normalmente responden al tratamiento con antipsicóticos. Se considera esquizofrenia tipo I.
- Síntomas negativos: provoca embotamiento emocional (carencia de emociones), descuido de la apariencia personal, alogia (incapacidad de mantener una conversación de manera lógica), abolición (falta de deseo y motivación personal), anhedonia (Incapacidad de sentir placer), etc. Se considera esquizofrenia tipo II.
- Síntomas cognitivos: desorganización del lenguaje, atención disminuida, asociación de ideas erróneas, incapacidad organizativa o planificadora. Los neurolépticos no parecen mejorar estos síntomas.

Los enfermos de esquizofrenia necesitan tratamiento crónico. El tratamiento empleado en la esquizofrenia son los fármacos neurolépticos o antipsicóticos. Por ejemplo: clorpromazina, haloperidol, risperidona, olanzapina, etc.

Junto a los psicofármacos, suele ir acompañado la rehabilitación psicosocial, que intentará aumentar la hipofuncionalidad cerebral. Además, aumentando su calidad de vida, intentando integrar al paciente en un entorno social y familiar, obteniendo así una mayor autonomía. Es muy importante que lo anteriormente citado venga acompañado de un apoyo familiar y social.

2.3.2 TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar, también conocida como enfermedad maníaco depresiva ⁽¹⁸⁾. La persona que sufre esta enfermedad pierde el control sobre su estado de ánimo y ésta experimentará oscilaciones más o menos bruscas. Es una enfermedad crónica, episódica y recurrente ⁽¹⁹⁾.

La causa es esencialmente biológica, y genética en su origen. Las personas afectadas sufren un mal funcionamiento del sistema límbico. Los factores psicológicos pueden jugar un papel importante. Además, otros factores que pueden actuar como desencadenantes son: el consumo de alcohol, otros tóxicos y el tratamiento de algunos fármacos (corticoides).

El tratamiento imprescindible es el abordaje farmacológico (carbonato de Litio, ácido valproico...), en la actualidad es posible lograr que los pacientes que sufren trastorno bipolar estén estables durante largos periodos de tiempo, manteniendo la enfermedad compensada.

2.3.3 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una afección mental que se caracteriza por patrones prolongados de emociones turbulentas o inestables y autoimagen. Estas experiencias interiores a menudo los llevan a tener acciones

impulsivas y problemas con otras personas. Se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro.

Respecto al tratamiento para el trastorno límite de personalidad, en la actualidad solo existen medicamentos para tratar los síntomas específicos como cambios en el estado de ánimo, depresión y reducir los niveles de ansiedad e impulsividad. Son distintos los factores que afectan y mucho el tiempo que tardan en mejorar una vez se comienza el tratamiento, por lo que es muy importante que las personas con este trastorno, así como sus seres queridos, sean pacientes y reciban el apoyo adecuado.

2.3.4 TRASTORNOS DEPRESIVOS

La depresión es una de las patologías con más impacto en la sociedad. Presenta una alta prevalencia, 10% de la población. En las mujeres se diagnostica el doble que en los hombres, las razones pueden ser hormonales, estrés psicosocial, mejor expresión de los sentimientos que los hombres, etc. Además, la depresión es una importante causa de suicidio. Sin embargo, no es una enfermedad que esté suficientemente diagnosticada ⁽²²⁾.

Los síntomas de la depresión pueden variar en los distintos tipos de depresión y paciente ⁽²³⁾.

- Síntomas emocionales: apatía, pesimismo persistente, baja autoestima, sentimiento de culpa, deseos de muerte, falta de interés, indecisión, pérdida de iniciativa, incapacidad de finalizar objetivos.
- Síntomas físicos: falta de energía, trastornos del sueño, trastornos del apetito (aumento/pérdida de peso), disfunción sexual, falta de concentración, sensibilidad aumentada al dolor.

Los objetivos de la farmacoterapia antidepresiva son:

- Inhibir la recaptación de monoaminas por la neurona presináptica, el efecto antidepresivo tarda semanas.
- Antagonismo 5-HT₂ y 5-HT₃, se antagonizan éstos para que se potencie la acción sobre 5-HT₁ (receptor que tiene efecto en la actividad depresiva).
- Impedir la degradación de monoaminas por la monoaminoxidasa (IMAO).
- Administración de precursores de MA, 5-hidroxitriptófano (precursor de la serotonina).

Clasificación de los medicamentos antidepresivos

- Antidepresivos tricíclicos (ATC): amitriptilina, nortriptilina, clomipramina, imipramina, doxepina, dosulepina.
- Inhibidores de la recaptación de de noradrenalina y serotonina
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): sertralina, escitalopram, citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina.
- Inhibidores selectivos mixtos: venlafaxina
- IMAO: aumentan la concentración de catecolaminas, Fenelcina y tranilcipromina.
- Mianserina y Mirtazapina: antagonista selectivo de los receptores 5HT₁, son sedantes.
- Bupropion: inhiben la recaptación de noradrenalina y dopamina, indicado para las dependencias del tabaco.
- Trazodona y Nefazodona: son inhibidores de la recaptación de serotonina, son sedantes.

2.4. DROGODEPENDENCIA

Desde el origen del hombre las sustancias tóxicas han tenido un gran impacto, el ser humano se vió obligado a consumir los productos que se encontraba a su alcance, adquirió experiencia de algunos que eran perjudiciales⁽²⁹⁾. como la marihuana (*Cannabis sativa*), alcohol, cocaína (en el siglo VI se mascaban las hojas de coca), peyote, ayahuasca... El origen común de estas drogas son el chamanismo, tribalismo, religión y razones sociales⁽²⁶⁾.

