

TÍTULO:

"ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LOS FACTORES PSICOPATOLOGICOS, Y LOS RELACIONADOS AL TRATAMIENTO, EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES **CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN** LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN."

Dra. Cristina Medina Graciano

Residente del Departamento de Psiquiatría. Programa Multicéntrico de Residencias Médicas. Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey. e-mail: cristamg@gmail.com

CONTENIDO

CONTENIDO	2
1.0 Datos de Identificación	3
2.0 Síntesis	4
3. 0 Marco Teórico	4
3.1 Planteamiento del Problema	5
3.2 Antecedentes	6
3.2.1 ESQUIZOFRENIA: Generalidades, diagnóstico y tratamiento actual	6
3.2.2 Calidad de vida en la esquizofrenia	27
4. 0 Justificación.	53
5.0 OBJETIVOS.	54
6.0 Hipótesis	54
7.0 Diseño del Estudio	55
8.0 Metodología del Estudio	55
9.0 RESULTADOS	68
10. 0 DISCUSIÓN	86
11.0 CONCLUSIONES.	89
12.0 Aspectos Éticos	90
13. 0 Organización	91
14.0 Financiamiento	91
15.0 Cronograma	92
17. 0 REFERENCIAS:	93

1.0 DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Protocolo:

SSNL. - ID DEIS - 19011519

Título:

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LOS FACTORES PSICOPATOLOGICOS, Y LOS RELACIONADOS AL TRATAMIENTO, EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN.

1.1 Autores y Grados

Investigador principal.

Dra. Cristina Medina Graciano.

Residente del cuarto año de la especialidad en Psiquiatría. Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas –ITESM.

Colaborador:

Dr. Roberto Llanes Ortiz.

Residente del cuarto año de la especialidad en Psiquiatría. Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas –ITESM.

Asesor:

Dr. Ricardo Caraza Camacho

Médico Psiquiatra.

1.2 Departamentos participantes

- Departamento de Psiquiatría del Programa Multicéntrico de Residencias Médicas del Instituto Tecnológico y de Estudios de Monterrey.
- Departamento de Enseñanza e Investigación de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León.

1. 3 Instituciones Participantes.

- Escuela de Medicina del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.
- Servicios de Salud de Nuevo León.

1. 4 Área de Investigación

Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León.

1.4 Línea de Investigación

- PSIQUIATRÍA - Calidad de vida en personas con esquizofrenia.

1.5 Fechas en que se realizó: De julio a septiembre del 2015

2.0 SÍNTESIS

INTRODUCCION: La calidad de vida se ha convertido en indicador global de la eficacia del tratamiento en padecimientos psiquiátricos, el estudio al respecto se ha centrado en trastornos psicóticos, específicamente la esquizofrenia. Las investigaciones realizadas al respecto ponen de manifiesto los distintos factores influyen en los dominios de la calidad de vida. La atención a los factores psicopatológicos y relacionados al tratamiento forma parte de las metas primarias de la atención, en este trabajo se realizara el análisis de éstas variables en el contexto de nuestra población de usuarios en la Unidad de Rehabilitación Psiguiátrica de los servicios de Salud de Nuevo León (URP - SSNL).

OBJETIVOS: Analizar el impacto en la calidad de vida y el funcionamiento global de los usuarios con esquizofrenia de los factores relacionados al tratamiento y a las características psicopatológicas intrínsecas a la esquizofrenia, y los comorbilidades.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio original, observacional, con una medición transversal, sobre un muestra de conveniencia de usuarios con diagnóstico de esquizofrenia, entre los 18 y 65 años, atendidos en la consulta externa de URP-SSNL, excluyendo pacientes que presenten comorbilidades médicas crónico degenerativas e infecciosas, o intoxicación durante el último mes con sustancias psicoactivas (a excepción de cafeína y tabaco). Se aplicaron instrumentos auto y heteroaplicados; escala de actitud al tratamiento (DAI-10), evaluación neuropsicológica breve (NEUROPSI), escala de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS), escala de efectos adversos a medicamentos (UKU), y formatos para identificar las características del tratamiento farmacológico elaboradas para éste estudio. Se formaron dos grupos de acuerdo al sexo, y se dividirán luego participantes de acuerdo al tipo de síntomas psicóticos predominantes (medido por PANSS), y el deterioro cognitivo global (leve, moderado o severo de acuerdo a NEUROPSI). Luego de utilizar estadística descriptiva para exponer los datos obtenidos se analizó la reacción entre las variables utilizando pruebas paramétricas para calcular la correlación entre las variables para el general del grupo, y no paramétricas para comparar grupos por sexo, y subgrupos relevantes de acuerdo a las variables categóricas

CONCLUSIONES: Dentro de este grupo evaluado, los factores más relevantes son la sintomatología afectiva de tipo depresiva que impacta dominios subjetivos de calidad de vida, la severidad de síntomas psicóticos de acuerdo a la escala PANSS que afecta principalmente dominios objetivos y funcionamiento, y específicamente el factor deterioro cognitivo, afecta el nivel de funcionamiento. A pesar del tratamiento que se emplea en estos pacientes, del aparente buen cumplimiento y la asistencia a controles regulares, (de acuerdo a las condiciones de la institución) la severidad sintomática psicótica, cognitiva y afectiva persiste en grado tal mantiene los niveles de funcionamiento bajos, e impactando negativamente la calidad de vida. Los efectos adversos, aun cuando no se refiere que interfieran en las actividades cotidianas, si afectan negativamente la calidad de vida, principalmente la autopercepción de ésta. Y aun cuando sabemos del carácter crónico y residual de la sintomatología a pesar del tratamiento, hay dominios que no han sido atendidas y que pueden modificarse con los recursos al alcance en la institución; específicamente y la rehabilitación cognitiva y hace énfasis en la evaluación específica de síntomas afectivos. Por otro lado, tener presente también que en ésta población, los factores sociodemográficos influyen en la calidad, a aquellos descritos en otras poblaciones como la ocupación, escolaridad, pero también las características de la red de apoyo, y el estrato socioeconómico; es decir, trabajamos con una población vulnerable en diversos sentidos.

3. 0 MARCO TEÓRICO

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro medio, los recursos humanos y materiales disponibles en los servicios de salud son limitados. El tratamiento de los trastornos psiquiátricos, en este caso la esquizofrenia, requiere de recursos humanos y materiales organizados para brindar una atención integral, con intervenciones farmacológicas y psicosociales, que incidan sobre los factores sociodemográficos, psicopatológicos, los relacionados al tratamiento, y los psicosociales que impactan en la calidad de vida de quienes padecen la esquizofrenia.

La atención en salud mental se ha centralizado, ya que oficialmente dentro de los Servicios de Salud de Nuevo León, solo en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica se atienden los diversos trastornos mentales.

El departamento de estadística de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León (URP-SSNL) reporta que tan solo en el año 2014, la consulta externa por psiquiatría fue de 15,331 atenciones, entre las cuales fue esquizofrenia paranoide es uno de los 10 principales motivos de consulta. Se reportaron 445 consultas en las que el diagnosticó fue esquizofrenia paranoide (313 hombres, y 132 mujeres), de éstas 439 son subsecuentes y solo 6 clasificados como primera vez. Respecto a la atención intrahospitalaria, en el 16.53% (142 casos) el diagnóstico principal fue esquizofrenia. [1].

La atención a las variables psicopatológicas, y los ajustes respecto al tratamiento farmacológico son la meta primaria. El tratamiento ofertado a los usuarios abarca las intervenciones farmacológicas, psicoeducación, y la atención intrahospitalaria en estancias breves indicadas en caso de recaídas. La escasez de medicamentos y el diferimiento de citas de seguimiento en la consulta de psiquiatría por la saturación del servicio es una problemática constante.

Los usuarios atendidos en nuestra unidad (URP-SSNL), son en su mayoría población abierta, que dado su estatus laboral (informal, desempleados, inestabilidad laboral), no pueden acceder a otros servicios de seguridad social, y que además tiene ingresos económicos limitados y variables.

Teóricamente, las condiciones expuestas crean una problemática que puede repercutir en el resultado del tratamiento. Analizar la interacción de los factores psicopatológicos y relacionados al tratamiento, en el contexto de las condiciones de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León (URP-SSNL), y las características sociodemográficas de los usuarios, busca exponer el peso de estos factores en el resultado del tratamiento a través del indicador de calidad de vida y el funcionamiento global, en busca de áreas de oportunidad que sean útiles para planeación de estrategias haciendo uso eficiente de los recursos.

3.2 ANTECEDENTES.

3.2.1 ESQUIZOFRENIA: GENERALIDADES, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ACTUAL.

3.2.1.1 DEFINICIÓN.

Con el término esquizofrenia se designa a un conjunto de trastornos psicóticos, caracterizados todos ellos por la presencia de síntomas psicóticos positivos en algún momento de su desarrollo, y donde los síntomas negativos y cognitivos se asocian, a su vez, a un grado variable de discapacidad.[2].

3.2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA.

Éste padecimiento se asocia a una marcada disfunción personal, social y laboral condicionando la dependencia del paciente hacia terceras personas y una inversión económica para familiares y para el estado.

Su prevalencia a nivel mundial ronda el 0.3-0.7% [3]. La incidencia se estima en 20-40 casos por cada 100,000 habitantes al año, pero estos rangos pueden variar aún más, considerando también que se reporta solo la incidencia que recibe atención médica. La distribución por sexo es similar, sin embargo se observan diferencias respecto a la edad, inicio y curso de la enfermedad en éstos grupos. [4].

El inicio antes de la adolescencia es poco frecuente. La edad pico para el primer episodio psicótico se da en la mitad de la segundad década de la vida para los hombres y en las mujeres. [3]. El inicio en las mujeres suele ser más tardío y el curso más benigno en comparación con los hombres. Las mujeres enferman tres o cuatro años más tarde que los hombres y muestran un segundo pico de inicio alrededor de la menopausia. Consecuentemente, las esquizofrenias de inicio tardío son más frecuentes y más severas en las mujeres que en los hombres. La media de inicio de la enfermedad en hombres es de 15 años de edad mientras que en las mujeres es de más de 20 años. [3],[4]. El principal grupo de edad en riesgo de padecer esquizofrenia es de 15-35 años. [4].

Este trastorno mental es causa de discapacidad, de acuerdo al indicador de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) está dentro de las primeras 6 según informa la OMS en el 2011. [4].

3.2.1.3 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

En general, la esquizofrenia se inicia entre los 16 y los 30 años; muy raramente lo hace después de los 45 años. Por lo habitual el comienzo es insidioso y gradual, en el transcurso de unos 5 años, primero aparecen los síntomas negativos y depresivos; sigue la alteración social y cognitiva y varios años después surge la psicosis. [3].

El consenso actúan en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los trastornos mentales en su 5ta edición [3] contempla diferentes variaciones del curso: primer episodio o múltiples, con la especificación para cada uno de síntomas agudos actuales, en remisión parcial, remisión completa o no especificado. La mayor parte de los pacientes alternan en su curso clínico episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial. Son frecuentes los síntomas residuales entre los episodios.

Carpenter y Strauss [5], en el estudio Piloto Internacional sobre Esquizofrenia, en un seguimiento de 2 a 11 años desde el inicio de la enfermedad extrajeron las siguientes conclusiones: a) el deterioro temprano se estabilizaba en los dos primeros años de la enfermedad, b) el 75% no tenía cambios en recaídas, síntomas residuales ni en los funcionamientos ocupacional y social en dicho lapso, y c) 1/3 de los pacientes mostraba alguna mejoría a los 11 años. [6], [7].

Fases de la evolución:

<u>Periodo premórbido</u>: Se considera período premórbido el tiempo que antecede al inicio de la clínica psicótica propiamente dicha, y más concretamente al primer síntoma prodrómico de la enfermedad. La mayoría de autores considera que durante el período premórbido ya existen manifestaciones patológicas conocidas como "precursores" de las psicosis, tanto en el terreno psicomotor como en el funcionamiento psicosocial, relacional e interpersonal, y en la personalidad de estos pacientes psicóticos. [8].

<u>Pródromos:</u> Los pródromos de la esquizofrenia consisten en cambios mínimos en el carácter de la persona, con disminución del rendimiento laboral o escolar, aparición de ansiedad, sensación de malestar anímico o tendencia al aislamiento social. Estos pródromos son inespecíficos y pueden evolucionar hacia diferentes trastornos o desaparecer en unos meses.[9]. La etapa prodrómica pude extenderse entre 2 a 6 años, con un promedio de 4. [4], [8], [10].

<u>Fase psicótica</u>: Se divide a su vez en tres fases denominadas aguda, recuperación o estabilización y en la fase estable.

Fase aguda: Durante la fase aguda se presentan los síntomas positivos, negativos y desorganizados. La fase de estabilización o recuperación se refiere a un periodo de 6 a 18 meses posterior al tratamiento agudo seguida por la fase estable donde se presentan síntomas negativos y síntomas positivos residuales que son menos severos que en la fase aguda.[4]. Se ha descrito previo a la recaída un periodo prodrómico de alrededor de 4 semanas de duración caracterizado por síntomas no psicóticos e inestabilidad afectiva que es seguida por la reinstalación de síntomas psicóticos.[4].

Etapa temprana: El período crítico comprende los primeros 5 años, ya que alrededor del 80% de los pacientes presentan una recaída, y es en éste periodo donde ocurre con mayor frecuencia el deterioro en el funcionamiento e incremento de los síntomas. Después de 5 a 10 años de haber presentado el primer brote la mayoría de los pacientes experimentan

una fase de meseta donde la severidad de la enfermedad y el funcionamiento se mantienen estables, sin variaciones importantes.[4].

Fase de remisión, hay que evaluar el grado de recuperación en función del nivel premórbido alcanzado. Es necesario evaluar el grado de adaptación familiar, laboral y social, así como los principales factores implicados en dicha adaptación.[2]. La remisión completa, es decir, el restablecimiento de la función previa a la aparición del trastorno, no es frecuente. De los pacientes que continúan estando afectados, algunos parecen mantener un curso relativamente estable, mientras que otros presentan un empeoramiento progresivo asociado a una discapacidad grave. [3], [4]. Se considera que entre 10 a 15% de los pacientes presentan una recuperación total, la mayoría cursan con deterioro clínico con fluctuaciones entre remisiones y recaídas y alrededor del 10 al 15% se mantienen con síntomas psicóticos severos y crónicos. [4].

Etapa residual: Pueden estar ausentes las ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. Regularmente hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas positivos o conducta desorganizada que incluso pueden estar atenuados. [4].

La mayor parte de los estudios longitudinales de la esquizofrenia sugieren que su curso es variable [2], generalizando se esperaría que el curso del padecimiento se presentara en uno de las siguientes opciones [11]:

- Mejoría con desaparición de los síntomas y tendencia a la normalización de las relaciones interpersonales;
- Episodios sintomáticos periódicos en forma de reagudización de la sintomatología positiva. En los períodos interepisódicos puede haber o no sintomatología negativa. Generalmente tras cada episodio la capacidad de recuperación es menor
- Deterioro progresivo de la capacidad de relación interpersonal y de las funciones cognitivas, con tendencia al predominio de síntomas negativos.

Entre los predictores clínicos asociados a un mal pronóstico, se destacan: inicio insidioso, síntomas negativos prominentes, edad temprana al inicio de la enfermedad, deterioros cognitivos severos, pobre funcionamiento social premórbido, pobres adquisiciones educacionales previas y sexo masculino. A su vez, el pobre funcionamiento premórbido suele asociarse a: género masculino, inicio más temprano de los síntomas psicóticos, síntomas negativos, tipos deficitarios y pobre respuesta al tratamiento. [6].

3.2.1.4 CLASIFICACIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA.

La esquizofrenia no es un trastorno homogéneo respecto a su expresión sintomática, es decir, no todas las personas con esquizofrenia presentan los mismos síntomas, ni la misma evolución clínica. De esta manera, se han propuesto diferentes sistemas de clasificación de los tipos de esquizofrenia [11]. De acuerdo a la clasificación del DSM-IV-TR y CIE-10 se especifican

cinco subtipos (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual) y un apartado para padecimientos no especificados. [3]

En la quinta actualización del Manual Diagnóstico y de Estadística se propone la esquizofrenia dentro del espectro que integra otros trastornos psicóticos como el trastorno de ideas delirantes, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizoafectivo, indicado por sustancias, relacionados a otras afecciones médicos, entre otros. No considera ya los subtipos. Las especificaciones solicitadas son en función del curso (primer episodios, episodios múltiples, curso continuo) ya sea en episodio agudo, remisión parcial o remisión total. Otra especificación es la presencia de síntomas catatónicos (asociada a esquizofrenia). La severidad de los síntomas se propone señalar sobre una escala numérica del 0 al 5. [3].

3.2.1.5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ESQUIZOFRENIA.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social.[3].

Síntomas positivos:

Las alteraciones del contenido del pensamiento, como el delirio, son el síntoma característico de la esquizofrenia; es incorregible mediante la argumentación o la demostración de su imposibilidad (convicción delirante), adquirida y defendida mediante procesos lógicos alternativos (paralógicos), inconsistentes o mágicos, desviada de la norma cultural del contexto en que vive el individuo, y con un matiz de auto-referencialidad variable. Se presentan alteraciones de sensopercepción, típicamente alucinaciones, pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más frecuentes.[11].

Desorganización:

Incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados. Refleja alteraciones de forma y curso tanto del lenguaje como del pensamiento lenguaje y pensamiento, lenguaje describen una dificultad marcada para organizar un pensamiento coherente, de manera que se producen cambios patológicos en la manera de hablar o comportarse. La conducta desorganizada se refiere a forma de comportamiento sin una finalidad.[11].