La drogadicción o farmacodependencia es el uso compulsivo de una sustancia o efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno que siendo administrado en el organismo produce una alteración en el sistema nervioso central (SNC) y es susceptible a crear dependencia psicológica y/o física.

Hay una serie de factores que influyen en las drogodependencias, los factores ambientales y los factores biológicos. Los primeros se refieren a que cada persona tiene influencias diferentes, de su familia, amigos, entorno social, modelos sociales (celebridades), donde la adolescencia es la etapa de riesgo más significativa. Los segundos, se refiere al género, genes, etnicidad y la presencia de otros trastornos mentales ⁽²⁷⁾.

2.5. CENTROS DE MEDIA ESTANCIA

En primer lugar, quiero presentar dónde realicé las prácticas. El centro sociosanitario Dr. Esquerdo es un centro hospitalario situado en la calle Ramón de Campoamor nº25, en San Juan (Alicante), Es una institución sanitaria dependiente de la Diputación de Alicante ⁽²¹⁾.

Los hospitales de Media Estancia están destinados a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, pero que no pueden proporcionarse en su domicilio, y requieren un periodo prolongado de internamiento. En el centro Dr. Esquerdo también proporcionan un diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad a los pacientes que precisan ser ingresados y que sufren enfermedades mentales o trastornos derivados de las toxicomanías.

Este centro está dirigido a pacientes con enfermedades mentales y está estructurado principalmente en 3 áreas definidas:

- Área de residencia, que incluye las plantas de psicogeriatría y discapacidad intelectual grave (R4).
- Área de ambulantes, que incluye programas de rehabilitación y que está

compuesta por 6 unidades destinadas a pacientes con graves problemas conductuales: patología dual (R2), pacientes con síntomas residuales graves y gran deterioro por enfermedad de larga duración (R3). Área destinada a pacientes autónomos con capacidad para participar en programas de rehabilitación (CEEM-H, CEEM-M, POLI-H y POLI-M).



3. OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es evaluar la calidad de vida de pacientes con problemas de salud mental o trastorno psiquiátrico comparada con pacientes que tienen una patología dual o comorbilidad, es decir, padecen un trastorno psiquiátrico más el abuso o adicción de sustancias tóxicas.



4. MATERIAL Y MÉTODOS

Se reclutaron pacientes de diferentes hospitales.

- Centro sociosanitario Dr. Esquerdo (San Juan de Alicante).
- Departamento de psiquiatría Hospital Virgen de los Lirios (Alcoy).
- Departamento de psiquiatría Centro de salud la Fábrica (Alcoy).

Todos los pacientes fueron seleccionados por el personal de los diferentes departamentos de psiquiatría.

Los participantes son un total de 23 pacientes, de edades comprendidas entre 28 y 72 años, entre ellas se encuentran personas con distinto diagnóstico desde más leve a más grave. De los 23 participantes, hay 9 participantes que tienen problemas de adicción y dependencia a sustancias tóxicas.

Se empleó el siguiente cuestionario de calidad para la recogida de datos experimentales (ANEXO 1):

- Escala de calidad de vida: **WHOQOL-BREF** es un instrumento genérico derivado del **WHOQOL-100**, que consta de 26 puntos, 24 de ellos generan un perfil de calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Este cuestionario sirve para conocer la opinión de cada paciente acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de la vida. El paciente debe tener presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Cada pregunta del cuestionario está enfocada para que cada paciente piense en su vida durante las dos últimas semanas.
- A mayor puntuación, mayor calidad de vida. La puntuación máxima de la encuesta es de 130 y la puntuación más baja es de 26. No existen puntos de corte propuestos.
- La encuesta presenta 26 ítems, donde se pregunta sobre 4 dimensiones de la calidad de vida: salud física, salud psicológica,

relaciones sociales y ambiente.

- Se facilitó la encuesta a los centros de psiquiatría, mencionados anteriormente.

También se realizó una búsqueda bibliográfica con el fin de estudiar que se ha escrito sobre la calidad de vida. Se consultó mediante los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), desarrollado por la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) y el estudio del Thesaurus, Medical Subject Headings (MeSH), desarrollado por la U.S. National Library of Medicine se consideró adecuado el uso de los descriptores siguientes: *"Mental Health"*, *"Quality of life"*, *"Substance-related disorders"*, *"Diagnoses, dual (psychiatric)"*. Utilizando la base de datos MEDLINE, mediante el buscador PubMed con la siguiente ecuación:

((("Mental Health"[Mesh]) AND ("Quality of Life"[Mesh])) AND ("Substance-Related Disorders"[Mesh]) AND ((humans [Filter]) AND (all adult [Filter]))) AND (Diagnoses, dual (psychiatric) AND ((humans [Filter]) AND (all adult [Filter])))

También en la base de datos Embase, se adaptó la ecuación de búsqueda original para recuperar artículos en ellas.

La encuesta de calidad enfoca el comportamiento de los pacientes, respondiendo preguntas relacionadas con las expectativas, el modo de vivir, placeres y preocupaciones.

La conforman 26 preguntas de opción múltiple con 5 respuestas posibles, siendo:

- 1 nada
- 2 un poco
- 3 lo normal
- 4 bastante
- 5 muy buena

Cada paciente debe responder a las preguntas del cuestionario pensando en su calidad de vida a lo largo de las dos últimas semanas previas.

Una vez a la semana los pacientes tienen un taller de automedicación en el centro, donde el objetivo es aportar mayor autonomía a los pacientes con respecto al tratamiento, pueden preguntar dudas sobre él o expresar cualquier conflicto que tengan. Acuden pacientes derivados por orden médica. Generalmente están en un punto estable de su patología y tienen un buen nivel de autonomía. Después del taller fueron entregados los cuestionarios, se les explicó que serían completamente anónimos. También se les explicó cuál era el objetivo de completar el cuestionario.

El estudio fue, ciego simple, el investigador principal desconoce si los cuestionarios están resueltos por un paciente que abusaba o era adicto a sustancias tóxicas. Se sumará la puntuación total de cada cuestionario, y posteriormente, el psiquiatra facilitará el diagnóstico y si han tenido alguna adicción. Cada cuestionario se pasará a los pacientes del CEEM y polivalente (PV) hombres y mujeres. Del mismo modo, se facilitó la encuesta a los psiquiatras Dr. Pascual y Dr. Matarredona que están tanto en el centro de salud la Fábrica (Alcoy) como en el Hospital público Virgen de los Lirios (Alcoy), ellos son los encargados de entregarles la escala de calidad de vida y de facilitar tanto su diagnóstico y además si hay abuso de sustancias tóxicas.

A cada paciente se le asignará un número, para garantizar su anonimato. Además, se informará previamente a los pacientes para obtener su consentimiento de participación en el estudio.

La entrevista tuvo una duración entre 5 y 10 minutos y se realizó en un espacio óptimo, sin posibles distracciones ni interrupciones. El paciente en todo momento estará acompañado de un terapeuta de la institución, por si le surge alguna duda, y dependiendo del grado de autonomía que tenga se le entregará el cuestionario para que lo rellene o se le leerán las preguntas

5. RESULTADOS

Como se muestra en la Tabla 1, se dividen los 23 pacientes en función de varias características como el género diagnóstico, edad, estudios, si presentan o no adicción y el resultado de la encuesta

| | GÉNERO | DIAGNOSTICO | EDAD | ESTUDIOS | ADICCIÓN | PUNTUACIÓN |
|-------------|--------|----------------------------------------------|------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------|
| PACIENTE 1 | HOMBRE | CRISIS DE PÁNICO | 56 | UNIVERSITARIOS | NO | 66 |
| PACIENTE 2 | MUJER | DEPRESIÓN SEVERA | 61 | UNIVERSITARIOS | NO | 74 |
| PACIENTE 3 | HOMBRE | DEPRESIÓN SEVERA | 56 | MEDIOS | NO | 62 |
| PACIENTE 4 | MUJER | DEPRESIÓN SEVERA | 37 | MEDIOS | SI, alcohol | 59 |
| PACIENTE 5 | HOMBRE | DEPRESIÓN SEVERA | 48 | PRIMARIOS | NO | 57 |
| PACIENTE 6 | MUJER | DEPRESIÓN | 53 | MEDIOS | NO | 64 |
| PACIENTE 7 | MUJER | DEPRESIÓN | 69 | PRIMARIOS | NO | 71 |
| PACIENTE 8 | HOMBRE | DEPRESIÓN | 56 | MEDIOS | NO | 74 |
| PACIENTE 9 | MUJER | DISTIMIA | 40 | UNIVERSITARIOS | NO | 82 |
| PACIENTE 10 | MUJER | TRASTORNO BIPOLAR TIPO II, depresión bipolar | 56 | PRIMARIOS le ha ayudado el psiquiatra | NO | 92 |
| PACIENTE 11 | HOMBRE | TRASTORNO BIPOLAR | 47 | UNIVERSITARIOS | NO | 65 |
| PACIENTE 12 | HOMBRE | TRASTORNO BIPOLAR, fase maniaca | 54 | MEDIOS | SI, cannabis | 85 |
| PACIENTE 13 | MUJER | TRASTORNO BIPOLAR | 40 | UNIVERSITARIOS | SI, cannabis | 51 |
| PACIENTE 14 | HOMBRE | TRASTORNO BIPOLAR | 36 | UNIVERSITARIOS | SI, metanfeta mina (cristal) y cannabis | 50 |
| PACIENTE 15 | MUJER | TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO TIPO BIPOLAR | 38 | PRIMARIOS | NO | 63 |

| | | | | | | |
|--------------------|--------|------------------------------------|----|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| PACIENTE 16 | HOMBRE | BIPOLAR Y ESQUIZOFRÉNICO PARANOIDE | 44 | NO | NO | 103 |
| PACIENTE 17 | HOMBRE | ESQUIZOAFECTIVO | 28 | MEDIOS | SI | 83 |
| PACIENTE 18 | HOMBRE | ESQUIZOFRENIA | 31 | NO | SI, cocaína de manera puntual y 1 g de cannabis diario | 55 |
| PACIENTE 19 | HOMBRE | ESQUIZOFRENIA | 31 | MEDIOS | SI, con frecuencia alcohol, cannabis. de manera puntual LSD, MDMA, anfetaminas, PCP, cocaína, heroína | 85 |
| PACIENTE 20 | HOMBRE | ESQUIZOFRENIA PARANOIDE | 36 | MEDIOS | SI, cannabis | 61 |
| PACIENTE 21 | HOMBRE | ESQUIZOFRENIA | 72 | MEDIOS | NO | 91 |
| PACIENTE 22 | MUJER | TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD | 37 | MEDIOS | NO | 70 |
| PACIENTE 23 | HOMBRE | ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA | 29 | PRIMARIOS | SI, alcohol y cannabis | 61 |

Tabla 1. Resultados de la encuesta realizada en diferentes centros psiquiátricos.

La Figura 1 muestra las diferentes puntuaciones de la encuesta en función del trastorno mental. Se observa que los esquizoafectivos presentan el valor más alto. Mientras que la alteración de la conducta su valor es el mínimo.