Síntomas negativos:

Los síntomas negativos son procesos de déficit de las funciones afectiva, volitiva y de relación interpersonal. Los más importantes son los siguientes [11]:

 Apatía. Falta de interés por las personas y las cosas próximas, dando la impresión de que "nada importa", "nada, salvo el mundo propio que el paciente vive".

- Embotamiento afectivo y desorganización de la vida afectiva. Empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos, con disminución de la capacidad emocional.
- Afecto incongruente. Risas en momentos que demandan seriedad, llanto intempestivo.
- Pobreza del discurso. Relacionado con el empobrecimiento del pensamiento y la cognición (también llamado alogia).
- Abulia. Falta de energía, de impulso vital.
- Anhedonia. Incapacidad para disfrutar de actividades que antes eran placenteras.
- Aislamiento: Como consecuencia de retraimiento social, y deterioro funcional

Deficit cognitivo:

El déficit cognitivo que se presenta en los pacientes esquizofrénicos puede ser de distintos tipos. Los patrones de disfunción están relacionados de forma primaria y fisiopatológicamente con el trastorno. El déficit cognitivo es intrínseco al padecimiento, puede estar presente desde la etapa premorbida, y persistir en la fase de remisión.[4]. . Como consecuencias se presenta peor rendimiento en el funcionamiento social, el trabajo y el grado de autonomía. [11],[12].

Según los modelos cognitivos de la esquizofrenia, las alteraciones neuropsicológicas son la expresión de un mal funcionamiento del cerebro debido probablemente a una infra-activación metabólica del lóbulo frontal y a anormalidades en los circuitos neuronales que unen los lóbulos frontal, temporal y límbico. El déficit se situaría a nivel cortical y subcortical con predominio de circuitos fronto-temporales. [11],[12].

Con relación a las alteraciones neuropsicológicas específicas, éstas se detectan principalmente en las funciones ejecutivas, la memoria, la atención, y velocidad de procesamiento de la información. [11],[12].

- Funciones ejecutivas se obtienen rendimientos significativamente inferiores que en sujetos normales. Las áreas más afectadas de las funciones ejecutivas son: la fluidez verbal, la categorización y la flexibilidad cognitiva. Estudios empíricos recientes más relevantes y concluye que las funciones ejecutivas están fuertemente asociadas al funcionamiento en la comunidad
- Memoria se han detectado déficits en distintos aspectos mnésicos: peor rendimiento en tareas de memoria reciente seguidas de las de memoria a corto plazo, de codificación y déficit en la memoria de trabajo. La memoria verbal tiene un papel importante en todos los tipos de rendimiento psicosocial; la vigilancia está relacionada con la solución de problemas sociales y la adquisición de habilidades
- Atención, prerrequisito general y necesario del funcionamiento cognitivo, el aspecto más afectado es la atención sostenida. Este déficit está presente en el período premórbido, en la fase aguda y en la remisión.

En 2012, Olatz Napal y colaboradores realizan una revisión de los estudios publicados sobre deterioro cognitivo y su evaluación. En sus resultados reportan que los estudios

transversales que comparan el rendimiento cognitivo de muestras de controles, con población de a alto riesgo (HR), ultra alto riesgo (UHR), con episodio psicótico único (PEP) y con esquizofrenia crónica (EC), coinciden en señalar una gradación en la severidad del deterioro cognitivo que oscila desde la ausencia del mismo en los controles a la mayor severidad en los pacientes de larga evolución. Como conclusión de sus hallazgos tenermos que [13]:

- No existe un perfil neurocognitivo del deterioro.
- Conocer si las distintas funciones cognitivas se deterioran con la misma velocidad es difícil atendiendo los resultados de estudios que son principalmente transversales.
- Personas con esquizofrenia de inicio temprano presentan déficits cognitivos generales severos, mientras que aquellos con inicio tardío presentan funciones cognitivas relativamente conservadas, sufriendo de manera más restringida una afectación en la atención, fluidez verbal, cognición global, CI y habilidades visuoespaciales. El patrón cognitivo encontrado sugiere que estos déficits son específicos y no sólo resultado de la edad avanzada.
- Estudios de comparación con controles muestran que en el momento del diagnóstico, los pacientes ya presentan el deterioro, un 40% de ellos con una afectación cognitiva generalizada.
- Hay coincidencias al concluir en estudios distintos que la memoria de trabajo es la principal afectación deficitaria cognitiva en la esquizofrenia crónica, limitando a su vez a otras áreas cognitivas para una funcionalidad adecuada.

Factores como es el período de psicosis no tratada (DUP), parecen influir el el deterioro cognitivo. A mayor duración del DUP, mayor afectación neurocognitiva existe al recuperarse. Otros factores que parecen influir son: Edad avanzada, sexo masculino, mayor tiempo de institucionalización, presencia de mayor sintomatología, bajo nivel educativo, la raza, una edad de inicio más temprana y mayor duración de la enfermedad. No obtienen resultados concluyentes sobre la influencia de la medicación antipsicótica. [13].

De forma general, resultados obtenidos en los distintos estudios apoyan la hipótesis de la existencia de déficits cognitivos diferenciales que coexistirían con un déficit cognitivo generalizado. Se considera que la ausencia de estudios metodológicamente sólidos impiden establecer una conclusión firme respeto al déficit cognitivo selectivo. [11],[12].

Los autores hacen énfasis en que la pregunta sobre la posible evolución del deterioro cognitivo no puede aún ser respondida por la carencia de suficientes estudios longitudinales con metodología rigurosa y suficientemente extensos. La mayor parte de los estudios publicados son de carácter transversal. Hasta el momento tampoco hay consenso sobre las pruebas neuropsicológicas a utilizar en ésta población. [13].

Conductas de riesgo

Es importante tener en cuenta el riesgo de suicidio en todas las fases de la enfermedad y realizar una evaluación inicial de este riesgo en el momento de la evaluación psiquiátrica de cada paciente. La clozapina ha demostrado reducir los porcentajes de suicidio y el comportamiento suicida persistente. Es importante optimizar el tratamiento farmacológico de la psicosis y la

depresión. Con medidas farmacológicas (antidepresivos) y aumentar la frecuencia de las visitas ambulatorias en pacientes con alta reciente del hospital, ya que constituye un periodo de vulnerabilidad del paciente [2].

La conducta violenta puede aparecer en los pacientes con esquizofrenia y su incidencia varía en función del carácter más o menos agudo o grave de la psicosis. Los factores de riesgo generales son: antecedentes de detenciones previas, uso de sustancias, presencia de alucinaciones, delirios o conductas extrañas, deterioro neurológico, ser varón, de clase socioeconómica baja, pocos estudios y soltero. [2].

El eje del tratamiento es la medicación antipsicótica, pero también se ha descrito la utilidad de la medicación anticonvulsivante, litio y propanolol a dosis altas, así como un posible efecto favorable de la clozapina. [2].

3.2.1.6 DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA.

El diagnóstico de esquizofrenia se basa en dos premisas: las características clínicas y evolución de cuadro, y la exclusión de otras condiciones que puedan ocasionar sintomatología; para ésta última se utilizan los estudios paraclínicos. [3], [4], [14].

Los criterios diagnósticos propuestos por las versiones del Manual Diagnósticos y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica American - en su cuarta y quinta edición -, además de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10), guían el diagnóstico clínico. Se marca claramente que no han sido identificados signos patognomónicos de éste trastorno. [3], [4], [14]-

Los auxiliares diagnósticos a emplear serán seleccionados por el clínico, con la finalidad de completar el diagnóstico diferencial. Particularmente deberán realizarse en los casos en que en el cuadro clínico estén presentes síntomas de posible etiología somática. Los más frecuentes son los trastornos confusionales, los episodios de estados de conciencia crepuscular, las alucinaciones visuales, etc. También es preciso realizarlas cuando se sospecha la concomitancia de un proceso somático, en especial los cuadros infecciosos y las intoxicaciones, sin olvidar que los pacientes esquizofrénicos en tratamiento con psicofármacos pueden desarrollar alteraciones en la funcionalidad de determinados órganos. [14].

3.2.1.7 COMORBILIDADES.

Las comorbilidades psiquiátricas en personas con esquizofrenia han sido descritas ampliamente en la literatura. Las prevalencias reportadas oscilan en distintas poblaciones. Sin embargo un hallazgo constante son los tipos: Así tenemos que el abuso de sustancias (25-29%), depresión (18%), y ansiedad (14%), seguidos de TOC (5%), y trastornos de personalidad (prevalencia no especificada), son las más comunes. Para efectos de este estudio se revisan datos generales obre las tres principales comorbilidades y su evaluación. [15]. Los pacientes cursan con problemas médicos por sus hábitos higiénico-dietéticos que incrementan a 2 veces más la mortalidad de estos pacientes con respecto a población general. [4]

La presencia de depresión y otros factores como el abuso de sustancias, síntomas psicóticos severos y eventos vitales adversos incrementan el riesgo de suicidio en pacientes con esquizofrenia. Alrededor de 4 a 10% de los pacientes mueren por suicidio, siendo mayor este riesgo en hombres y en las etapas iniciales del padecimiento.[4].

Depresión.

La prevalencia de síndrome depresivo en pacientes con esquizofrenia oscila entre el 20% y 70%. Los síntomas depresivos se asocian con incremento del riesgo de recaída, falta de respuesta al tratamiento farmacológico, mayor cronicidad, mayor deterioro funcional, y riesgo suicida. En hombres parece menos frecuente que en mujeres.[16], [17].

Es importante distinguir los síntomas depresivos de los síntomas negativos, por lo que es recomendable una evaluación específica de síntomas depresivos que se incluyen como una dimensión psicopatológica más de la esquizofrenia. [4], [18], [19].

El origen es multifactorial, incluyendo entre los factores ahora las condiciones del paciente con esquizofrenia. Identificar los síntomas se torna aún más complejo. Apiquian y cols. en el 2001, evalúan de forma transversal pacientes con esquizofrenia, encuentran que los síntomas depresivos se encuentran asociados a variables como la falta de pareja, el uso de medicamentos concomitantes y las recaídas. También se ha documentado a través de revisiones sistemáticas y meta-análisis la relación de síntomas depresivos en tanto mejor introspección presenta el paciente. [16], [20].

La depresión post psicótica puede presentarse con sintomatología de intensidad mayor o menor, en comorbilidad con esquizofrenia, detectada durante remisión de síntomas psicóticos, durante el año próximo al episodio psicótico. El diagnostico no puede tipificarse si hay síntomas psicótico presentes. La tipificación como depresión post esquizofrénica requiere que el paciente haya presentado una agudización psicótica durante los últimos 12 meses, de acuerdo al concepto de la OMS y la clasificación vigente aun del CIE-10 (trastorno depresivo sin especificación). [16], [21].

Ha de considerarse que pueden presentarse síntomas pseudo depresivos, refiriéndonos con esto a la sintomatología típicamente depresiva que se presenta en el paciente con esquizofrenia, pero que no tiene como origen un cuadro afectivo, como sucede en el caso de enlentecimiento motor, anergia, disforia. [16], [21].

La identificación de ésta sintomatología es compleja. Esta puede evaluarse a través de escalas globales como BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale). [21]. Instrumentos comunes para depresión como Escalas como Hamilton (HDRS), Montgomery Asberg Rating Scale (MADRS), el inventario de depresión de Beck (BDI) han sido utilizados, pero su validez para el indicador de severidad es cuestionable (Tabla 1). Se ha conformado también escalas específicas como la escala para depresión en esquizofrenia de Calgary (CDSS); tiene una buena estructura unifactorial, buena coherencia interna, alta fiabilidad inter-evaluador y una validez externa y especificidad satisfactorias. [16], [21], [22].

TABLA 1: DOMINIOS DE ESCALAS PARA VALORAR DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.

	SINTOMAS	PANSS-D	BPRS-D	HAMD	BDI	CDSS
Sintomas depresivos	Animo depresivo	1	1	1	4	4
	Cambios en el apetito o peso			2	1	
	Alteraciones del sueño			3	1	1
	Debilidad					2
	Minusvalía				4	1
	Ideacion suicida		1	1	1	
Sintomas negativos	Apatia o anhedonia				2	
	Fatiga/ falta de motivación			1	2	
	Falta de concentración				2	
Sintomas extrapiramidales	Alteración de psicomotricidad			2	1	
Otros	Ideas delirantes	2	3	3	2	1
	otros sintomas			2	1	
	ansiedad/tension	2	1	2		
	ITEMS DE SINTOMAS NO DEPRESIVOS	4	4	10	10	1
	TOTAL DE ITEMS DE LA SUBESCALA	5	6	17	21	9

MODIFICADO DE: I.M. Lako et al. A systematic review of instruments to measure depressive symptoms in patients with schizophrenia Journal of Affective Disorders 140 (2012) 38–47.

La escala de síntomas positivos y negativos permite evaluar en pocos ítems la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad, aun cuando éstos pueden traslaparse. Es el segundo instrumento más utilizado para éste fin. La sensibilidad y especificidad es menor que la escala de Calgary, pero permite delimitar los síntomas psicóticos positivos y negativos, importante si el paciente esta sintomático.[22].

Respecto al tratamiento, revisiones sistemáticas sobre el tratamiento muestra que hay beneficio en el uso de antidepresivos en población con esquizofrenia y depresión, sin embrago indican que la evidencia es limitada, no hay evidencia suficiente para recomendarlo como línea de tratamiento estándar.

Los antipsicóticos atípicos tienen una eficacia mayor para tratar la depresión que los antipsicóticos convencionales. Se puede añadir antidepresivos como complemento de los antipsicóticos cuando los síntomas depresivos cumplan los criterios sindrómicos del trastorno depresivo mayor o sean graves y provoquen un malestar significativo o interfieran con la funcionalidad del paciente [2]. Las evidencias respladan el uso de inhibidores de recaptura de serotonina – más evidencia con el uso de fluoxetina - y desimipramina, no de otros. El tratar la depresión también impacta sobre el uso de sustancias si es concomitante, estudios disponibles sobre el uso de fluoxetina en personas con esquizofrenia y abuso de alcohol, cannabis.[18].

Respecto a la duración del tratamiento, no hay consenso sobre si debe limitarse al episodio, o indicarse a largo plazo. Se precisan de más estudios a largo plazo para valorar los beneficios que el uso de estos fármacos realmente puedan aportar.[16], [23], [24].

<u>Ansiedad.</u>

La presencia de síntomas de ansiedad se asocia con mayor riesgo de recaída, limitación funcional, menor calidad de vida. El trastorno de pánico, fobia social, trastorno de estrés postraumático, y trastorno obsesivo compulsivo son los diagnósticos más estudiados en pacientes con esquizofrenia. Revisiones bibliográficas estiman la prevalencia de trastornos de ansiedad en 36%. [25]–[28].

Aun cuando la prevalencia de distintos trastornos de ansiedad es mayor en población con esquizofrenia, existe discusión acerca de su relación, que algunos autores sugieren como intrínseca, a la esquizofrenia. Al evaluar la ansiedad como rasgo, con la escala Ansiedad —Rasgo de Spielberg (STAI), en personas que padece esquizofrenia, se obtienen datos interesantes. Las mujeres parecen ser más resistentes al estrés, con indicadores más bajos de ansiedad, similares a los encontrado en población sana, no así para los hombres, donde se ha reportado significativamente mayor.[25], [29]

Delimitar entre los síntomas del trastorno de ansiedad comórbido, y la ansiedad asociada a los síntomas psicóticos o incluso a los efectos adversos de medicamentos resulta una tarea compleja. Para autores como Bayle y colaboradores, la ansiedad neurótica y psicótica son clínicamente distintas, siendo ésta última descrita como intensa, profunda y hermética.[25], [26], [29].

Se ha utilizado PANSS (positive and Negative Syndrome Scale), BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), y HAMA (Hamilton Anxiety Scale) para la evaluación, pero no hay herramientas clinimétricas específicas, al menos de usos extendido en investigación, para la evaluación de la ansiedad en personas con esquizofrenia. Han surgido algunos instrumentos como la Escala de ansiedad en Esquizofrenia (Échelle Anxiété Schizophrénie [EAS scale]), pero su uso es limitado aun. Por otro lado se considera que también puede influir en los indicadores de prevalencia, la heterogeneidad de las definiciones de los síntomas de ansiedad y sus síndromes, así como las características de los instrumentos utilizados para la evaluación. [25]–[27], [29].

No hay lineamientos específicos para el tratamiento. La tendencia es la prescripción de antipsicóticos con efecto de sedación y el uso de benzodiacepinas.[25], [26].

Abuso de sustancias.

La comorbilidad más frecuente es el abuso de sustancias. La literatura proveniente en particular de Estados Unidos y Europa sugiere que el rango de prevalencia para este diagnóstico puede oscilar entre el 10% hasta el 70% [30]. Se conoce poco sobre su prevalencia en la población latina, sobre los factores ambientales, demográficos, clínicos y otras características en este grupo. Las sustancias de mayor consuma se encuentran en orden de importancia: nicotina, cafeína,

alcohol, anfetaminas, cannabis, cocaína, y finalmente opiáceos. El mecanismo que contribuye para la alta comorbilidad de esquizofrenia y abuso de sustancias no está claro. [18].

En México, solo se dispone de datos sobre población general. La encuentra nacional de adicciones, en que la prevalencia de abuso de sustancias a lo largo de la vida se estima en 7.8%. El género masculino ha sido asociado con la comorbilidad.[30]. Entre los estudios disponibles que indican características sociodemográficas en población latina Vega y colaboradores (citado en [30]) señalan que en población de origen mexicana en E.U.A., hay mayor frecuencia de patología dual en hombres, solteros, desempleados, con baja escolaridad, indigentes, migrantes y con síntomas depresivos. Schelley y Glikey indican antecedente de internamientos desde edad temprana y mejor funcionamiento premorbido como factores de riesgo. (Citado en [18]).

Los efectos del consumo son variables, a corto, y mediano plazo. Los efectos deseados inmediatos descritos en población con esquizofrenia se describen a continuación brevemente:

- Nicotina: el efecto deseado es mejorar el estado de ánimo, ayuda a su regulación, disminuye la ansiedad; mejora síntomas cognitivos como la atención, y redice síntomas extrapiramidales; por otro lado vienen las complicaciones por el tabaquismo intenso, se requiere de aumento de dosis de antipsicóticos. Mejora transitoriamente la supresión sensorial, por lo que mejora las dificultades para el procesamiento de la información sensorial.[18], [31].
- Cafeína: El efecto deseado en disminuir la fatiga y somnolencia. Puede contrarrestar efectos secundarios de los medicamentos, sin embrago induce sistema de citocromo P 450 y afecta el metabolismo de diversos psicofármacos, produce ansiedad.[18], [32].
- Alcohol: Se busca mejorar el estado de ánimo, mejorar la actividad social, disminuir los síntomas negativos, y atenuar los síntomas negativos. Por otro lado se relaciona a múltiples comorbilidades médicas no psiquiátricas, es factor predictivo para suicidio, mayor frecuencia de conductas disruptivas y peor nivel de funcionamiento. [18].
- Cocaína: Transitoriamente mejora el estado afectivo, reducir síntomas negativos, positivos y depresivos. Después el síndrome de abstinencia; y se asocia a menor eficacia de antipsicóticos, aumento de efectos secundarios como distonía aguda y tardía. [18].
- Anfetaminas: aumenta la sensación de energía. Pero puede precipitar cuadros psicóticos, con predominio de síntomas positivos. [18].
- Benzodiazepinas: El efecto deseado es disminuir la ansiedad, evitar el insomnio.
 Pero genera dependencia y suele combinarse con otras drogas para buscar efectos diversos durante la intoxicación. [18].
- Cannabis: El efecto deseado con la intoxicación es ansiolítico y antidepresivo; sin embargo es factor conocido precipitante de cuadro psicótico, se asocia a mal apego al tratamiento, mayor déficit cognitivo, y efectos adversos de los fármacos como rigidez, catatonia y discinesia. [18].
- Opioides: Se busca que atenué los síntomas psicóticos durante la intoxicación.
 Pero se exacerban los síntomas durante la abstinencia. [18].

Los efectos a mediano y largo plazo en el funcionamiento cerebral ocasionado por drogas de abuso son variables. Coullaut Valera y colaboradores [33], describen en población sin trastornos psicóticos previos mayor déficit de memoria de trabajo en sujetos con abuso prolongado de alcohol y cannabis. También mayor déficit en memoria inmediata y menor inhibición de respuestas automáticas. La atención alternante esta disminuida. Según éste estudio el tiempo de consumo influye en la severidad del déficit de memoria.

El trastorno dual puede tener efectos dramáticos en el curso clínico se asocian con más frecuencia a: periodos de hospitalización más frecuentes y prolongados, ausencia de hogar, violencia, problemas legales, suicidio y aumento de riesgo de infección por VIH. [2].

La presencia de un trastorno por uso de sustancias pasa desapercibida con frecuencia o es infravalorada en los individuos con esquizofrenia, en especial si el paciente es examinado durante un episodio psicótico agudo. Muchos pacientes con esquizofrenia no presentan un síndrome de dependencia fisiológica asociado a la dependencia del alcohol u otra sustancia. [2].La información espontánea es con frecuencia poco fiable, por lo que debe buscarse una confirmación a partir de otras fuentes, como familiares, otros terapeutas que hayan intervenido previamente y/o análisis de laboratorio y estudios de detección de sustancias.

El planteamiento terapéutico debe ser integrado y ha de tener en cuenta los déficit cognitivos del paciente y la tolerancia limitada al estrés. Los pacientes deben comprender que tienen dos trastornos crónicos complejos que, conjuntamente, dan lugar a un pronóstico peor que el que tendría cada uno por separado [2]. Se recomienda que los objetivos del tratamiento en pacientes con esta patología asociada sean los mismos que para el tratamiento de la esquizofrenia sin patología asociada, pero añadiendo a éstos los objetivos relativos al problema del uso de sustancias, como por ejemplo, reducción del daño, abstinencia, prevención de recaídas y rehabilitación.

3.2.1.8 TRATAMIENTO ACTUAL DE LA ESQUIZOFRENIA.

La complejidad de la esquizofrenia requiere de un amplio esquema de intervenciones para su tratamiento. Los objetivos generales son la reducción de la frecuencia, gravedad y consecuencias psicosociales de los episodios y la optimización de la función psicosocial entre los episodios. Los objetivos específicos dependen de la fase de la enfermedad y de las características del paciente.

Es necesario evaluar en cada caso las necesidades y objetivos, conflictos intrapsíquicos y defensas, estilos de afrontamiento, capacidades personales, factores biológicos, interpersonales, sociales y culturales que afecten a la adaptación del paciente. Para esto la integración de un equipo multidisciplinario, con una buena coordinación entre los profesionales que participan en la atención del paciente.

Entre los principios generales del tratamiento se encuentran:

- Establecer y mantener una alianza terapéutica.
- Vigilancia del estado psiguiátrico del paciente

- Proveer al paciente y a la familia de educación en relación con la enfermedad y su tratamiento.
- Facilitar del cumplimiento del plan del tratamiento.
- Incremento de la comprensión y la adaptación a los efectos psicosociales de la enfermedad.
- Identificar de los factores que precipitan o exacerban crisis y promoción de intervenciones precoces para prevenir recaídas.
- Brindar psicoeducación y apoyo para aliviar dificultades y mejorar la función familiar.
- Ayuda para acceder a los servicios necesarios y coordinación de los recursos en los diversos sistemas de salud mental, salud general y otros servicios.

Dentro del esquema de tratamiento se incluyen intervenciones farmacológicas, psicológicas y psicosociales, éstas son indicadas de acuerdo a la fase de del padecimiento.

3.2.1.8.1 FARMACOLOGICO.

Pacientes que cursan con primer episodio, o bien con recurrencia pero que alcanzan la remisión completa de su sintomatología, el tiempo de toma de medicamentos debe ser de 12 a 24 meses. La guía clínica mexicana propone que los pacientes que han presentado varios episodios o no alcanzan la remisión, el uso del medicamento es por un mayor "lapso de tiempo" y eventualmente es de por vida (juicio clínico) [4]. Otras fuentes, como guías españolas de tratamiento dictan que el tratamiento de mantenimiento con antipsicóticos por un tiempo indefinido está recomendado para pacientes que hayan sufrido diversos episodios previos o dos episodios en los últimos 5 años. [34].

Cuando se toma la decisión de interrumpir la administración de antipsicóticos es imprescindible tomar precauciones suplementarias para minimizar el riesgo de recaídas psicóticas, como reducción gradual de la dosis durante varios meses, visitas más frecuentes, y empleo de estrategias de intervención precoz. En un paciente que haya presentado un solo episodio de sintomatología positiva y no haya sufrido ningún síntoma durante el año siguiente de tratamiento de mantenimiento puede plantearse un periodo de prueba sin medicación. [34]

Se recomienda tratamiento indefinido en pacientes con antecedentes de intentos de suicidio graves o de conductas violentas y agresivas. El pilar del tratamiento es sin duda la medicación antipsicótica. Las dosis se apegan a las establecidas en la información para prescribir del fabricante y la respuesta clínica en nuestro medio. [34].

A. Antipsicóticos:

En la actualidad disponemos de dos grandes grupos de antipsicóticos: Atípicos y clásicos o típicos. Los antipsicóticos atípicos tienen un mecanismo de acción más complejo y selectivo que los clásicos y como consecuencia tienen un perfil de efectos secundarios más tolerable.[4].

Se dispone de presentaciones para administración vía oral e intramuscular. La medicación de depósito se aplica vía intramuscular. En el cuadro básico de la Secretaría de Salud en México, a

través del Seguro Popular, están disponibles presentaciones de ambos tipos. Se exponen a continuación los medicamentos autorizados de acuerdo a la guía de práctica clínica SSA-222-09, se indican los medicamentos disponibles en Seguro Popular (SP); a este listado se agrega un antipsicótico más en SP, aripiprazol, para administración vía oral, con dosis de mantenimiento de 15 a 30 mg por día. [4]. (TABLA 2).

Tabla 2: Medicamentos indicados por la guía de práctica clínica ssa-22-09 para el tratamiento de la esquizofrenia en méxico.

Antipsicóticos.	Inicial	Primer	Recurrenci	Mantenimiento	Dosis
-	(mg/día)	episodio	а	(mg/día)	Máxima (mg
		(mg/día)	(mg/día)		b
Primera Generación	•	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		•	
Alta potencia					
Haloperidol	10-15	10-15	10-15	5-10	60 mg
Trifluoperazina	10-15	10-15	10-15	5-10	40 mg
Zuclopenixol	10-50	10-50	10-50	10-50	150 mg
Flupentixol	10-40	10-40	10-40	5-20	40 mg
Potencia media					
Perfenazina	12-16	12-16	12-16	8-12	64 mg
Trifluoperazina	10-20	10-20	10-20	5-15	40 mg
Segunda generación	<u> </u>	•	•	•	
Clozapina	100-300	100-300	100-300	100-300	900 mg
Risperidona	2-6	2-6	2-6	2-4	10-16 mg
Olanzapina	5-15	5-15	5-15	5-10	20-40 mg
Quetiapina	150-750	150-750	150-750	150-750	800 mg
Ziprazidona	120-180	120-180	120-180	120-180	160 mg/Día
Intramuscular					
Olanzapina	10-20	10-20			40 mg
Zuclopentixol	50-150				150 mg
Antipsicóticos		•	•	Aplicación cada	
de acción prolongada				15-28	1
· -				días.(mg)	1
Decanoato				50-150	
de Haloperidol	_				
Decanoato de flufenazina				25-75	
Decanoato de pipotiazina				25-100	
Risperidona de acción	25, 37.5 о				
prolongada	50				1
Cada 10 a 15 días					
Decanoato de flupentixol				20-100	
Decanoato				200-500	
de zuclopentixol					
Penfluridol				20(semanal)	

(▼) No disponible en el catálogo de Seguro Popular

Efectos adversos de los fármacos antipsicóticos.

Efectos anticolinérgicos:

El más común es el muscarínico. Con los derivados de las fenotiazinas se presentan retención urinaria, trastornos de la acomodación visual, agravamiento del glaucoma, sobre todo el de ángulo cerrado, constipación, vértigo. [4].

Efectos cardiovasculares:

Hipotensión arterial es el efecto más común de las fenotiazinas alifáticas y de las piperidínicas (pipotiazina), producido por bloqueo de los receptores alfa adrenérgicos periféricos; cuando la hipotensión es grave se debe suspender el antipsicótico y administrar líquidos y sustancias noradrenérgicas.

El alargamiento del segmento QT, aparición de onda U y anormalidades en la onda T es más frecuente con las fenotiazinas que con las butirofenonas. Las arrítmias continuan siendo la causa más importante de muerte súbita por fibrilación ventricular, este efecto se observa con algunos antipsicóticos por su acción antagonista del calcio. [4].

Efectos neurológicos.

Síntomas extrapiramidales, disquinesia, acatisia, pueden aparecer dentro de los primeros días de manejo. La discinesia tardia se presenta con mayor frecuencia en los pacientes geriátricos, dentro de los factores de riesgo encontramos historia de alcoholismo y presencia de temblores o movimientos anormales previos al tratamiento. Para su prevención se deben ajustar las dosis iniciales, indicar la suspensión progresiva una vez finalizado el tratamiento, cambios de dosis gradual y lentamente, utilizar en todos los casos dosis bajas eficaces. [4].

Efectos metabólicos.

El aumento de peso es un efecto adverso común de los antipsicóticos atipicos. Gardner y colaboradores [35], observaron los siguientes incrementos de peso durante 10 semanas de tratamiento: clozapina 4,45 kg, olanzapina 4,15 kg, clorpromazina 2,58 kg, quetiapina (6 semanas) y risperidona 2,10 kg, haloperidol 1,08 kg, y ziprasidona 0,04 kg1.[36].

La hiperlipidemia y la hiperglucemia también se han asociado con el uso de antipsicoticos atípicos. En consenso, la Sociedad Americana de Psiquiatría, la Sociedad Americana de Diabetes y otras recomienda revisar la presión arterial, el peso y la glucemia plasmática basal a todos los pacientes tratados con los antipsicóticos atípicos de aproximadamente el 60% respecto al grupo control en tratamiento con antisicótico atípico durante más de 12 semanas.[36].

Se ha evaluado el riesgo de diabetes en una cohorte de 15.767 pacientes con esquizofrenia y sin diabetes previa, en tratamiento con olanzapina, risperidona y quetiapina, en comparación con haloperidol en un grupo control, y observó un aumento de la incidencia de diabetes en los tratados.[36].

La hiperprolactinemia es otros de los efectos adversos. La risperidona y amisulprida causan un incremento marcado y sostenido en los niveles séricos de prolactina. En pacientes cuya secreción de prolactina ya se halla estimulada por la administración de antipsicóticos, los medicamentos antiserotoninérgicos potencian la hiperprolactinemia, o la empeoran.[36].

Las diferencias interindividuales en la sensibilidad y en el desarrollo de síntomasdebidos a la hiperprolactinemia son variadas. La hiperprolactinemia puede producir crecimiento de los senos y galactorrea, disfunción ovárica, irregularidades menstruales, infertilidad, reducción de la libido, cambios atróficos en la mucosa uretral y vaginal, reducción de la lubricación vaginal y dispareunia.[36].

Otras reacciones adversas.

Entre éstas la de hipersensibilidad y el síndrome neuroléptico maligno, ambas reacciones graves y potencialmente letales [4]. El síndrome neuroléptico podría asociarse a una rápida disminución de la dopamina; se caracteriza por síntomas extrapiramidales, hipertermia, agitación, confusión, leucocitosis, aumento de la creatinfosfoquinasa, inestabilidad autonómica pérdida del estado de alerta. Suspender el antipsicótico y realizar medidas generales, en caso necesario debe administrarse bromocriptina y amantadina. Este síndrome ha observado más frecuentemente con

neurolépticos de alta potencia, como haloperidol y flufenazina, pero todos los antipsicóticos, incluidos los de baja potencia. [36].

Otros efectos a los antipsicóticos son la agranulocitosis, dermatitis producida por fotosensibilidad, trastornos oculares y hepatitis colestásica. Su instalación depende de las dosis utilizadas y del tiempo del tratamiento. [4].

Se ha publicado múltiples escalas para valorar la presencia de los efectos adversos de los antipsicóticos como la acatisia, movimientos involuntarios anormales, relacionados con la prolactina, entre otros. La escala de efectos adversos (Udvalg für Kliniske Undersogelser-UKU) permite recabar la presencia o ausencia de los efectos adversos en general, bajo las categorías de efectos neurológicos, autonómicos, psíquicos y otros, de forma paralela se evalúa la asociación con la toma del fármaco.

Dentro de los efectos adversos psíquicos señalados en la escala UKU se consideran: la dificultad para la concentración, astenia, somnolencia, sedación, alteraciones mnesicas depresión, tensión e inquietud, aumento de la duración del sueño, disminución de la duración del sueño, y la indiferencia emocional.[37]

De forma específica, se ha descrito malestar cognitivo y emocional derivado del tratamiento continuado con antipsicóticos. Esto supondría uno de los factores para que el paciente rechace la toma del medicamento. Se también discute sobre la influencia de los efectos adversos de los medicamentos en la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia.[38].

Hogan y colaboradores [39] exponen el proceso de experiencia subjetiva ante la toma de medicación: efectos de los niveles plasmáticos y actividad celular, la repercusión en el organismo, y las condiciones individuales concretas en un tiempo determinado. La interpretación subjetiva del efecto farmacológico y respuesta comportamental y psicológica es lo que denominan: actitud al tratamiento.[38]. Múltiples escalas han sido empleadas para valorar éste fenómeno, entre ellas la escala DAI, propuesta por Hogan y colaboradores en 1983; en versiones corta y larga. (10 y 30 items)., esta mide la actitud hacia la medicación.

Los diferentes matices clínicos, con sus repercusiones, se han intentado englobar sindrómicamente y de esta forma ser medidos. La motivación para ello se basa, más allá del interés fenomenológico, en la evidencia de que cuando la experiencia subjetiva es desfavorable el pronóstico claramente empeora. Se destaca la diferenciación de dos cuadros dentro de la experiencia subjetiva con los antipsicóticos.

- Disforia asociada los antipsicóticos: la experiencia inmediata que produce la medicación, favorece el incumplimiento, siendo dicha experiencia notablemente resistente a intervenciones educacionales. Se ha sugerido que esta sensación desagradable aguda puede guardar relación con el grado de bloqueo D2 a nivel límbico. [38].
- Experiencia subjetiva: Vivencia compleja a medio-largo plazo, contempla las explicaciones que elabora el paciente sobre el efecto de la medicación. Es el resultado de la disforia inicial asociada a la personalidad, el grado de introspección, la percepción de eficacia de la

medicación, los efectos secundarios a medio plazo y el entorno familiar y cultural. Guarda relación con la calidad de vida; es un constructo mucho más complejo y en el que influyen muchas más variables que en la disforia a neurolépticos. [38].

Tordera y colaboradores, en un estudio realizado en 2014 concluyen que los fármacos antipsicoticos atípicos inyectables demuestran una amplia superioridad respecto a los típicos inyectables en ambas escalas en la impresión subjetiva del paciente, mejorando a su vez la actitud ante la medicación de estos pacientes, lo que supondría un mayor cumplimiento con las consecuencias que este conlleva. Entre los atípicos, la diferencia es significativa a favor del pamoato de olanzapina y el palmitato de paliperidona respecto a la risperidona de liberación prolongada en ambas escalas.[40].