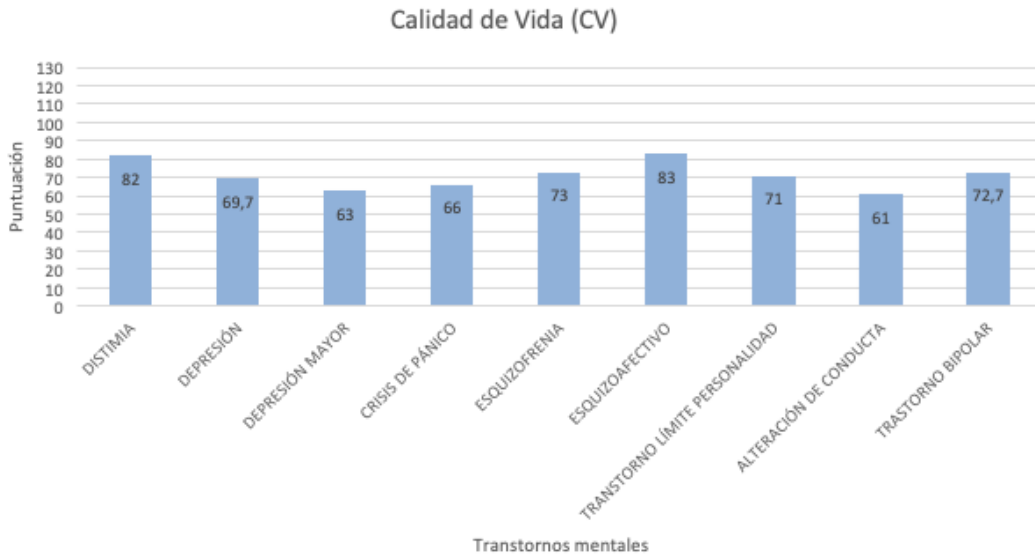
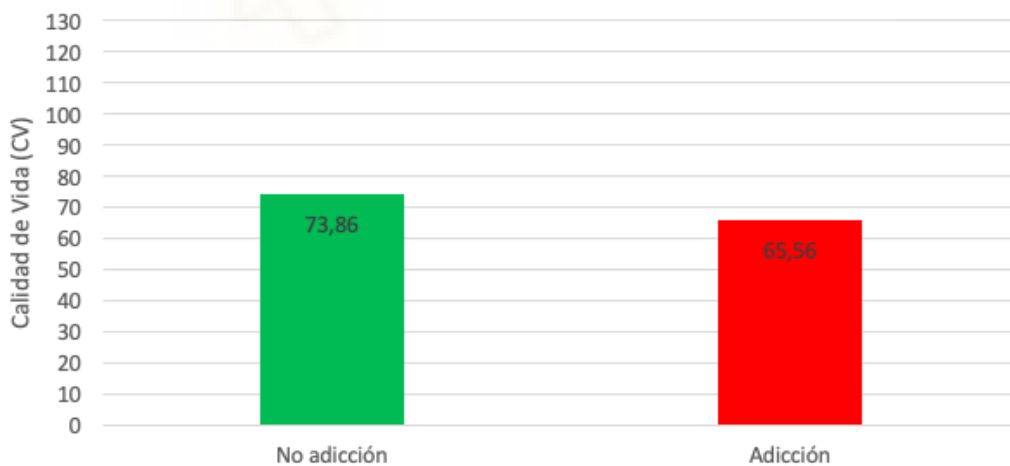


Figura 1: Resultados de la encuesta en pacientes con distintas enfermedades mentales



Figuro 2: Calidad de vida de pacientes que han abusado de sustancias tóxicas independientemente de trastorno mental diagnosticado.

En las Figuras 3, 4 y 5, se observa que la depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar son patologías que abundan en el tamaño muestral recogido. Sin embargo, trastorno límite de personalidad y crisis del pánico no se han analizado por no tener suficiente muestra.