B. Fármacos complementarios.

En ocasiones se utilizan otros fármacos en el tratamiento de la esquizofrenia para potenciar la eficacia terapéutica de los antipsicóticos y para tratar los síntomas residuales, aunque su efecto no ha sido definido con claridad. En general, las estrategias de potenciación al añadir otros fármacos a los antipsicóticos tienen mínimos efectos sobre los síntomas positivos y negativos y se utilizan para manejar algunos síntomas específicos. También en términos generales podría considerarse una práctica adecuada el uso de coadyuvantes en los pacientes esquizofrénicos poco respondedores o resistentes, la mayoría se utilizan empíricamente o sin que a la fecha exista suficiente evidencia clínica al respecto, lo que ofrece pocas esperanzas sobre la probabilidad de éxito en este momento. Los efectos adversos se muestran en la tabla 3. [4].

Anticonvulsivantes: Las pruebas son bastantes concluyentes en cuanto a que ningún fármaco, por sí solo, tiene efecto terapéutico significativo en el tratamiento a largo plazo de la esquizofrenia. Los fármacos antiepilépticos pueden modificar los síntomas de la esquizofrenia por su acción sobre la neurotransmisión gabaérgica o bien por mecanismos antiglutamatérgicos. Se utilizan con frecuencia valproato, carbamazepina y lamotrigina. La eficacia de los estabilizadores del estado de ánimo no se ha determinado de forma adecuada por lo que actualmente no existe ninguna indicación para su empleo como monoterapia, requiriéndose de investigaciones posteriores. Su principal beneficio es la reducción de la conducta agresiva y la modulación del estado de ánimo. En relación a lamotrigina, se espera incida sobre los síntomas positivos, negativos, afectivos y cognitivos del trastorno. Los estudios que muestran efectividad de estos fármacos son el población de pacientes con esquizofrenia crónica. [2], [4].

Antidepresivo: Prescritos junto con un antipsicótico para el tratamiento de síntomas afectivos como ansiedad y depresión. Algunos estudios apoyan el uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) para ayudar en la mejoría de síntomas positivos y negativos persistentes. También se les ha utilizado, principalmente a los ISRS, que inhiben al citocromo P-450 para potenciar el efecto de los antipsicóticos que se metabolizan por esta vía, por ejemplo haloperidol y olanzapina. Una cuestión no tratada en la literatura médica es si la ineficacia de un antidepresivo para reducir la

depresión en un paciente con esquizofrenia constituye una indicación para cambiar de antidepresivo o de antipsicótico. [2], [4].

<u>Benzodiacepinas</u>: Algunos estudios indican que su eficacia como complementarias. Eficaces para el tratamiento de las reacciones catatónicas agudas. Se administran dosis elevadas para intentar disminuir la agitación y la ansiedad, también se han utilizado para disminuir la acatisia. Algunos estudios indican que su eficacia como coadyuvantes está limitada a la fase aguda y puede no ser mantenida, asimismo, aportan información limitada respecto a la dosis más eficaz. En ausencia de diferencias claras en su eficacia, deben ser otros factores los que guíen su elección, como por ejemplo vías de administración disponible, riesgo de paro respiratorio y potencial de abuso. [2], [4].

<u>Beta bloqueadores</u>: Se administran en el tratamiento de la acatisia inducida por fármacos. También existen estudios controlados sobre la combinación de beta bloqueantes y antipsicóticos para tratar la agresividad. Se han usado el propranolol y otros betabloqueadores, su posible utilidad es limitada y se requiere de investigación más detallada. Una de sus acciones es el aumento de los niveles plasmáticos de los antipsicóticos, pero se ha referido que también puede reducir las conductas agresivas y las explosiones de ira. [2], [4].

<u>Litio</u>: Como tratamiento único tiene una eficacia limitada en la esquizofrenia y es inferior al tratamiento con medicamentos antipsicóticos. Los informes anteriores indicaban que, cuando se añadía a la medicación antipsicótica, potenciaba la respuesta antipsicótica en general, y mejoraba específicamente los síntomas negativos. Se ha utilizado para intentar reducir las conductas impulsivas y agresivas, la hiperactividad o la excitación, así como para estabilizar el estado de ánimo. Su utilización actualmente se considera empírica, ya que los estudios en que se han evaluado sus propiedades antipsicóticas indican que solo tiene una eficacia limitada como monoterapia y que puede resultar nocivo para algunos pacientes. [2], [4].

Se ha descrito el uso de otras tipos de medicamentos, sin encontrarse hasta el momento justificación para su uso, o la seguridad para el paciente en su empleo.

TABLA 3: EFECTOS ADVEROS DE FARMACOS. TOMADO DE STHAL. PRESCRIBER GUIDE. 2005

ANTICONVULSIVANTES	ANTIDEPRESIVO	BENZODIACEPINAS	BETA BLOQUEADORES	OTROS
EJ. VALPROATO Sedación. Tremor Somnolencia Ataxia Astenia Cefalea Dolor abdominal Nausea Vomito Diarrea Hiporexia Estreñimiento Dispepsia Ganancia poneral Alopecia Hiperandrogenismo Hiperinsulinemia	GRUPO ISRS Disfunción sexual Hiporexia Diarrea estreñimiento Insomnio Agitación Tremor Cefalea Mareo Somnolencia Sudoración Equimosis o sangrado. Hiponatremia SIADH	EJ. CLONAZEPAM Sedación Fatiga Somnolencia Ataxia Somnolencia Debilidad Discurso farfullante Olvidos frecuentes Confusión Hiperexcitabilidad Ansiedad Alucinaciones Hipotensión Boca seca o salivación excesiva.	EJ. PROPANOLOL Confusión. Mareo. Insomnio. Fatiga. Letargo. Parestesias. Bradicardia Hipotensión. Enmascarar efectos de hipoglicemia. Disminución de la libido. Alopecia. Reacciones psoriasiformes. Eritema cutáneo.	EJ. C. LITIO Alteraciones de la memoria. Delirium Ataxia Disartria Tremor Taquicardia y otras alteraciones del ritmo cardiaco. Aumento de peso y el apetito. Erupciones maculopapulares y aceniformes. Vomito. Diarrea. Dolor abdominal. Poliuria Alopecia

3.2.1.8.2 TERAPIA ELECTROCONVULSIVA:

La TEC combinada con antipsicóticos puede administrarse a los pacientes con esquizofrenia que presentan síntomas psicóticos graves y que no responden al tratamiento con fármacos antipsicóticos. Los pacientes con rasgos catatónicos son un grupo que en principio podría obtener ventajas específicas con el tratamiento con la TEC. A pesar de que se dispone de evidencia limitada sobre su empleo, la indicación en casos de resistencia al tratamiento, durante el embarazo y en caso de ideación suicida persistente ésta indicada en múltiples guías clínicas. [2], [4], [34], [41].

Se dispone de éste tratamiento en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León, sin embrago no es un tratamiento rutinario en nuestro medio, se programa de forma excepcional.

3.2.1.8.3 INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES.

Como parte del tratamiento integral, todas las guías de práctica clínica recomiendan distintos tipos de intervenciones psicológicas y sociales. Éstas son indicadas de acuerdo a la fase del padecimiento, pueden ser individuales o grupales.

La intervención psicológica, como parte de los tratamientos en la esquizofrenia, pretende los siguientes objetivos:

- Reducir la vulnerabilidad del paciente.
- Disminuir el impacto de las situaciones y eventos estresantes.
- Aumentar la adherencia al tratamiento.
- Disminuir el estrés y la discapacidad para minimizar los síntomas.
- Reducir el riesgo de recaídas.
- Mejorar la comunicación y las habilidades de afrontamiento.
- Acoger a la familia y atender las situaciones emocionales que se producen en el desarrollo de la enfermedad.

De acuerdo a la fase, las recomendaciones son según as guías británicas (NICE), españolas ([2], [34]) y la guía mexicana (SSA-22-09)[41]:

Periodo pre psicótico[41]:

- Terapia cognitivo conductual
- Manejo del estrés
- Rehabilitación vocacional.
- Intervención familiar.

Durante la fase aguda [2], [41].

- Psicoeducación: Información y asesoramiento para familiares y cuidadores sobre la enfermedad, etiología, curso, tratamiento y servicios, incluyendo los grupos de apoyo.

- Programas individualizados para revertir el deterioro social, reiniciar labor vocacional, reducir estresores ambientales y favoreces la conciencia de enfermedad.

Durante la fase de estabilización [2], [41].

- Programa psicoeducativo para pacientes, proporcionado información sobre la enfermedad y sobre los beneficios y efectos secundarios de la medicación.
- Intervención familiar: se implementará valorando cada caso de forma individual e integrándose con las demás opciones de tratamiento.
- Manejo de comorbilidades con terapia cognitivo-conductual
- Tratamiento comunitario
- Rehabilitación vocacional.

Fase estable [2], [41].

- Intervención familiar: evaluar si es preferible una intervención uni o multifamiliar, y si incluir entrenamiento en habilidades sociales en la propia intervención familiar.
- Terapia cognitivo-conductual de síntomas positivos.
- Manejo de comorbilidades con terapia cognitivo-conductual
- Tratamiento comunitario y rehabilitación vocacional.

Estas intervenciones presuponen que el paciente está tomando la medicación adecuada. Hay intervenciones psicológicas contrastadas que deberían formar parte del tratamiento integral de la esquizofrenia y otras que son de eficacia dudosa o incluso perjudicial en una primera fase de la enfermedad.

En 2010, Valencia y colaboradores, realizan un estudio en el Instituto Nacional de Psiquiatría aplicando modelos desarrollados en Reino Unido y los Estados Unidos de Norteamérica. Reportan eficacia de intervenciones psicoeducativas con las familias de los pacientes y del entrenamiento en habilidades más el tratamiento farmacológico, comparándolo con el tratamiento farmacológico solo. Se hizo un seguimiento a 12 meses de dos grupos de pacientes. Al terminar éste lapso se encontraron diferencias significativas en el grupo tratado con intervenciones psicosociales: mejor apego a l tratamiento farmacológico, mejoría sintomática, del funcionamiento social, disminuye recaidas y rehospitalización. [42]

Rehabilitación cognitiva.

Son estrategias centradas en la mejora de una o más funciones cognitivas específicas (atención, percepción, memoria...) puesta en práctica con la intención de mejorar el nivel de esa función.

La rehabilitación de la función cognitiva en la esquizofrenia es un área donde se han ido acumulando importantes avances. Existen numerosos estudios que apuntan la posibilidad de mejora en las alteraciones cognitivas tradicionalmente vinculadas a la enfermedad (memoria, atención, funcionamiento ejecutivo) y se han desarrollado programas específicos que pretenden la recuperación de la función. El presente trabajo pretende, por un lado dar una panorámica general del estado actual de la cuestión, revisando desde un punto de vista crítico los datos actuales y las

necesidades futuras de investigación, por otro aportar información sobre las características básicas y apoyo empírico de algunos de los programas de intervención de mayor alcance. (apuntes psicología).[43].

La rehabilitación aminora el deterioro cognitivo. Ya sea desde un enfoque de compensación o restauración de la función, las técnicas empleadas remediación cognitiva, terapia cognitiva adaptativa, etc., han mostrado consistentemente eficacia. [44].

Los efectos en neurocognición parecen ser perdurables. Esto se refleja en mejor funcionalidad, sin embargo en el funcionamiento global tiene gran relevancia la habilidad social. [44]. Juegan además un papel determinante en el ajuste comunitario del sujeto, prediciendo entre un 40 y 50 % de la varianza del mismo. Multiples autores han vinculado de forma específica y consistente con el desempeño del paciente en distintas áreas, incluyendo el funcionamiento social, ocupacional y laboral. [43].

A pesar de la relevancia de éste tipo de intervenciones en el resultado de tratamiento, el impacto en la calidad de vida, la carencia de recursos humanos y materiales, además de que otras necesidades en las unidades de atención no están cubiertas, ha relegado estos programas de intervención y no han sido consideradores como prioridades. Fenómeno que observa en los países en vías de desarrollo, como el nuestro.

Rehabilitación psicosocial.

Conjunto de procedimientos biológicos y socio-psicológicos, que tiene como objetivo fundamental integrar a la persona al contexto social. [45].

La integración de un equipo con enfoque multidisciplinario, que pueda ofrecer recursos de acuerdo a las necesidades individuales es la tendencia del tratamiento actual. Un tratamiento que busca la integración de la persona a las actividades diarias de la forma más independiente posible valiéndose de las fortalezas y de las distintas herramientas para mejorar habilidades cognitivas y sociales. La creación de programas de rehabilitación psicosocial está en proceso, ya que requiere de una gran cantidad de recursos humanos que por el momento son insuficientes.[44], [45].

Distintos modelos son utilizados por programas de rehabilitación actualmente. El modelo de propuesto por el Instituto Nacional de Psiquiatría en México, Programa de Rehabilitación Integral del Paciente Esquizofrénico (PRIE), contempla las actividades de rehabilitación en todas las etapas del tratamiento, teniendo como base teórica para esto el modelo de estrés y vulnerabilidad y enfrentando los factores detectados ya sea con estrategias farmacológicas o psicosociales. La integración de distintas herramientas resulta en una potenciación para mejorar el resultado del tratamiento. [45].

De acuerdo al programa de PRIE las metas son: disminuir la sintomatología, aprovechar funciones conservadas además del desarrollo de otras habilidades, esto orientado a buscar una mejor calidad de vida. Incluye [45]:

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LOS FACTORES PSICOPATOLOGICOS, Y LOS RELACIONADOS AL TRATAMIENTO, EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN.

- Tratamiento farmacológico
- Psicoterapia grupal
- Terapia de inducción laboral-vocacional
- Musicoterapia
- Psicoterapia psicosocial
- Terapia ocupacional
- Taller de pintura y dibujo artístico, taller de literatura, taller de papel mache y de Hata Yoga.
- Curso psicoeducativo para familiares
- Dinámica grupal con familiares responsables.
- Psicoterapia unifamiliar

Los resultados obtenidos en el programa, mostrados en un estudio comparativo de casos y controles, arrojan que la intervención integral es eficaz para mejorar el desempeño cotidiano, las relaciones familiares, las interpersonales y el área laboral remunerada. El funcionamiento psicosocial global I y por área también mostro mejoría significativa. Mejoro la percepción de la relación entre los familiares y el paciente de acuerdo a los cambios observados en la expresión emocional de los familiares y en las pautas de comunicación. [45].

El desarrollo de programas de rehabilitación que sabemos son eficaces, no ha logrado extenderse en nuestro país, donde los recursos para la atención en salud mental son limitados y persiste el déficit de recursos humanos y materiales, con metas básicas aun por cumplir como el acceso y la cobertura a la población.

En el estado de Nuevo León se cuenta con cuatro centros que desarrollan actividades de Rehabilitación psicosocial: Hospital de día de Cadareyta de SSNL, Instituto para la Protección de la Salud mental (IPSAME), Programa de Rehabilitación psicosocial del ITESM, y COMUN ATI; sin embargo el acceso es aun limitado. En la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de salud de Nuevo León no se cuenta con éste servicio. Los pacientes son referidos por el clínico a las distintas instituciones que si lo ofrecen. No hay criterios definidos para el envio de los pacientes, convenios o seguimiento de la atención.

3.2.2 CALIDAD DE VIDA EN LA ESQUIZOFRENIA.

3.2.2.1 CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA Y RELACIÓN CON LA SALUD.

No existe un consenso sobre la definición de la calidad de vida, los ámbitos que se tienen que evaluar y su abarcamiento teórico. En términos generales, la calidad de vida se definiría como un concepto multidimensional que incluye las condiciones de vida y de salud de la persona junto con su percepción propia de estas condiciones. [46].

En la medicina el término de calidad de vida se introdujo por primera vez por Elkinton y gradualmente ha empezado a ganar importancia para la salud, los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios de estos servicios. Según Lehman calidad de vida se define como el

estado funcional de la persona y sus oportunidades para acceder a recursos y oportunidades.[47], [48].

La relación estrecha entre la salud y la calidad de vida se hace obvia si consideramos el hecho de que en 1947 la Organización Mundial de la Salud ha ampliado la definición de salud para incluir el bienestar físico, mental y social. [47].

La OMS ha definido calidad de vida como la percepción individual de la persona sobre la posición que tiene en la vida, en el contexto de sistemas de cultura y de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto amplio en el cual influyen la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las relaciones con las características del ambiente de la persona. [47].

Considerando el impacto que el estado de la salud tiene en la calidad de vida de la persona, la Organización Mundial de la Salud, ha intentado añadir un elemento humanístico en la disposición de los servicios de salud, que hasta ese momento estaba bastante centrada en un tratamiento de rutina y en la simple mejora de los síntomas de las distintas enfermedades. [47].

El concepto de calidad de vida no es equivalente ni al estado de salud ni a la satisfacción con la vida, sino es más bien multidimensional, basado en la percepción que tiene la persona sobre estos y otros aspectos de su vida como un conjunto. De ahí que se podría decir que esta definición da énfasis tanto a la subjetividad del concepto como a su naturaleza multidimensional. Al hablar de calidad de vida relacionada con la salud, de manera genérica, no se hace hincapié en las características de un padecimiento, sino a las posibles consecuencias que estos factores pueden provocar a los varios ámbitos de la calidad de vida de la persona. [47].

Así que cuando se habla de la calidad de vida relacionada con la salud, se enfoca en aspectos de la salud y en las consecuencias provocadas por su estado y los servicios ofrecidos. Este enfoque incluye componentes de bienestar y funcionamiento físico, emocional, mental, social y comportamental).[47].

3.2.2.2 CONCEPTO DINÁMICO DE CALIDAD DE VIDA.

Manfred Max Neef, Antonio Elizalde y Martín Hopenhayn, consideran la calidad de la vida es la interrelación dinámica de las necesidades con sus satisfactores y con los bienes económicos.[49].

Se entienden las necesidades no sólo como carencias sino como potencialidades humanas individuales y colectivas, que son finitas, múltiples e inter-dependientes y pueden satisfacerse a niveles diferentes y con distinta intensidad, en relación con uno mismo, con el grupo social y con el medio ambiente. Se considera que los ejes propuestos, en interacción dinámica, permiten realizar una aproximación sistemática a la calidad de la vida durante el ciclo vital. [49]

Los satisfactores, según sus características pueden ser: [49]

a) EXOGENOS: Los primeros son de carácter ritualizado, son impuestos, inducidos o institucionalizados. Dentro de estos se encuentran:

- Destructores: aniquilan la posibilidad de satisfacer la necesidad en un plazo mediato o inmediato e imposibilitan la satisfacción adecuada de otras necesidades.
- Pseudosatisfactores: estimulan una falsa sensación de satisfacción de una necesidad,
- Inhibidores: Dificultan la posibilidad de satisfacer otras necesidades,
- Singulares: apuntan a la satisfacción de una sola necesidad.
- b) ENDOGENOS: Los segundos son de carácter contra-hegemónico, ya que han sido tradicionalmente impulsados de abajo hacia arriba y revelan el devenir de procesos liberadores.

Para estos autores el desarrollo humano es un proceso dirigido a ampliar las opciones que los individuos tienen para la satisfacción de sus necesidades fundamentales y, de esta manera, construir mejores niveles de bienestar.

Teniendo en cuenta la amplia gama de posibilidades existentes para suplir una necesidad dentro de la taxonomía sugerida por Manfred Max Neef y sus colaboradores, se evidencia que, dentro de tal diversidad, existe un carácter individual para cada ser humano, una identidad singular que incide en la elección del(os) satisfactor(es) de su(s) necesidad(es). Tal carácter está ligado al estilo de cada individuo. [49]

Las posibilidades de actuación de los estilos están, en parte, ligadas a las condiciones externas al sujeto, las cuales hacen parte de su familia, de su vecindario, de su lugar de trabajo, de su ciudad y que también son históricas, socioculturales, económicas y políticas. Estas condiciones le permiten o le impiden acceder a satisfactores. Estas condiciones, entonces, están constituidas no sólo por los entornos más inmediatos al sujeto (microsistemas) sino también por las interconexiones entre esos entornos (mesosistemas) y por aquellos influjos en los que no participa el sujeto directamente pero que le afectan de una u otra forma. [49].

Constructos actuales de calidad de vida: Tres ejes.

I. Objetivo-subjetivo: EJE EPISTEMOLÓGICO.

Alude a las maneras en que el sujeto interactúa con los objetos de su conocimiento (que pueden ser otros sujetos o él mismo). Nos es posible encontrar cómo el efecto de una misma realidad objetiva, puede ser valorada diferencialmente por dos o más personas que se relacionen con ella. En este eje los polos se relacionan según las diferentes formas y tipos de intersubjetividad. [49]

La sociedad funciona como un agente regulador con un conjunto de acuerdos intersubjetivos, sobre el cual descansa buena parte de la mirada objetiva, y también una evaluación social compartida que se interioriza y es subjetiva. Estos acuerdos se hacen en pro del bienestar tanto individual como colectivo.

El carácter subjetivo de la calidad de vida estaría dado en términos de percepción y el juicio persona de valor respecto a hechos materiales y psicológicos. Por otro lado, el carácter objetivo de la calidad de vida estaría dado por categorías o indicadores cuantificables y mensurables tales como aspectos de la salud, vivienda, educación, ingreso económico, estabilidad laboral y funcionamiento social en general, entre otras.. [49]

Los factores objetivos relacionados a la calidad de vida, se refieren a las condiciones externas de la vida de una persona, evaluadas a través de indicadores sociales.[47], [48], [50]. Éstos pueden ser simples, como el empleo, el hogar y la situación financiera y más complejos, como el tamaño y la naturaleza de la red social de la persona, las oportunidades para realizar actividades de ocio y para tener en su posesión ciertos bienes materiales. Desde un punto de vista más psicológico, se considera que la calidad de vida objetiva incluye las condiciones de vida de la persona, elementos del ambiente en el que vive, su funcionamiento social y el cumplimiento de varios roles. [47].

El concepto de calidad de vida subjetiva se refiere a la sensación que tiene cada persona de bienestar, de satisfacción con su vida, de manera global o para cada ámbito de su vida. [47], [48], [50]. Se puede considerar como calidad de vida subjetiva la percepción que tiene la persona sobre las circunstancias objetivas de su vida o la percepción del ajuste entre las características de su ambiente y sus expectativas y necesidades. [47], [51].

La evaluación objetiva o subjetiva de cada sector particular de la vida tiene un sentido solamente si la persona misma considera importante dicha evaluación. Aparte de esta distinción entre la calidad subjetiva y objetiva y la combinación de las dos, son numerosos los autores que han enfocado su estudio a la calidad de vida relacionada con la salud. [47].

II. Persona-sociedad: EJE ECOLÓGICO.

Este eje puede llamarse eje ecológico, siguiendo la inspiración de Urie Bronfenbrenner, y busca dar cuenta de los diferentes ámbitos en que se construye o destruye la calidad de la vida. Hace referencia a los distintos tipos de individuos, grupos sociales y entornos en que transcurre la vida; por ejemplo la familia, el vecindario, la iglesia, la escuela, el pueblo o ciudad, las instituciones, etc. [49].

Puesto que son personas individuales las que pueden conservar o modificar sus propios estilos de vida, pero no lo hacen aisladamente de la sociedad en que viven. Se pueden reconocer estilos de vida, por una parte y «condiciones» inmediatas y mediatas del entorno, por otra, siendo posible precisar en la calidad de la vida desde sus componentes personales hasta los ambientales y culturales.

Este eje podría también llamarse eje del nivel de resolución, puesto que podemos precisar a qué nivel desagregamos el modelo de la calidad vital en sus

componentes, por ejemplo, a nivel individual, familiar, grupal, comunitario, social, sincrónico o diacrónico, etc. En lenguaje ecológico: microsistemas, mesosistemas, exosistemas, macrosistemas y cronosistemas. [49].

III. Biografía-historia: EJE DEL CICLO VITAL

Este eje del desarrollo a través del ciclo vital, busca representar la dimensión temporal de la calidad de la vida. En él se distingue un polo histórico, en el sentido de la historia colectiva (tiempo histórico y tiempo social) y un polo biográfico, en el sentido de la historia de cada individuo (tiempo de vida. En este eje del desarrollo, histórico y ontogenético, se puede incluir lo que acontece en el curso de la vida y lo que las personas hacen con lo que les acontece. Así pues la calidad de la vida cambia evolutivamente en función de factores heredados, aprendidos y de la libertad que es posible gracias al ejercicio de la voluntad.

Entonces, durante el curso de la vida se transforma su calidad en función de la interacción dinámica entre los diversos factores que la constituyen, por cuanto una tarea necesaria en su estudio será la de identificar estos componentes y la de reconocer las diferentes interrelaciones y cambios que pueden asumir a lo largo del devenir individual y colectivo.[49].

Como se muestra en los tres modelos anteriores, el constructo de calidad de vida se ha ido construyendo con carácter multidimensional. Los esquemas propuestos para evaluar la calidad de vida arrojan índices compuestos, multifactoriales, buscando dar cuenta de la complejidad de la calidad de vida.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, se podría decir que con el fin de definir la calidad de vida relacionada con la salud, son cruciales ambas dimensiones de subjetiva y objetiva. De esa manera, se abarcan tanto las condiciones de la salud y sus consecuencias en el funcionamiento y la vida de la persona, como la percepción de la persona misma sobre sus experiencias vitales. Una visión del concepto que engloba los aspectos anteriores es la de la Organización Mundial de la Salud. [47].

Se ha identificado la utilidad de aplicación del concepto en cuatro ámbitos de estos servicios. Éstos son la planificación de los servicios sanitarios adaptada a las necesidades de los pacientes, la utilización del concepto como una medida de resultado de la intervención y de la investigación de los servicios sanitarios, la evaluación de las necesidades de una población específica y la distribución de los recursos sanitarios. [47].

En la actualidad existe un consenso sobre la utilidad del concepto como una medida global para la evaluación del estado de salud, de su impacto en los diferentes ámbitos de la vida de la persona y de la eficacia de los servicios ofrecidos con respecto a su mejora. [47].

3.2.2.3 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS.

El constructo epistemológico de calidad de vida, que contempla los factores subjetivos y objetivos, es de gran utilidad en pacientes psiquiátricos. Los indicadores subjetivos dan la perspectiva del usuario en la satisfacción con su vida, y explorar su propia vivencia.

La experiencia subjetiva del enfermo se ve influida por las distintas disfunciones cognitivas, emocionales y conductuales que el sujeto presenta; dado que el conocimiento de la realidad interna y externa se realiza conjuntamente a través de la experiencia. [52].

En la percepción de calidad de vida que tienen los pacientes psicóticos influyen tres procesos [47] :

- 1) Comparación que hace uno entre su vida actual, sus expectativas y aspiraciones.
- 2) Comparación entre su situación actual y los logros de las personas de su entorno.
- 3) Adaptación en el tiempo.

Evans, Banerjee, Leese y Huxley [53] en un estudio longitudinal comparan la calidad de vida objetiva y subjetiva entre 3 grupos, uno de pacientes con trastorno mental grave, uno con pacientes con trastorno mental común y otro de población general, durante dos años. [52].

Los resultados han indicado que aunque las condiciones objetivas de la vida en el grupo con enfermedad mental severa eran peores comparadas con los otros dos grupos, estos pacientes no tenían menos oportunidades de cambiar las condiciones de su vida que el grupo con trastorno mental común. [52].

En cuanto a la calidad de vida subjetiva, los pacientes con trastorno mental grave tenían niveles más bajos en la mayoría de los ámbitos de su vida, comparados con los otros dos grupos. Estas diferencias permanecían en el tiempo, aunque las diferencias con el grupo de trastorno mental común parecían disminuirse. Adicionalmente, los resultados del estudio indicaron que mientras los niveles de calidad de vida en la población general y los pacientes con trastorno mental común permanecían estables, en el grupo de los pacientes psicóticos estos niveles mejoraban con el paso del tiempo. [47].

La validez de la perspectiva del usuario con fines de evaluación clínica ha sido motivo de discusión. Se ha considerado que el paciente puede ser incapaz de poder definir por sí mismo lo que entiende por calidad de vida que la falta de conciencia de enfermedad, en una gran parte de los enfermos mentales, lleva a pensar que dichas personas no podrán definir, por sí mismas, lo que entienden por calidad y que su definición puede ser discordante de la de familiares y profesionales.[52].

La validez de los autoinformes ha sido estudiada por autores como Voruganti, Heslegrave, Awad y Seeman [54], en una muestra de pacientes estables. Sus resultados han mostrado que los autoinformes han tenido una validez significativa y ésta ha sido independiente de los síntomas psicóticos, los efectos secundarios de la medicación, los déficits neurocognitivos, la medicación y

la actitud hacía ella. Es decir, la capacidad de los pacientes para evaluar su experiencia personal no depende de la severidad de su enfermedad. [47], [52].

Y aun cuando la vivencia del paciente es importante; para autores como Lehman, la calidad de vida subjetiva y objetiva son dos aspectos diferentes pero complementarios del mismo fenómeno. Por esa razón se tendrían que evaluar ambos simultáneamente, y así tener una perspectiva global. [47].

Los resultados de la evaluación subjetiva y objetiva pueden ser discordantes. Se ha atribuido a factores como la falta de conciencia de enfermedad, o la falta de capacidad para comprender y definir calidad de vida en los pacientes. Sin embargo, al evaluar la concordancia de los puntajes objetivos y subjetivos de una persona, hay relación moderada pero significativa,. Al Incluir la perspectiva de un evaluador externo la relación se mantiene, ya sean familiares o clínicos.[55], [56], [47], [52].

Sobre la influencia de los factores objetivos y subjetivos entre; la evidencia apunta a que los factores objetivos y subjetivos no son determinantes uno del otro, sino más bien medidas complementarias. Lehman y colaboradores han encontrado que los indicadores objetivos estaban relacionados de manera positiva pero moderada con los indicadores subjetivos, mientras que en algunos ámbitos de la vida de la persona estos indicadores no mostraban tener ninguna relación. [47], [50], [57].

En ésta misma línea, Ruggeri, Bisoffi, Fontecedro y Warner en 2001, [56] indagan en un estudio longitudinal, los factores que influyen en la calidad de vida a través del tiempo, han encontrado que los indicadores objetivos, medidos como evaluaciones externas del personal clínico, no predecían la calidad de vida subjetiva en el tiempo, sino que ésta estaba determinada por factores más bien subjetivos, como la satisfacción con los servicios y la autoestima de los pacientes. [47], [52].

Esto coincide con las definiciones de calidad de vida, en las que además de las condiciones objetivas, os valores que cada sujeto posee, su concepción del mundo, y su contexto sociocultural son un factor que modifica la percepción de calidad de vida. En este sentido, si queremos evaluar la calidad de vida de las personas con esquizofrenia, debemos centrarnos en su contexto personal y social y buscar en ellos mismos qué es lo que consideran importante para definir su propia calidad de vida. [47], [52].

La evaluación de los factores que influyen en la calidad de vida, y de la influencia entre si de los indicadores objetivos y subjetivos, ha dado pie a múltiples estudios, en los que los autores desarrollan cada vez modelos más complejos, Estos modelos incluyen diferentes factores, según las postulaciones de cada autor, y se basan en varias hipótesis sobre las relaciones potenciales entre estos factores y la calidad de vida, con el fin de obtener una imagen completa del fenómeno. La discordancia entre estos dos indicadores pueden explicarse también por las diferencias entre las poblaciones de contextos socioculturales diferentes. [55][52].

Entre los modelos de más peso en el estudio de calidad de vida usados para pacientes con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves destacan:

- Modelo multidimensional de calidad de vida específico de la enfermedad de Awad: Mide la calidad de vida subjetiva en pacientes con esquizofrenia que recibían terapia farmacéutica; donde la calidad de vida se determina por la severidad de la psicopatología, los efectos secundarios de los medicamentos y el rendimiento psicosocial; pero obvia otros factores como las características personales, el ajuste premórbido, los valores y las actitudes de la persona y los recursos y oportunidades disponibles. [47].
- Modelo de calidad de vida subjetiva de Eklund y Backstrom: Este modelo se basa en que un conjunto de factores, como las circunstancias objetivas de la vida, factores personales, la psicopatología, el nivel de actividad, la satisfacción con las actividades diarias y la satisfacción con los servicios médicos, funcionarían como determinantes de la calidad de vida subjetiva en los pacientes psicóticos; pero muchos de estos factores no correlacionaban de manera directa con la calidad de vida que solo hace énfasis en la calidad de vida general subjetiva.(Citado en [47]).
- Modelo jerárquico de Lehman sobre la calidad de vida global: este modelo propone un método mediante el cual determina las áreas que conforman la calidad de vida basándose en lo que (pre) supone son las necesidades del enfermo y sobre las que posteriormente el sujeto va a opinar. De esta forma el paciente hace una valoración de su propia calidad de vida pero en función de unos parámetros que le son dados externamente. [52], [41],[42].

Lehman, explora los factores que intervienen en la calidad de vida en población clínica psiquiátrica, particularmente entre pacientes crónicos con trastornos severos. Hacia 1988 se aplicó un cuestionario con preguntas de opción múltiple y de tipo Likert. Como parte de la evaluación complementaria se aplicaron cuestionarios para indagar sobre síntomas psiquiátricos como el cuestionario para trastornos afectivos y esquizofrenia (Schedule for Affective Disordes and Schizophrenia, SADS –C), y la batería de salud mental (Mental Health Battery, HISMH). Se evaluaron inicialmente personas entre los 18 y 65 años, de los cuales 99 estaban internados en hospitales estatales de salud mental, 92 pacientes crónicos de otras clínicas y residencias supervisadas, así como 278 residentes hogares para cuidados. Luego de la exploración se buscan las respuestas que de acuerdo a la metodología fueron significativas. [57].

TARIA 4

A partir de estos datos y de revisiones previas que describían la influencia de factores sociodemográficos, principalmente edad y el sexo, se desarrolla una escala específica para valorar calidad de vida y un modelo de la relación entre éstas variables. Propone ocho dominios dentro del modelo, cada uno con una dimensión objetiva y subjetiva, estos se muestran el la tabla 3. [57].

Α	SATISFACCION GENERAL CON LA VIDA
В	LUGAR DE RESIDENCIA
С	ACTIVIDADES COTIDIANAS Y FUNCIONAMIENTO
D	FAMILIA
E	RELACIONES SOCIALES
F	FINANZAS
G	TRABAJO Y ESCUELA
Н	ASPECTOS LEGALES Y DE SEGURIDAD
I	SALUD
J	PUNTAJE GLOBAL

Indicadores objetivo según el modelo de Lehman: [57].

Reporta que todos tuvieron puntajes significativos en relación al indicador global de calidad de vida, excepto en el área trabajo y escuela, sin embargo entre los que tenían empleo la condición laboral tuvo una relación muy importante con el indicador global de bienestar.

Entre los factores objetivos más consistentes con un impacto positivo en el indicador se reportaron: no ser víctimas de crimen, bajo uso de los servicios de salud, contactos sociales más íntimos y frecuentes en casa, estar empleado y más privacidad en casa.