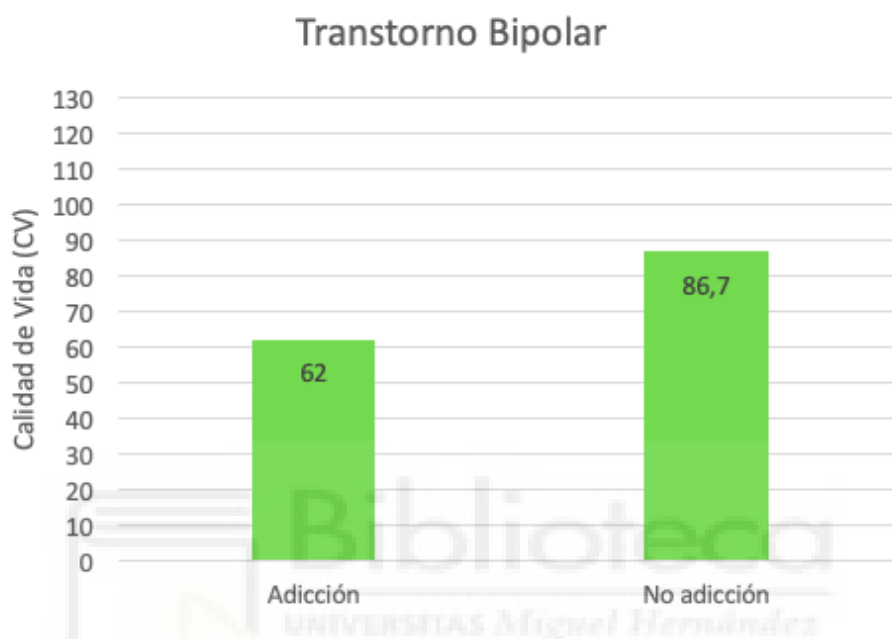


Figura 3: Calidad de Vida en pacientes con trastorno bipolar

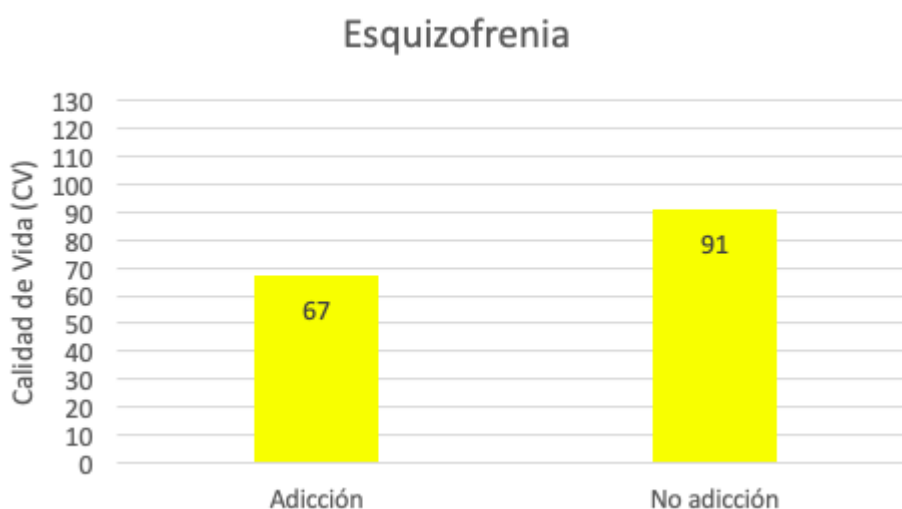


Figura 4: Calidad de Vida en pacientes con esquizofrenia

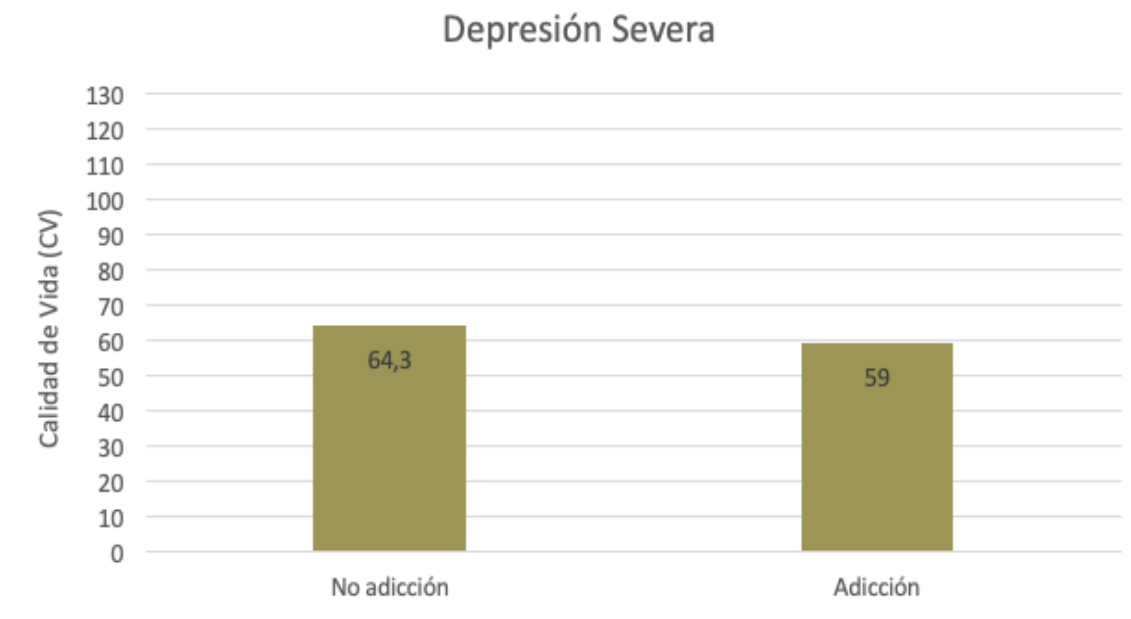


Figura 5: Calidad de Vida en pacientes con depresión mayor



6. DISCUSIÓN

Sea cual sea el trastorno mental, la media de los pacientes que padecen una enfermedad de salud mental tienen mayor calidad de vida (73,86) que los pacientes que padecen una enfermedad mental y han abusado o han sido adictos a sustancias tóxicas (65,56) independientemente del trastorno mental que padecen, como se indica en la Figura 2. Por otra parte, los pacientes que padecen esquizofrenia comórbida tienen una menor calidad de vida que aquellos pacientes que solo tienen esquizofrenia.

Según los resultados de la encuesta, los pacientes con esquizofrenia (Figura 4) muestran una mejor calidad de vida que aquellos que no sufren una patología dual (comorbilidad). Estos resultados coinciden con los del trabajo de Bhalla, Stefanovics y Rosenheck (2018), no solo con enfermos de patología dual, sino aquellos con cualquier multimorbilidad ⁽²⁵⁾. No obstante, este estudio compara tres poblaciones distintas: pacientes con enfermedades mentales comórbidas, pacientes que solo padecen la enfermedad mental y pacientes con ausencia de enfermedad que abusaban de sustancias tóxicas. Aunque dan resultados semejantes a los de la encuesta realizada en las diferentes instituciones; los pacientes con enfermedades mentales que también consumían sustancias tóxicas tenían una peor calidad de vida que aquellos que solo tenían la enfermedad mental. Sin embargo, la diferencia no es tan notable en la esquizofrenia como los resultados de este trabajo. También el trabajo de Adan, Marquez-Arrico, Gilchrist (2017), coincide en que el trastorno por consumo de sustancias junto con la coexistencia de una enfermedad mental grave puede influir en la calidad de vida relacionada con la salud ⁽²⁸⁾.