Se exploró la influencia de la edad y el sexo y se concluye que influyen en los factores de dominios objetivos. La tendencia general es que disminuye el puntaje objetivo de la calidad de vida con la edad en ambos sexos, específicamente el contacto familiar, social y las actividades recreativas. Se observa también un patrón de en el que las mujeres tienen mayor contacto social, y por otro lado los hombres tienen mayores recursos financieros. Este patrón se mantiene en población general. El autor concluye que estas diferencias entre los factores objetivos pueden ser sujetas a interpretación, por ejemplo, que la disminución de contacto social no necesariamente empeora la calidad de vida.

Indicadores subjetivo según en modelo de Lehman:[57].

Los indicadores subjetivos del dominio de satisfacción con áreas de la vida los reportados con mayor influencia sobre el indicador global fueron hacia las áreas de salud, ocio y relaciones sociales.

Lehman y colaboradores realizan un análisis de regresión múltiple para comprobar la validez del modelo, se ha mostrado que las características personales contribuían poco a la varianza de la calidad de vida subjetiva global (4-7%), los indicadores objetivos contribuían un poco más (7-16%) y los indicadores subjetivos explicaban la mayor parte de la varianza del constructo (24-31%).

Dentro de los indicadores subjetivos, los determinantes más importantes han sido la percepción de seguridad, la satisfacción con el empleo junto con la situación financiera y la satisfacción con la familia y las relaciones personales.

En población general los indicadores objetivos guardan una asociación moderada con el índice global de calidad de vida, y se requiere de más estudios para evaluar con certeza la relación de los factores subjetivos en la evaluación de la calidad de vida.

En la siguiente ilustración se muestra la relación de los factores de distintas dimensiones directamente sobre el indicador global de calidad de vida (FIGURA 4).

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LOS FACTORES PSICOPATOLOGICOS, Y LOS RELACIONADOS AL TRATAMIENTO, EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN.

FIGURA 1: INFLUENCIA DE LOS FACTORES SUBJETIVOS EN CADA UNO DE LOS OCHO DOMINIOS DE LA ESCALA- ESQUEMA CON LOS PORCENTAJES DE VARIANZA EXPLICADOS A TRAVÉS DE LOS FACTORES SUBJETIVOS SOBRE EL BIENESTAR. GLOBAL.

	DOMINIOS / varianza por factores subjetivos	porcentaje
Α	SATISFACCION GENERAL CON LA VIDA	25.20%
В	LUGAR DE RESIDENCIA	10.80%
С	ACTIVIDADES COTIDIANAS Y FUNCIONAMIENTO	9.20%
D	FAMILIA	8.10%
E	RELACIONES SOCIALES	6.90%
F	FINANZAS	5.80%
G	TRABAJO Y ESCUELA	5.10%
Н	ASPECTOS LEGALES Y DE SEGURIDAD	4.10%
1	SALUD	3.50%
J	PUNTAJE GLOBAL	3.00%



En los modelos expuestos, con el fin de explicar el fenómeno complejo de la calidad de vida e identificar sus determinantes, los autores proponen una amplia serie de factores relacionados con aspectos de la vida de los pacientes, aspectos personales y también de su enfermedad. Hay que destacar que todos los modelos proponen un efecto de la calidad de vida objetiva, la cual está definida normalmente como circunstancias objetivas, en la calidad de vida subjetiva. La naturaleza exacta de este efecto no se ha comprobado claramente, apareciendo como directa en algunos modelos o mediada por otros factores en otros. Aparte de esto, se proponen tanto factores relacionados con la enfermedad como factores que tiene que ver con la persona y su entorno. [47].

Aparte del desarrollo teórico de varios modelos con el objetivo de explicar los factores que tienen un efecto en la calidad de vida, se han llevado a cabo estudios empíricos que han intentado examinar el papel de una serie de factores como posibles determinantes de la calidad de vida subjetiva de los pacientes psicóticos. En estos factores se incluyen los factores demográficos, los psicosociales, los personales y los clínicos. [47].

3.2.3.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA.

A través de distintos modelos se ha reconocido y validado la importancia de la percepción del paciente. A través del modelo de Lehman se demuestra la convergencia y el clínico en casos de pacientes con trastornos psiquiátricos severos. Distintos autores ha recabado dados sobre los factores que influyen en la calidad de vida.

Bobes y colaboradores comentan la revisión de los estudios más representativos hasta 1996 y los elementos comunes a pesar de la diversidad entre las metodologías de los 85 estudios encontrados en Medline [59]:

La calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos es peor que la de la población general y
que la de los pacientes físicos. No obstante, pueden observarse nuestros resultados que
demostraron que los pacientes esquizofrénicos comparados con pacientes menopáusicas
evaluadas con el mismo instrumento presentan mejores niveles en todas las áreas excepto

en la del rol emocional y de funcionamiento social. Si se les compara con pacientes en programas de hemodiálisis estos se encuentran mejor en el componente mental (salud mental, rol emocional y vitalidad), mientras que nuestros pacientes esquizofrénicos se encuentran mejor en el componente físico (funcionamiento físico, dolor y salud general).

- 2. Los pacientes jóvenes, las mujeres, los casados y aquellos con bajo nivel educacional refieren mejor calidad de vida.
- 3. A mayor tiempo de evolución de la enfermedad, peor calidad de vida.
- 4. La psicopatología, especialmente el síndrome negativo, correlaciona inversamente con la calidad de vida.
- 5. Escasos efectos secundarios y la combinación de tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico mejoran la calidad de vida.
- 6. Los pacientes integrados en programas comunitarios refieren mejor calidad de vida que los pacientes institucionalizados.

Como se ha comentado, de acuerdo a los planteamientos de diversos autores, los factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia pueden ser categorizados bajo distintos constructos, como el epistemológico, ecológico, y el ciclo de vida del individuo. Para resumir los hallazgos reportados en diversos estudios se describe a continuación.

Creemos que la CV constituye un concepto amplio que depende de numerosos factores como la larga evolución de la enfermedad y la sintomatología negativa, características destacables en la población de nuestro trabajo. Estos y otros factores quizá sean tan valorados por los pacientes como los propios efectos secundarios del tratamiento. Ello es consecuente con la compleja interrelación que mantienen la CV y la esquizofrenia en la que, de acuerdo con la literatura35, intervienen diversos factores [60]:

- Factores comunes con otras enfermedades: la cronicidad, la falta de un tratamiento totalmente eficaz y los efectos adversos de los medicamentos.
- Factores propios del trastorno: la importante discapacidad, el estigma social que aún existe y la psicopatología.

Respecto a esta última se ha señalado que el síndrome negativo correlaciona inversamente con la calidad de vida₁ [60].

Es decir, al menos en determinadas poblaciones es posible que no exista una relación causa-efecto directa entre la CV y los efectos secundarios de los antipsicóticos. Nuestros resultados se situarían en la línea de los obtenidos por Franz₃₁ con respecto a la zotepina, neuroléptico atípico que no se mostró superior frente a haloperidol o la flufenazina. [60].

Por ello estamos totalmente de acuerdo con algunos autores² cuando recomiendan cautela a la hora de basar las decisiones clínicas en los resultados que sobre CV y tipo de tratamiento antipsicótico empleado aportan los distintos trabajos llevados a cabo hasta el momento. [60].

Otras variables que pudieran influir en la CV de nuestra población de pacientes, variables tales como el tiempo de evolución de la enfermedad, el tipo de residencia (domicilio familiar, recursos intermedios o unidades de larga estancia), el posible consumo de tóxicos o no, la gravedad de la psicopatología o el deterioro cognitivo, entre otros. En cualquier caso consideramos de interés la realización de nuevos estudios al respecto con poblaciones más amplias. [60].

3.2.3.4.1 FACTORES DEMOGRÁFICOS:

Los estudios referidos a la influencia de las variables demográficas, en la percepción de la calidad de vida de los pacientes psicóticos, han llegado a resultados contradictorios.

Bajo el modelo de Lehman se consideran variables demografías relevantes: la edad, sexo, raza, escolaridad, estado civil, estrato socioeconómico, el diagnóstico psiquiátrico, duración de estancia en unidades asistenciales. Los resultados arrojan que la influencia de los factores sociodemográficos sobre el indicador global de calidad de vida (CV) es moderado, con el indicador de bienestar global. El estado civil, nivel educativo, y el abuso de drogas fueron los factores con mayor factor de predicción sobre el indicador global de calidad de vida (CV). Otras variables no se reportaron con resultados significativos.[48].

Los resultados no son concluyentes por la diversidad de metodologías y constructos de calidad de vida utilizados en los estudios publicados. Se describen los hallazgos de diversos estudios recabados.

Edad y sexo:

Entre los estudios hay reportes de tendencias contradictorias. Se ha encontrado que las mujeres tienen una menor percepción de la calidad de vida. El aumento de edad también parece contribuir en tener una percepción menor de la calidad de vida. [47].

Estudios en población latina publicados por Rodríguez-Vidal y colaboradores encuentra que los pacientes de sexo masculino y femenino presentaban una media de calidad de vida calificada como regular, y no encuentran diferencias estadísticamente significativas entre en relación con el sexo.[61]

En dos estudios de Lehman y colaboradores en 1992 y 1993, han observado una interacción entre la edad y el género, mostrando que los hombres menores de 25 años y los que tenían entre 36 y 45 años tenían mayor calidad de vida que las mujeres. [47].

En relación con la edad se observa que existen diferencias estadísticamente significativas según rango de edad, y estas estarían dadas por los más jóvenes con una media de 42.1 años. [61].

Escolaridad:

Tres estudios, Caron, Eklund y Ruggeri en 2005 y un estudio previo de Carpiniello en 1997, han mostrado que mayor nivel educativo significa mejor calidad de vida, sin embargo otros han indicado lo contrario,[citados en 54]. Para Lehman el nivel educativo se reportó con influencia negativa sobre el indicador global, el subjetivo y objetivo, (r=0.13,P<0.05). [48].

Estado civil:

Se ha encontrado que los pacientes casados tienen niveles más altos de calidad de vida que los solteros o divorciados [47]. Sin embargo no son concluyentes, hay resultados contradictorios. Otros autores reportan que no hay diferencias significativas al comparar los pacientes de acuerdo a su estado civil. [61]. De acuerdo al modelo de Lehman el factor más consistente fue el estado civil, siendo mayor la CV para quienes estaban casados (r=0.12 -0.16 P<.05) .[48].

Situación laboral:

Se ha reportado una relación positiva con la calidad de vida, siendo más alta para las personas que tienen un empleo y más baja para los desempleados,[47].

3.2.3.4.2. PERSONALES Y SOCIALES.

Un hallazgo más consistente en la bibliografía es la influencia de las variables personales y psicosociales. Se han estudiado diversos factores psicosociales que influyen en la aparición de recaídas y en la evolución global de la esquizofrenia, como la presencia de acontecimientos vitales, la alta emoción expresada familiar, el bajo funcionamiento social o las redes de soporte social pobres.

PERSONALES.

Son determinantes dado que, la sensación de bienestar, depende de la percepción que tiene la persona sobre las circunstancias objetivas de su vida, o la percepción del ajuste entre las características de su ambiente y sus expectativas y necesidades. [47], [48], [50].

Los constructos relacionados con uno mismo, como la autoeficacia, la autoestima y la percepción de control que tiene la persona, puede que determinen su percepción de la calidad de vida. Los hallazgos empíricos han mostrado la influencia positiva en la calidad de vida de los pacientes psicóticos.[47].

El estilo de afrontamiento se define como el conjunto de respuestas ante una situación estresante, ejecutadas para manejarla y/o neutralizarla.[62]. Estilos de afrontamiento negativos se han mostrado tener un efecto negativo en la percepción de la calidad de vida de los pacientes psicóticos. [47].

SOCIALES.

A. Apoyo social.

Apoyo social es un concepto multidimensional. El término que se refiere a los recursos que se proporcionan al individuo desde centros institucionales (servicios, instalaciones, etc.), también denominadas redes formales de apoyo, y también aquellas que surgen en las relaciones sociales, denominadas redes informales.[62].

Se considera también una transacción interpersonal, que incluye uno de los siguientes aspectos:

- a) Preocupación emocional.
- b) Ayuda instrumental (bienes y servicios)
- c) información (acerca del contexto).
- d) valoración (información relevante para la autoevaluación).

Entre los dominios evaluados en las redes sociales son: tamaño (número de personas que la componen), densidad (cantidad de interrelación entre los miembros de la red) y la dispersión geográfica (proximidad o lejanía de los miembros de la red social respecto al miembro estudiado). Otros estudios se han centrado en la cantidad de interacción de las redes sociales, la reciprocidad y el equilibrio de las interacciones, las variables temporales (que incluyen frecuencia, duración, y tiempo empleado en el mantenimiento de las relaciones; así como la homogeneidad o similitud entre los miembros de la red social, entre otras variables. [62].

Los pacientes con esquizofrenia que tienen mayor apoyo social tienen mejor calidad de vida que aquellos pacientes que tienen menor apoyo social. Especialmente, las diferentes facetas del apoyo social, como la red social, el apego y el reconocimiento de valor y el apoyo social percibido se han mostrado tener un impacto positivo en la calidad de vida. [61].

Del mismo modo, la satisfacción con los contactos sociales se ha encontrado tener una relación positiva con la calidad de vida subjetiva.[47].

Caron y colaboradores en 2005, en el estudio longitudinal de examinando varios determinantes potenciales de la calidad de vida, el apoyo social se reveló como el factor que explicaba la mayor parte de la varianza de la calidad de vida subjetiva de los pacientes psicóticos, teniendo con ésta una relación positiva. Después del apoyo social, como segundo factor más importante se revelaron los eventos estresantes de la vida diaria, manteniendo una relación negativa con la calidad de vida. (citado en [63]).

Ritsner y colaboradores en 2003, llevando a cabo un estudio longitudinal, ha llegado a resultados parecidos en cuanto al apoyo social. Específicamente, el apoyo social, junto con las variables personales de la autoestima y la autoeficacia, han surgido como determinantes de la calidad de vida en los varios ámbitos de la vida de los pacientes, teniendo una relación positiva, mientras los eventos estresantes tenían una relación inversa. [citado en 54].

Las redes de soporte social desempeñan un papel fundamental como amortiguadores de los efectos de las situaciones estresantes en los individuos vulnerables. Este hecho ha quedado de manifiesto, tanto en los estudios sobre la evolución de la esquizofrenia, como en las investigaciones de los efectos de los acontecimientos vitales, en la esquizofrenia y en la depresión; así como en las revisiones de los efectos de (las políticas de desinstitucionalización).[62].

B. Familia:

Dentro de la red social de apoyo, parte fundamental es la familia. Proporciona el contexto natural para crecer y recibir apoyo, así como para elaborar pautas de interacción que a lo largo del tiempo constituyen la estructura familiar. Los sistemas familiares se encuentran inmersos en sistemas mayores como los sistemas sociales. Se recomienda tomar en cuenta un enfoque ecológico que permita reconocer la influencia del contexto social en la vida familia.[64].

Conocido es que la estructura familiar es sensible y también un factor que influye en la conducta y condición de salud de sus miembros.

La cohesión, adaptabilidad y patrones de comunicación son parte de los dominios a evaluar en la familia. Las familias que tienen una cohesión aglutinada se caracterizan por un exceso de identificación de los miembros con la familia, así como por la generación de un gran sentimiento de lealtad que produce, en los miembros de la misma, problemas para lograr una individuación, dificultándoseles el desarrollar una identidad personal propia. Por su parte, las familias que tienen una cohesión desligada tienden a mostrar un bajo nivel de compromiso y apego entre sus miembros, donde cada quien desarrolla sus propios planes, sin tomar en cuenta a los demás miembros de la familia. [64].

Diversos trabajos han conectado el curso de la esquizofrenia con la medida de las redes sociales. Pattison y cols. compararon las redes sociales de pacientes psicóticos y de controles no psicóticos en un medio urbano americano, encontrando que las redes eran más pequeñas y más densas en los pacientes psicóticos que en los sujetos normales o neuróticos. Resultados similares encontró Tolsdorf en pacientes con un primer episodio de esquizofrenia, y Sokolovsky y cols. en pacientes crónicos. Tolsdorf encontró cambios en el tamaño y función de la red al comienzo o incluso antes de la primera hospitalización. Sokolovsky y Cohen trabajando con pacientes crónicos demostraron las relaciones existentes entre el tamaño de la red y la dirección de cambio de las relaciones de ayuda. [citados en 68].

Se ha reportado también cambio en las características de la red antes y después de la hospitalización, hallando una reducción y densificación de la misma en el período posterior al alta. Otros estudios confirman la reducción del tamaño de la red social de los personas esquizofrénicos, sobre todo los de larga evolución, con un mayor número de síntomas negativos, y los que tienen más reingresos; existiendo una mayor proporción de familiares en su red. Sin embargo, a pesar de su reducido tamaño, si éste este soporte es percibido como adecuado y cuando se produce una crisis buscan menos ayuda. [65].

La emoción expresada es una forma de comunicación del familiar con el enfermo esquizofrénico en la que el primero vierte Críticas (evaluaciones negativas sobre la conducta de los

pacientes), comentarios Hostiles (evaluaciones negativas sobre el enfermo como persona y de rechazo) o muestra actitudes sobreimplicadas emocionalmente (autosacrificio, desesperanza, sobre protección al enfermo, o manifestaciones emocionales intensas como el llanto).[66].

La Emoción Expresada (EE) es actualmente el uno de los mejores predictores conocidos de recaídas en esquizofrenia; tras el alta hospitalaria, retornan a un hogar de elevada EE tienen hasta cuatro veces mayor riesgo de recaída que aquellos que regresan un hogar de baja EE.[66].