Los pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno depresivo comórbido presentan una puntuación media de (67), (62) y (59) respectivamente (Figura 4-6). Estos resultados son inferiores que los que presentan solo trastornos mentales. Al igual que el estudio de Adan, Marquez-Arrico y Gilchrist (2017), en el que analizaron mediante una encuesta el funcionamiento físico, la vitalidad, y la escala física compuesta que son tres dimensiones distintas sobre la calidad de vida.

La escala de calidad de vida realizada da unos resultados coincidentes, salvo en la esquizofrenia comórbida (que los resultados del artículo tienen la puntuación de calidad de vida más baja). Anteriormente se analizan tres dimensiones distintas de la calidad de vida, por tanto, es difícil compararlo con las puntuaciones del estudio realizado, ya que la encuesta mide la calidad de vida de forma general y tiene unas dimensiones diferentes como son: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Hay que tener en cuenta muchas más variables para llegar a un paralelismo concluyente.

Referente a la depresión comórbida, Figura 5, los resultados de la encuesta presentan una calidad de vida inferior de (59) puntos frente a los pacientes que solo padecen depresión con (64,3) puntos. Los resultados hacen referencia a que el abuso de alcohol concomitante con una enfermedad mental hace que disminuya la calidad de vida.

El diagnóstico dual (comorbilidad) también implica cierta interacción entre enfermedades, la cuál puede hacer que ambas empeoren. Las personas que presentan patología dual tienen mayor riesgo de recaídas, hospitalización, mayor frecuencia de servicios de urgencias, violencia, encarcelación, mendicidad, complicaciones médicas, ideación y conducta suicida, mortalidad, y en general dificulta enormemente el proceso de reinserción social de este colectivo. En general son un grupo de pacientes con una mala evolución, una mala calidad de vida, una elevada morbilidad, mortalidad y un consumo elevado de recursos sanitarios y sociales.

Resaltar que en la Tabla 1 se muestra cómo el paciente 12, padece trastorno bipolar comórbido y tiene una puntuación de calidad de vida de (85). Sin embargo, el paciente 11 solo padece trastorno bipolar y tiene una puntuación de calidad de vida de 65. De la misma manera, el paciente 17 y 19 tienen esquizofrenia comórbida y tienen una puntuación de calidad de vida de (83) y (85). Sin embargo, el paciente 18 solo padece esquizofrenia y tiene una puntuación de calidad de vida de (55).

Esta situación puede ser debida al consumo frecuente de sustancias tóxicas les produce una sensación gratificante. Los pacientes comórbidos consideran de manera subjetiva que tienen una mejor calidad de vida, sin llegar a pensar que un consumo continuado de las mismas tiene consecuencias graves para su salud. Dentro del colectivo estudiado algunos pacientes utilizan las sustancias tóxicas como una forma de automedicación considerando que pueden alcanzar una mayor calidad de vida ⁽³⁰⁾. Además, la fase de la enfermedad de cada paciente podría ser determinante en la forma de afrontar la enfermedad, por lo que la puntuación es muy subjetiva ⁽³¹⁾.

La economía juega un papel muy importante en la salud mental. Tener un buen nivel socioeconómico es determinante. Una persona con problemas para llegar a fin de mes o sin un trabajo estable es mucho más probable que desarrolle ansiedad o estrés, que a la larga se convierta en una patología de salud mental. Además, también entra la falta de recursos en la seguridad social que, al no tener suficiente personal (psicólogos y psiquiatras), deja que estos problemas pasen por los médicos de familia, y aumente así las prescripciones y dispensaciones de antidepresivos y ansiolíticos en la oficina de farmacia. La falta de psicólogos en la seguridad social hace que personas de clase baja no puedan acceder a psicólogos privados debido al coste y siga empeorando su salud mental ⁽³²⁾.

Por otra parte, la importancia del apoyo social. Se ha visto que la carencia de éste produce una difícil reinserción en la sociedad. Una buena red de apoyos (instituciones sociales de integración, fundaciones, etc.), cuando se tiene un problema de salud mental, es fundamental para el paciente. Dicha red puede ayudar en múltiples aspectos como encontrar un trabajo, una vivienda o evitar un nuevo brote. La falta de estas puede producir que ingresos en centro psiquiátricos, penitenciarios o muerte por suicidio.

La pérdida de apoyo del personal sanitario cuando los pacientes con problemas de salud mental son dados de alta, esa transición del hospital al hogar donde habitan les puede crear una ansiedad y/o depresión, donde pueden llegar a experimentar recaídas, reingresos en el hospital o pueden llegar a suicidarse.

Por lo que la comunicación profesional sanitario-paciente es muy importante. Tal como explica Simpson et al. (2014), este apoyo es rentable para un cambio positivo en la medida de la desesperanza ⁽¹⁷⁾.

En el estudio de Farris et al. (2003), tiene en cuenta las diferencias psicosociales, demográficas, edad, sexo, etnia, estado civil, educación, empleo, discapacidad. También, revelaron que los pacientes con esquizofrenia junto con el abuso de alcohol y sustancias tóxicas (no especifica cuales son), es decir, los pacientes con esquizofrenia comórbida tienen circunstancias de vida más desafiantes y tienen mayor aumento de admisiones psiquiátricas ⁽²⁰⁾.

Las posibles limitaciones a este trabajo se deben al escaso número de pacientes (tamaño de muestra no significativo) a los que se les realizó la encuesta. Heterogeneidad de los pacientes y su patología. Fase de la enfermedad (parcialmente estable o estable) cuando realizaron la misma. En general, las condiciones socioeconómicas, entorno social, amistades, nivel de estudios, género, estilo de vida, predisposición familiar, etc. de cada paciente.

7. CONCLUSIÓN

Una vez analizados los datos de la encuesta, los pacientes que tienen diagnóstico dual presentan una calidad de vida menor que aquellos pacientes que solo padecen la enfermedad mental. Hay pacientes con diagnóstico dual que dicen tener mejor calidad de vida. La conclusión es relativa porque la calidad de vida en pacientes de salud mental va a depender de su estado de bienestar físico, social, psíquico y emocional.

Podría ser relevante la comunicación (intercomunicación entre profesionales y profesional-paciente) para incrementar la calidad de vida (CV) de los pacientes, a través de ella lograremos un efecto empático que nos ayudará a mejorar la salud mental y por ende la calidad de vida del paciente.



8. AGRADECIMIENTOS

Decidí realizar las prácticas de final de grado de farmacia en el centro Dr. Esquerdo. Ha sido una de las decisiones más importantes de mi vida, tanto a nivel personal como profesional, sobre todo por las vivencias que he tenido con los pacientes que han enriquecido mi vida.

He tenido el privilegio de trabajar con el Dr. Martínez Granados jefe del departamento de farmacia, su pasión por la profesión y la lucha continua por mejorar la salud del paciente me ha hecho despertar interés en esta rama de la farmacia. Esta experiencia también me ha servido para quitarme los prejuicios que traía de casa y ser más empático.

Además, he colaborado con los Drs. Pascual y Matarredona, psiquiatras del Hospital Público Virgen de los Lirios (Alcoy) y Centro de Salud La Fábrica (Alcoy).



9. BIBLIOGRAFIA

1. Merelman RM. The sense of well-being in America: Recent patterns and trends. By Angus Campbell. (New York: McGraw-hill, 1981. Pp. Xiii + 263. \$14.95.). Am Polit Sci Rev [Internet]. 1981;75(3):763–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2307/1960993>
2. Meeberg GA. Quality of life: a concept analysis. J Adv Nurs [Internet]. 1993;18(1):32–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18010032.x>
3. Bogнар G, Department of Philosophy, Florida State University. The concept of quality of life. Soc Theory Pract [Internet]. 2005;31(4):561–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5840/soctheorpract200531426>
4. Clark WD Jr. SOCIOLOGY ANGUS CAMPBELL, PHILLIP CONVERSE and WILLARD RODGERS. The quality of American life. Pp. 598. New York: Russell sage foundation, 1976. \$15.00. Ann Am Acad Pol Soc Sci [Internet]. 1976;428(1):170–170. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/000271627642800149>
5. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. JAMA [Internet]. 1994;272(8):619–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1994.03520080061045>
6. Haas BK. Clarification and integration of similar quality of life concepts. Image J Nurs Sch [Internet]. 1999;31(3):215–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00483.x>
7. Gerber GJ, Coleman GE, Johnston L, Lafave HG. Quality of life of people with psychiatric disabilities 1 and 3 years after discharge from hospital. Qual Life Res [Internet]. 1994;3(6):379–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/bf00435389>
8. Lamb HR. Lessons learned from deinstitutionalisation in the US. Br J Psychiatry [Internet]. 1993;162:587–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.162.5.587>
9. Mercier C, Tempier R, Renaud C. Services communautaires et qualité de la vie: une étude d'impact en région éloignée. Can J Psychiatry [Internet].

- 1992;37(8):553–63. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1177/070674379203700806>
- 10.** Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1980;37(4):392–7. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003>
- 11.** Baker F, Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems. Eval Program Plann [Internet]. 1982;5(1):69–79. Disponible en:
[http://dx.doi.org/10.1016/0149-7189\(82\)90059-3](http://dx.doi.org/10.1016/0149-7189(82)90059-3)
- 12.** Bigelow DA, Brodsky G, Stewart L, Olson M. The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. En: Innovative Approaches to Mental Health Evaluation. Elsevier; 1982. p. 345–66.
- 13.** Freeman H. Alternatives to mental hospital treatment. Edited by Leonard I. Stein and Mary Ann Test. New York: Plenum publishing. 1978. Pp 327–330. - the psychiatric Halfway House: A handbook of theory and practice. By Richard D. Budson. Pittsburgh: University of Pittsburgh press. 1978. Pp 267–270. Br J Psychiatry [Internet]. 1979;134(5):539–539. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s0007125000059018>
- 14.** Barcia D A, JI H. Quality of life of patients treated with risperidone. A Psiquiatria. 1996;12:134–41.
- 15.** Bousoño M, Pa S. Calidad de Vida y Salud Mental. Aula Médica. 1997;
- 16.** Revicki DA, Simon GE, Chan K, Katon W, Heiligenstein J. Depression, health-related quality of life, and medical cost outcomes of receiving recommended levels of antidepressant treatment. J Fam Pract. 1998;47(6):446–52.
- 17.** Simpson A, Flood C, Rowe J, Quigley J, Henry S, Hall C, et al. Results of a pilot randomised controlled trial to measure the clinical and cost effectiveness of peer support in increasing hope and quality of life in mental health patients discharged from hospital in the UK. BMC