C. Estigma:

La enfermedad mental es una de las condiciones más estigmatizadas, tanto así como las drogadicciones, la prostitución y el estatus de ex-convicto.[67].

La esquizofrenia es una de las patologías mentales que genera mayores estigmas y mitos, ambos con efecto adverso sobre el enfermo y su salud. La educación, legislación y campañas contra estereotipos negativos en los medios de comunicación son algunas de las formas para desmitificar las patologías psiquiátricas.[68].

El estigma de la enfermedad mental se puede experimentar desde dos ángulos:

- Estigma social: Perpetrado por diversos miembros de la sociedad en general, incluyendo médicos, aseguradoras, empresarios; y que es generado por estereotipos y prejuicios que conducen a la discriminación, la evitación social y el rechazo.
- Estigma internalizado: la respuesta del individuo a la enfermedad mental y a su deseo de revelarlo a terceros. La expectativa generalizada es que de que la gente los devaluará y discriminará.

El estudio acerca del estigma y la discriminación en la enfermedad mental se ha centrado en las actitudes y valores que el grueso de la gente sostiene acerca de la misma.

El ser etiquetado como un enfermo mental transforma las creencias de la persona acerca de la devaluación y discriminación de los enfermos mentales en expectativas personales de rechazo, aunado a que suelen avergonzarse de tomar los fármacos que se les prescriben. Así, el estigma como proceso social, interpretativo o cultural es un asunto esencialmente moral.[67].

El estigma social, que es perpetrado por diversos miembros de la sociedad en general, incluyendo médicos, aseguradoras, empresarios; y que es generado por estereotipos y prejuicios que conducen a la discriminación, la evitación social y el rechazo. A través de múltiples estudios desde su conceptualización, las conclusiones son homogéneas, encontrando que la gente con enfermedad mental es percibida como extraña, atemorizante, impredecible, agresiva y carente de auto-control. [67].

Algunas características personales influencian la extensión del rechazo social. En general, a los pacientes con trastornos mentales se les ve como constitucionalmente débiles, peligrosos, impredecibles y responsables de su propia situación; en lo particular, a los hombres se les

estigmatiza más fuertemente que a las mujeres; y a clase social más baja hay mayor posibilidad de que una persona con enfermedad mental sea excluida de la comunidad. [67].

El público rechaza el comportamiento disruptivo que es socialmente visible. Una historia de hospitalización es más estigmatizante que una de tratamiento ambulatorio; y el estigma en los trastornos mentales graves y persistentes suele ser mayor y está relacionado con el tipo de diagnóstico, su duración, el tratamiento y la funcionalidad del individuo. [67].

Se ha destacado la influencia negativa del estigma y del tiempo de hospitalización en la percepción de la calidad de vida de los pacientes psicóticos. [47].

3.2.3.4.3. PSICOPATOLÓGICOS.

Uno de los factores que ha surgido como más consistente al determinar la calidad de vida de los pacientes psicóticos, es la psicopatología. Lehman a través de sus reportes no encuentra que la psicopatología afecte a los resultados de Calidad de Vida. [69]. Los estudios realizados con el fin de describir las relaciones entre la calidad de vida relacionada con la salud y los síntomas en la esquizofrenia son vastos y llegan a ser contradictorios. [47].

Las investigaciones no han conseguido llegar a un consenso sobre el tema. Las razones por ello se podrían atribuir a la utilización de diferentes conceptos de la calidad de vida (relacionada con la salud, objetiva, subjetiva), a los diferentes instrumentos para su evaluación y también a la metodología utilizada. [47].

La Calidad de Vida subjetiva puede ser predicha por múltiples variables, pero es la sintomatología negativa la que repetidamente se asocia con peor Calidad de Vida. A pesar de ello, la reducción de los síntomas, sean positivos, negativos o depresivos no deriva directamente en la mejora de la Calidad de Vida, debido a que los problemas de funcionamiento social continúan. [69].

Narváez, Twamley, McKibbin, Heaton y Patterson en 2008, han hecho un estudio utilizando una muestra de pacientes con esquizofrenia y con trastorno esquizoafectivo. Los autores han querido explorar la influencia de varios factores, incluidos los síntomas, en la calidad de vida objetiva y subjetiva. Sus resultados han mostrado que la dimensión de la depresión y el funcionamiento cognitivo explicaban la mayor parte de la varianza de la calidad de vida subjetiva de manera independiente, mientras la dimensión de los síntomas negativos era el predictor más fuerte de la calidad de vida objetiva. Las demás variables no se han mostrado tener un efecto en la calidad de vida subjetiva u objetiva. Además, los autores han llevado a cabo un análisis adicional, separando el grupo en pacientes con esquizofrenia y pacientes con trastorno esquizoafectivo. Este análisis ha revelado que en ambos grupos la calidad de vida subjetiva y objetiva se encontraba determinada por los mismos factores. [citados en 54].

Es difícil obtener conclusiones de diferentes estudios y con diferentes metodologías. Pero se podría concluir que cualquier tipo de sintomatología exacerbada, sea positiva o negativa, afectará a los resultados de los cuestionarios de Calidad de Vida, porque en esos momentos se estará midiendo precisamente psicopatología y no Calidad de Vida. De ahí la importancia de

realizar los estudios de Calidad de Vida en poblaciones estabilizadas, (cumpliendo criterios de remisión). Esto se puede conseguir administrando escalas breves de psicopatología (PANSS, BPRS). Así se podrá evaluar el impacto de la enfermedad crónica en su día a día y no el efecto de la sintomatología presente en el momento de la evaluación. [69].

Función cognitiva.

La organización cognoscitiva y el funcionamiento social comparten mecanismos neurobiológicos que se siguen estudiando y que en el caso de la esquizofrenia apuntan a seguir investigando las funciones prefrontales y los circuitos córtico - tálamo - estriado-corticales, involucrados en las funciones más comprometidas en estos pacientes. Finalmente, el marcado deterioro funcional y de compromiso social de la esquizofrenia lleva a la necesidad de involucrar el aspecto cognitivo.[70].

Los dominios o áreas cognitivos más estudiados son: memoria verbal secundaria (o declarativa episódica), memoria inmediata o memoria de trabajo, función ejecutiva.

El trastorno en la memoria verbal declarativa episódica ha sido el dominio cognitivo más afectado en las tres áreas de funcionamiento mencionadas. Recordar los hechos sociales protagonizados con otros, el aprendizaje de habilidades vinculadas a una tarea laboral, memorizar nombres, pagar las facturas, confeccionar una lista de artículos domésticos a adquirir, etc., son actividades, entre otras, que requieren de una función mnésica conservada. [71]

Algunos autores sostienen que el deterioro cognitivo influye el resultado funcional más que los síntomas positivos y negativos. Tres han sido hasta ahora las áreas de funcionamiento más estudiadas en la esquizofrenia: a) funcionamiento social, b) funcionamiento ocupacional y c) adquisición de habilidades para la vida cotidiana independiente. Esta última incluye: manejo de la medicación, habilidades de conversación, actividades de tiempo libre y habilidades vocacionales. [71].

Ciertos constructos cognitivos como los de memoria verbal y atención sostenida han sido postulados como consistentemente predictivos del resultado funcional en las áreas de: funcionamiento en la comunidad, solución de problemas sociales y adquisición de habilidades sociales. La neurocognición y sus trastornos parecen correlacionarse de mejor modo que los síntomas positivos y negativos con la capacidad funcional. [71].

El trastorno en la función ejecutiva se ha correlacionado con un fuerte impacto en las áreas de funcionamiento ocupacional y en las actividades para la vida independiente. En su revisión, Rund y Borg establecen que el desempeño en el test de Wisconsin predecía la evolución ocupacional y el funcionamiento social del día a día. Se ha encontrado una fuerte correlación entre el trastorno en la memoria de trabajo y los funcionamientos ocupacional y de la vida independiente. La capacidad de sostener la atención ha sido correlacionada consistentemente con los funcionamientos ocupacional y social. [71].

Algunos autores han propuesto el constructo "cognición social" como un posible mediador entre la neurocognición básica y el resultado funcional. La cognición social incluye la percepción percepción de la emoción del otro como uno de sus componentes principales. [71].

La relación entre cognición y funcionalidad ha sido muy replicada, los déficits neurocognitivos contribuyen en la dificultad funcional y la calidad de vida, incluyendo la capacidad ocupacional y el estatus social. Sin embargo la relación entre cognición y calidad de vida es controvertida.[13].

Algunos de los estudios que han examinado la relación entre el déficit cognitivo y la calidad de vida han confirmado que la cognición contribuye significativamente a explicar la calidad de vida tanto objetiva como subjetiva mientras otros no han encontrado una relación positiva entre estas variables. [13].

Uno de los dominios cognitivos que más consistentemente ha sido relacionado con la calidad de vida en la literatura publicada es la velocidad de procesamiento. Mientras otras capacidades cognitivas se relacionaron o no con la calidad de vida dependiendo del estudio, la velocidad de procesamiento se relacionó positivamente con la calidad de vida en esquizofrenia en todos los estudios en que se midió dicho componente. [13].

Ritsner analizó el rol de las variables sociodemográficas incluyendo la edad, el sexo y el nivel educativo en la calidad de vida, junto a factores clínicos y cognitivos. Concluyeron que un mejor rendimiento en tareas de funcionamiento ejecutivo, atención, memoria y habilidades motoras se asociaba significativamente con una mayor calidad de vida, independientemente de las características sociodemográficas de la muestra y de otros factores relacionados con la enfermedad. [13].

Ojeda y col en 2012, examinaron a 165 pacientes hospitalizados con esquizofrenia. Se incluyeron medidas de síntomas psiquiátricos (PANSS, insight y síntomas afectivos) y cognitivas. Un análisis factorial confirmatorio estableció una estructura cognitiva compuesta de seis factores, que incluyen atención, velocidad de procesamiento, memoria verbal, fluidez, memoria de trabajo y funciones ejecutivas. La calidad de vida fue medida mediante la Escala de Calidad de Vida de Heinrichs-Hanlon-Carpenter (QLS). Los análisis de regresión mostraron que, muy por encima de los demás factores cognitivos, la velocidad de procesamiento (VP) es un importante predictor de la CV. Además, la interacción de la VP con los síntomas negativos, la edad del paciente y el nivel de deterioro en funciones ejecutivas modificaron el efecto de la VP sobre la CV. Finalmente, los síntomas positivos y otros datos sociodemográficos no guardaron relación con la CV. [13].

En general, cuando a la capacidad cognitiva es baja se asocia a una peor Calidad de Vida, pero, contradictoriamente, si es alta, derivando en mayor insight y sintomatología depresiva, también se relaciona con baja Calidad de Vida, precisamente porque el paciente toma conciencia de sus dificultades y su situación vital.[69].

Síntomas psicóticos.

Los numerosos estudios sobre este tema han comprobado la relación negativa que mantienen los síntomas psicóticos con la calidad de vida, pero sus resultados sobre la fuerza de dicha relación han sido mixtos. Aparte de esto, y debido a la variación amplia en la definición del fenómeno y la manera de evaluarlo, ha sido más difícil aún concretar cuáles de las dimensiones psicopatológicas tienen un efecto en la calidad de vida y en cuáles de sus aspectos específicos. [47].

A continuación se describen los hallazgos de los estudios, según los aspectos de la calidad de vida tratados en cada uno y las relaciones halladas con las varias dimensiones psicopatológicas, evaluadas en la mayoría de los estudios a través del PANSS o el BPRS. [47].

Para el estudio de la relación compleja de los síntomas psicóticos con la calidad de vida, es necesario hacer un análisis de las varias dimensiones psicopatológicas que se incluyen en los instrumentos utilizados para la medición de los síntomas. Diversos estudios han utilizado instrumentos como BPRS y PANSS han obtenido cuatro dimensiones contantes en este rubro: Síntomas Negativos, Positivos, Ansiedad-Depresión y Excitación Maniaca- Desorganización. En cuanto al cuarto factor, nombrado Manía, Excitación Maníaca o Desorganización, o incluso ambas cosas, se propone que la Desorganización y la Excitación Maníaca forman parte de la misma dimensión. [47].

Como menciona Ventura y colaboradores en el año 2000, comparando los dos instrumentos más utilizados para medir la psicopatología, el BPRS parece tener una ventaja en comparación con el PANSS. Esta ventaja es que en el primer instrumento el factor de Manía sale de manera consistente e incluye varios ítems representativos, como la hiperactividad motora, la distracción, la grandiosidad y el ánimo elevado. Mientras que en los análisis factoriales del PANSS, aunque aparece el factor de Excitación o Activación, los componentes incluidos en este factor no representan claramente la dimensión Maníaca. Sin embargo, a los ítems del BPRS destinados a evaluar los síntomas Negativos, observamos que faltan algunos de los síntomas considerados fundamentales para esta dimensión, como son la anhedonía o aislamiento. De ahí que aunque son numerosos los estudios sobre la mejor manera de definir las dimensiones psicopatológicas y describir las manifestaciones clínicas de la psicosis, todavía no se ha llegado a una solución satisfactoria sobre estos asuntos, hecho que tiene implicaciones serias a la hora de obtener una imagen fiable de la sintomatología de los pacientes psicóticos. [47].

Eack y Newhill en 2007, han llevado a cabo un estudio de meta-análisis sistemático con el objetivo de examinar los resultados de los estudios que se trataban de la relación entre la calidad de vida y la sintomatología psicótica, se reporta [citado en 54]:

- Los síntomas positivos tenían una relación negativa moderada con la calidad de vida relacionada con la salud y una relación negativa, pero de efecto pequeño, con la calidad de vida subjetiva y el bienestar ninguna relación con la calidad de vida objetiva.
- Los síntomas negativos mostraban una relación negativa moderada con la calidad de vida relacionada con la salud, una relación negativa pero de efecto pequeño con la

calidad de vida subjetiva y el bienestar y una relación fuerte negativa con la calidad de vida objetiva.

- La psicopatología general mostraba una relación fuerte negativa con la calidad de vida relacionada con la salud y relaciones moderadas con la calidad de vida objetiva y subjetiva, mientras tenía una relación de poca fuerza con el bienestar. Aparte de esto, los análisis han revelado que el efecto de los síntomas negativos y de la psicopatología general era menor en los estudios longitudinales, mostrando su disminución en el tiempo, mientras el efecto de los síntomas positivos parecía no cambiar con el tiempo.
- Respecto al estadio de la enfermedad, los análisis han indicado que mientras el efecto de los síntomas negativos y de la psicopatología general no variaba, los síntomas positivos tenían un efecto mayor a los pacientes crónicos, en comparación con los pacientes después de su primer episodio psicótico.
- Comparando los pacientes, parecía que los síntomas positivos y negativos tienen un efecto mayor para los pacientes externos, mientras el efecto de la psicopatología general es igual para estos pacientes y los pacientes hospitalizados.

Los resultados de éste estudio muestran que la sintomatología psicótica tiene un efecto, aunque moderado, en la calidad de vida de los pacientes psicóticos y los síntomas con más efecto parecen ser los de la psicopatología general.

Síntomas depresivos:

Diversos estudios han mostrado que los síntomas depresivos predecían todos los ámbitos de la calidad de vida relacionada con la salud de manera inversa. [47].

Wegener en 2005, en un estudio con pacientes después de su primer episodio psicótico, después de realizar una serie de análisis de regresión, reportan la relación inversa de síntomas depresivos y calidad de vida global. Estos autores también encuentran que los síntomas negativos también determinaban la calidad de vida, pero su impacto no era tan fuerte, comparándolo con lo de los síntomas depresivos. [citado en 54].

Jarema en 2001, realiza un estudio con pacientes que padecen esquizofrenia, en manejo ambulatorio, y confirman el impacto negativo de los síntomas depresivos y de la sintomatología global en la calidad de vida. Estos autores han tomado medidas de la calidad de vida relacionada con la salud en dos tiempos, antes y después de la aplicación de tratamiento con antipsicóticos. Sus resultados han mostrado que los síntomas depresivos tenían una relación inversa con la calidad de vida en los dos tiempos, mientras que la mejora tanto en los síntomas depresivos como en la puntuación global de los síntomas estaba relacionada de manera positiva con la mejora de la calidad de vida global y en cada ámbito por separado. Los hallazgos de estos estudios parecen indicar de manera consistente que los síntomas incluidos en la dimensión de depresión funcionan como determinantes de la calidad de vida en los pacientes que acaban de tener su primer episodio psicótico. [citado en 54].

Meijer y colaboradores en 2008, utilizando una muestra de pacientes con esquizofrenia, han examinado los predictores de la calidad de vida global. Tomando en cuenta una serie de factores, los autores realizaron análisis de medidas repetidas en la evaluación de base y 18 meses

después. Estos análisis han mostrado que en ambos tiempos la calidad de vida global se predecía por los síntomas de depresión y de ansiedad y por la autoestima. [citado en 54].

Hacen falta estudios con otro tipo de poblaciones y con naturaleza longitudinal, con el fin de comprobar el tipo de relación entre la sintomatología y la calidad de vida relacionada con la salud. Entre los estudios con este diseño se encuentra el publicado por Ruggeri, realizado en 2005, estudio longitudinal de 6 años, y han llegado a diferentes conclusiones en cuanto a los determinantes de la calidad de vida objetiva. Según los resultados publicados en los dos años del inicio del estudio en 2001, la calidad de vida subjetiva se predecía por los síntomas de depresión/ansiedad de manera trasversal y los síntomas negativos parecían tener un efecto trasversal a la calidad de vida objetiva, pero estos efectos se perdían después de dos años. En cuanto a los resultados de los análisis después de 6 años, la mayor existencia de la sintomatología psicótica global se ha mostrado tener un efecto en la calidad de vida objetiva, en el ámbito relacionado con la familia. [citado en 54].