- Psychiatry [Internet]. 2014 [citado el 9 de enero de 2022];14:30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24495599/>
18. Corbin JA. Tipos de Trastorno Bipolar y sus características [Internet]. Psicologiamente.com. 2016 [citado el 10 de enero de 2022]. Disponible en: <https://psicologiamente.com/clinica/tipos-trastorno-bipolar>
19. Lopez A. Trastorno Afectivo Bipolar: La Enfermedad de las Emociones. 6a ed. Edaf S.A; 2005.
20. Farris C, Brems C, Johnson ME, Wells R, Burns R, Kletti N. A comparison of schizophrenic patients with or without coexisting substance use disorder. Psychiatr Q [Internet]. otoño de 2003 [citado el 12 de enero de 2022];74(3):205–22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12918597/>
21. Centro Doctor Esquerdo - Diputación de Alicante [Internet]. Diputación de Alicante. 2020 [citado el 10 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.diputacionalicante.es/areas/centro-doctor-esquerdo/>
22. Trastorno Depresivo [Internet]. Clínic Barcelona. [citado el 10 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastorno-depresivo>
23. Depresión (trastorno depresivo mayor) [Internet]. MayoClinic.org. [citado el 10 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
24. Page S, Davies-Abbott I, Jones A. Dementia care from behind the mask? Maintaining well-being during COVID-19 pandemic restrictions: Observations from Dementia Care Mapping on NHS mental health hospital wards in Wales. J Psychiatr Ment Health Nurs [Internet]. 2021;28(6):961–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12763>
25. Bhalla IP, Stefanovics EA, Rosenheck RA. Mental health multimorbidity and poor quality of life in patients with schizophrenia. Schizophr Res [Internet]. 2018 [citado el 11 de enero de 2022];201:39–45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29709490/>

26. Jurídicas N. Historia de las drogas y de la guerra de su difusión · Noticias Jurídicas. 2007 [citado el 12 de enero de 2022]; Disponible en: <https://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4340-historia-de-las-drogas-y-de-la-guerra-de-su-difusion/>
27. Bequir S. Factores que influyen en las adicciones [Internet]. Instituto Castela. 2019 [citado el 17 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.institutocastelao.com/factores-que-influyen-en-las-adicciones/>
28. Shibboleth authentication request [Internet]. Umh.es. [citado el 13 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www-embase-com.publicaciones.umh.es/records?subaction=viewrecord&id=L618875716>
29. Villalobos B. Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. Cuicuilco. 2010;17(49):61–81.
30. Los síntomas de un trastorno psiquiátrico pueden convertirse en factores de riesgo para el desarrollo de una adicción [Internet]. Patologiadual.es. [citado el 17 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.patologiadual.es/prensa/np/020413np_automedicacion_pdf
31. Calidad de vida en los trastornos mentales – SID [Internet]. Usal.es. [citado el 17 de enero de 2022]. Disponible en: <https://sid-inico.usal.es/documentacion/calidad-de-vida-en-los-trastornos-mentales/>
32. Cinco datos escandalosos sobre la desigualdad extrema global y cómo combatirla [Internet]. Oxfam International. 2020 [citado el 18 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.oxfam.org/es/cinco-datos-escandalosos-sobre-la-desigualdad-extrema-global-y-como-combatirla>

ANEXO 1



Anexo 3.1 de la publicación "Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco". Servicio Andaluz de Salud, 2010.



ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

WHOQOL-BREF



Versión adaptada de:

Murgieri, M. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF. En red: Última actualización 30/03/2009.
http://www.llave.connmed.com.ar/portalnoticias_vernoticia.php?codigonoticia=17621

Torres M, Quezada M; Rioseco R, Ducci ME. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. Rev Med Chile 2008; 136: 325-333.

Otras referencias de interés:

Lucas R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ediciones Ergon. 1998

Versión original: OMS. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF World Health Organization 2004

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

| | | | | |
|------------------------------------|--------------|------------|----------|----------------|
| Sexo: | Hombre | Mujer | | |
| ¿Cuándo nació? | Día | Mes | Año | |
| ¿Qué estudios tiene? | Ninguno | Primarios | Medios | Universitarios |
| ¿Cuál es su estado civil? | Soltero/a | Separado/a | Casado/a | |
| | Divorciado/a | En pareja | Viudo/a | |
| ¿En la actualidad, está enfermo/a? | Sí | No | | |

Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es? _____
_____ Enfermedad/Problema

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor **conteste todas las preguntas**. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida **durante las dos últimas semanas**. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

| | Nada | Un poco | Moderado | Bastante | Totalmente |
|---------------------------------------------------|------|---------|----------|----------|------------|
| ¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

| | Nada | Un poco | Moderado | Bastante | Totalmente |
|---------------------------------------------------|------|---------|----------|----------|------------|
| ¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita? | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 |

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

| | | Muy Mala | Regular | Normal | Bastante Buena | Muy Buena |
|---|------------------------------------------|--------------------|------------------------|-----------|-----------------------|------------------|
| 1 | ¿Cómo calificaría su calidad de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | Muy insatisfecho/a | Un poco insatisfecho/a | Lo normal | Bastante satisfecho/a | Muy satisfecho/a |
| 2 | ¿Cómo de satisfecho/a está con su salud? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

| | | Nada | Un poco | Lo normal | Bastante | Extremadamente |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-----------|----------|----------------|
| 3 | ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | ¿Cuánto disfruta de la vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | ¿Cuál es su capacidad de concentración? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

| | | Nada | Un poco | Lo normal | Bastante | Totalmente |
|----|---------------------------------------------------------------------|------|---------|-----------|----------|------------|
| 10 | ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | ¿Es capaz de aceptar su apariencia física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas se ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida.

| | | Muy satisfecho/a | Poco | Lo normal | Bastante satisfecho/a | Muy satisfecho/a |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|-----------|-----------------------|------------------|
| 16 | ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | ¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | ¿Cómo de satisfecho/a está de sus relaciones personales? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | ¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | ¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

| | | Nunca | Raramente | Moderadamente | Frecuentemente | Siempre |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|---------------|----------------|---------|
| 26 | ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

.....

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

.....

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

.....

.....

Gracias por su ayuda