Síntomas de ansiedad:

Wetherell en 2003, se destacó el papel de la ansiedad, independientemente de los demás síntomas, en la predicción de la calidad de vida. Estos autores han estudiado el impacto de los síntomas de ansiedad, medido a través de los ítems de ansiedad de la BPRS, en la calidad de vida relacionada con la salud, después de controlar por los síntomas depresivos, negativos y positivos, en una muestra de pacientes psicóticos crónicos. Sus resultados han demostrado que la ansiedad tenía un impacto negativo en la calidad de vida global y los ámbitos de vitalidad, funcionamiento social y limitaciones sociales por problemas físicos, independientemente del efecto de los síntomas positivos, negativos y depresivos. [citado en 54].

Introspección:

En el lenguaje común, la introspección (insight), se refiere a la capacidad de conocer o intuir la naturaleza interna de las cosas. En la psicopatología, se restringe al autoconocimiento implicando una bifurcación entre el conocimiento de uno mismo y el conocimiento del mundo externo). Así, se traduciría por introspección, en contraposición al conocimiento general. [69].

Desde un punto de vista clínico, la introspección sería el reconocimiento de la enfermedad: los síntomas, sus causas, sus consecuencias y su tratamiento, incluyendo una actitud correcta o adaptativa en este reconocimiento. La introspección es la capacidad para apreciar la extrañeza de sus síntomas o incluso para reconocer su existencia, cuando para el observador son evidentes. El grado y tipo de conocimiento que tienen de sí mismos o de su enfermedad, varían mucho en estos pacientes. De la misma manera que pueden reconocer un síntoma como tal, pero no reconocer que tienen una enfermedad .[69].

Este acceso limitado a la información interna o el trastorno en la calidad de esta información, da pie a una pobre función de automonitorización o autocontrol. La falta de conocimiento de los síntomas, implica también una falta de conocimiento del alcance o implicaciones de los mismos. Las conductas inapropiadas afectivas o sociales pueden estar influenciadas por esta falta de introspección. Otra consecuencia es la falta de cumplimiento con la

medicación debido a esta falta de comprensión del hecho de estar enfermo y la necesidad de la misma. [69].

La falta de introspección sobre la enfermedad incluiría: error en reconocer los síntomas de la enfermedad, error en la atribución de la causa de los signos y síntomas a la propia enfermedad, error en apreciar la imposibilidad de las creencias o experiencias perceptivas, error en la construcción de representaciones adecuadas o reacciones inadecuadas o conductas inadecuadas, incluso en los casos en los que reconocen los signos y síntomas o la propia enfermedad. A veces pueden dejar de reconocer toda la enfermedad o solo una parte, un síntoma, de forma selectiva. [69].

En cuanto a la conciencia de la enfermedad, se ha apoyado la idea de que tiene una relación inversa con la calidad de vida subjetiva. Es decir, a mayor conciencia de enfermedad, menor es la percepción de la calidad de vida de los pacientes, ya que parece que se dan cuenta de sus limitaciones y se muestran descontentos. [47].

Roseman en 2008, se ha encontrado una interacción entre los síntomas negativos y la conciencia de la enfermedad para determinar la calidad de vida. Los resultados del estudio han indicado que los pacientes que tienen mayor conciencia de la enfermedad pueden controlar mejor los síntomas negativos, hecho que les lleva a tener una mejor percepción de su calidad de vida. [citado en 54].

Reportes de Lang y Roca para 2003 y 2007 respectivamente, muestran que aproximadamente en la mitad de personas con esquizofrenia a menor introspección, ésto se asocia con un funcionamiento social también pobre, mayor gravedad de la psicopatología, peor cumplimiento del tratamiento, y en resumen una peor evolución. [citado en 71].

Considerado como síntoma, la falta de introspección, sería el más frecuente que presentan los pacientes con esquizofrenia. Afectaría no solo a los síntomas psiquiátricos sino a los trastornos del movimiento derivados de la medicación. [69].

Para Fuller, en 2000, Por otro lado, una menor introspección disminuiría la posibilidad de deprimirse y de suicidarse, ya que el tener una mayor conciencia de sufrir una enfermedad mental, junto con un menor deterioro cognitivo, llevarían al desarrollo de síntomas de depresión y a un mayor riesgo de suicidio de acuerdo a reportes de Meltzer en 2001. [citado en 71].

Rathod y sus colaboradores en 2005, estudiaron el efecto de la terapia cognitivoconductual centrada en el compromiso con la terapia, el desarrollo de explicaciones para los síntomas, el trabajo sobre el diagnóstico de esquizofrenia y el cumplimiento de la medicación, la gestión de los síntomas y actitudes disfuncionales y la prevención de recaídas. Encontraron que esta intervención mejoraba el cumplimiento de la medicación y la introspección en general, aunque el componente específico de reconocimiento de la propia enfermedad no mostró cambios significativos. [citado en 71].

3.2.3.4.4. FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Efecto global sobre CV subjetivo.

Clásicamente, en estos estudios con medicamentos, la calidad de vida ha sido un objetivo secundario para obtener información subjetiva que podía añadir valor a un producto de perfil farmacológico ya conocido. Se ha reportado que la Calidad de Vida subjetiva es un objetivo terapéutico importante y una medida de eficacia en estudios farmacológicos. [69].

Una de las conclusiones de Naber y sus colegas en 2005, en un estudio longitudinal a 26 semanas con 119 pacientes, comparando dos antipsicóticos atípicos (olanzapina y clozapina), es que las mejorías en el estado clínico del paciente medido con la PANSS no correlacionaban con una escala de bienestar subjetivo tras el tratamiento con neurolépticos, lo que indicaría que pacientes y psiquiatras valoran de forma diferente o valoran aspectos diferentes de la Calidad de Vida. [69], [72].

Efecto terapéutico.

Se ha destacado en múltiples estudios el impacto del uso de antipsicóticos como factor que mejora la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia al reducir la sintomatología psicótica. Los antipsicóticos atípicos hipotéticamente tendrían ventaja sobre los típicos dado que mejoran la sintomatología negativa, mantienen y estimulan la función cognitiva. [69].

Sin embargo, estudios publicados no han mostrado diferencias significativas al comparar los dos grupos de antipsicóticos y su efecto en calidad de vida. Para Minguez y colaboradores hacia el 2005, en estudio clínico transversal con 78 pacientes utilizando la escala QLS de Heinrisch obtienen que la terapia antipsicóticos de nueva generación no se asocia con una mayor calidad de vida, dado que el grupo de tratamiento con neurolépticos atípicos si obtuvo una puntuación media en calidad de vida total y en función intrapsíquica superior a la del grupo de tratamiento con neurolépticos clásicos, pero las diferencias en absoluto son estadísticamente significativas. [60].

Kilian, en 2004, y otros autores en estudios longitudinales y transversales coinciden en no detectar diferencias en cuanto a calidad de vida entre antipsicóticos de primera y segunda generación, en búsquedas realizadas hasta 2009. (Citado en [69]).

Duración del tratamiento.

Se ha señalado que la duración del tratamiento influye en los puntajes globales de calidad de vida; marcan que ante una duración mayor a 5 años del tratamiento los puntajes serán menores, sin embargo, no son concluyentes. [61].

Efectos secundarios de la medicación.

Cada vez son más numerosos los estudios de farmacovigilancia que incorporan la calidad de vida como un parámetro más de evaluación y uno de los objetivos finales de los ensayos

clínicos.[59]. Entre ellos, se ha señalado la influencia negativa de los efectos secundarios de la medicación. Este factor ha surgido como uno de los más importantes en el momento de determinar la calidad de vida subjetiva, según el examen empírico del modelo propuesto por el Awad. Sus hallazgos han sido respaldados por distintos autores. (Citado en [47]).

La hipótesis de partida en la evaluación de la CV de los pacientes con esquizofrenia en tratamiento con los nuevos antipsicóticos atípicos sería que dado su mejor perfil de tolerancia y menores efectos secundarios incrementarían más su CV respecto a aquellos pacientes en tratamiento con antipsicóticos clásicos. Esta pareciera confirmarse con resultados de distintos trabajos: de Franz y colaboradores que comparan con clozapina, zotepina y risperidona frente a haloperidol y flufenazina; otro estudio de Rosenheck que compara clozapina frente a haloperidol; Revicki comparando olanzapina frente a haloperidol; y Hamilton que compara olanzapina frente a placebo y haloperidol.[60].

Bebbington con un estudio transversal en 1208 pacientes en 2009,(citado en 55) tomando medidas objetivas y subjetivas de los efectos secundarios de la medicación, han encontrado que era la percepción de estos efectos la que se relaciona con la calidad de vida subjetiva, y además, cada tipo de efecto mostraba relaciones con diferentes ámbitos de la calidad de vida. Los más relevantes se reportaron los del dominio sexual, luego la sialorrea. La presencia de efectos adversos extrapiramidales no se relacionó a menor calidad de vida subjetiva. [47],[73].

Los efectos secundarios medidos de manera objetiva no se mostraban relacionados con ningún ámbito de la calidad de vida, señalando la importancia de la propia experiencia de la persona, independientemente de su vivencia externa. Este hallazgo se apoyó también en el estudio de Ritsner en 2000 aunque en este estudio el efecto de la percepción de los efectos secundarios en la calidad de vida no parecía ser tan fuerte, comparándolo con otros determinantes más potenciales.(Citado en [47]).

Minguez concluye que ante los propios datos obtenidos donde no encuentra relación significativa de los efectos adversos a CV, y considerando que algunos autores reportan que el tratamiento con antipsicóticos atípicos se asocia significativamente con menores efectos extrapiramidales, pero no con una mayor calidad de vida, concluye que puede deberse a que la CV no sólo depende del tratamiento, sino también de otros factores, como la sintomatología negativa o una larga evolución de la enfermedad, que no se recogen en las escalas de calidad de vida utilizadas.[60].

Así pues, a pesar de los indicios sobre el mayor efecto positivo sobre la CV de los antipsicóticos atípicos, es preciso tener en cuenta que la calidad de las evidencias es muy variada e incluso muy limitada en algunos estudios.

Actitud al tratamiento.

La impresión subjetiva del paciente o el bienestar subjetivo con la medicación se correlaciona claramente en la actitud ante la medicación, es decir, hay una correlación entre escalas, siendo de manera previsible mejor la actitud hacía la medicación cuanto mayor es la puntuación en la escala de bienestar subjetivo. [38].

Cumplimiento y adherencia terapéutica.

El termino cumplimiento terapéutico se reserva al grado en que un paciente cumple con una prescripción farmacológica. La adherencia se refiere a un concepto más amplio, que incluiría hábitos de vida, dietas, e incluso a la actitud activa de colaboración del paciente con un conjunto de estrategias terapéuticas, y está influida por las opiniones del paciente sobre su enfermedad y por sus creencias sobre los efectos de los fármacos.(Bebbington 1995;citado en [69]).

En general, por la mayor facilidad de evaluación, la mayoría de trabajos se dirigen a estudiar el cumplimiento con un tratamiento farmacológico o la asistencia a citas programadas. (Giner 2005, citada en [74]).

Las tasas de adherencia en esquizofrenia son muy variables según los estudios, aunque se ha estimado una tasa media del 41,2 % en una revisión crítica de 10 estudios publicados. En otra revisión sistemática, los pacientes con trastornos físicos presentaron una tasa media de cumplimiento del 76 % (intervalo: 60 a 92 %), mientras que en los enfermos con psicosis fue del 58 % (intervalo: 24 a 90%). Las pautas posológicas sencillas ayudan a incrementar la adherencia, si bien entre el 10 y el 40 % de los pacientes a quienes se les administran estas pautas sencillas persisten con conductas de incumplimiento. [75]

El impacto de la falta de adherencia en la evolución de los pacientes con esquizofrenia ha quedado demostrado: mayor riesgo de recaídas con hospitalizaciones más frecuentes, aumento del riesgo de suicidio incremento en los costes sanitarios y el uso de servicios, menor calidad de vida y claras repercusiones en los cuidadores y las familias. [75].

El mal cumplimiento conlleva una peor calidad de vida. Las intervenciones psicoterapéuticas focalizadas en la información sobre la enfermedad y la toma de conciencia de la necesidad de tratamiento, junto con la extensión del uso de los nuevos antipsicóticos con menos efectos secundarios y nuevas formulaciones (antipsicóticos de depósito), deben favorecer el cumplimiento farmacológico que lleve a una mejora de la Calidad de Vida. [76].

No existe un estándar consensuado de lo que constituye una adherencia adecuada. En algunos ensayos se consideran aceptables tasas de cumplimiento mayores del 80 %, mientras que en otros las tasas deben superar forzosamente el 95 % para que la adherencia sea considerada como adecuada.

TABLA 5

Buchanan clasifica la adherencia como: reducida, al cumplimiento mínimo del 25% del tratamiento, ésta se lleva a cabo por los pacientes; parcial, se define cuando el cumplimiento se lleva a cabo entre el 25 y 75%; elevada,

REDUCIDA	Cumplimiento del 25%
PARCIAL	Cumplimiento del 25 – 75%
ELEVADA	Cumplimiento mayor al 75%

es cuando el cumplimiento se sitúa en un 75% superior. (Tabla 5). [77], [78].

Para facilitar la valoración del cumplimiento, se dispone de una serie de métodos apoyados en la entrevista clínica, en los que, de forma directa, se le pregunta al enfermo sobre su cumplimiento.[79]

4. 0 JUSTIFICACIÓN.

Las condiciones en México y en la organización de la atención en salud tienen características particulares. Específicamente en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León (URP-SSNL) se enfrenta la limitación en recursos humanos y materiales, así como una demanda del servicio que ha rebasado sus capacidades.

Este trabajo busca la aplicación de los elementos teóricos a alrededor del constructo de calidad de vida, considerando éste como un indicador del resultado del tratamiento de los usuarios.

Para este trabajo se han elegido los factores psicopatológicos y los relacionados al tratamiento. Ésta selección se hace atendiendo dos situaciones:

- a) La atención brindada actualmente en URP-SSNL ha concentrado sus recursos en áreas prioritarias que son la evaluación psicopatológica y funcional global, así como la identificación de comorbilidades médicas y psiquiátricas.
- b) La base de las intervenciones es el tratamiento farmacológico. Las metas con el tratamiento farmacológico se han enfocado en buscar la remisión sintomática, y estabilización del paciente psicótico. Los fármacos indicados son elegidos de acuerdo a la accesibilidad, en función de la capacidad adquisitiva del usuario y de la disponibilidad en el cuadro básico del seguro popular al que la mayoría de ellos se han afiliado.

Se espera que los datos obtenidos sean de utilidad para exponer los aciertos y áreas de oportunidad a considerar en los replanteamientos de procedimientos de atención y la administración de recursos para la atención del paciente con esquizofrenia. A fin de hacer un uso eficiente de los elementos disponibles y lograr incidir sobre los factores que mayor impacto en nuestra población de usuarios.

5.0 OBJETIVOS.

Objetivo General

Analizar la relación de los factores relacionados a la psicopatología y al tratamiento, en los indicadores de calidad de vida, dentro del grupo de pacientes con esquizofrenia atendidos en la unidad de rehabilitación psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León.

Objetivos Secundarios

- **a.** Explorar la relación entre factores demográficos, (género y edad) con factores psicopatológicos y de tratamiento.
- **b.** Conocer el peso de los factores psicopatológicos (deterioro cognitivo, comorbilidad, síntomas psicóticos) sobre la calidad de vida de en los usuarios en condiciones de manejo ambulatorio.
- c. Analizar la influencia de factores relacionados al tratamiento (efectos adversos de medicamentos, cumplimiento terapéutico) en los dominios de calidad de vida en pacientes con esquizofrenia.
- **d.** Conocer la relación entre los puntajes de calidad de vida y los índices de funcionamiento global para hombres y mujeres.

6.0 HIPÓTESIS

La calidad de vida relacionada con la salud y el funcionamiento global en los pacientes con esquizofrenia se ven afectados principalmente por la severidad de los síntomas psicóticos, presencia de síntomas afectivos, y efectos secundarios de los medicamentos.

Sub -hipótesis.

- El factor psicopatológico que más influye sobre la calidad de vida y el nivel de funcionamiento es la sintomatología afectiva.
- Los síntomas afectivos son más frecuentes en mujeres que en hombres con esquizofrenia.
- La actitud al tratamiento se relaciona con mayor severidad de los efectos adversos de los medicamentos.
- No hay diferencias en la calidad de vida ni en los factores psicopatológicos o relacionados al tratamiento, entre los grupos de acuerdo al sexo.

7.0 DISEÑO DEL ESTUDIO

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GENERAL.

- CLASIFICACIÓN DEL ESTUDIO: Original, dado que integra bases teóricas de las variables a medir, en población específica donde no se han evaluado
- TIPO DE INVESTIGACIÓN: Aplicativo
- CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO: Transversal.
- TIPO DE ANALISIS: Analítico.

•

PROCEDIMIENTOS.

Se concertó una cita para la evaluación de cada participante. Al acudir se entregó al paciente y al familiar la carta de consentimiento, esta deberá ser firmada por ambos. La evaluación será realizada por dos residentes de psiquiatría que cursan el 4to año de la especialidad. Ambos evaluadores han formado parte del equipo de atención a éstos pacientes seleccionados durante el periodo que comprendió marzo del 2014 a febrero 2015.

Para la evaluación se entregaron los formatos autoaplicados sobre datos sociodemográficos, evolución de la esquizofrenia para cada caso (FORMATO 1a), así como instrumentos para evaluar la actitud ante el tratamiento (DAI-10); para luego proceder con los instrumentos heteroaplicados en el siguiente orden: 1) tamizaje cognitivo (NEUROPSI), 2) la escala para síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia (PANSS), 3) escala de calidad de vida de Lehman (QOLI), 4) inventario de secundarios de la medicación (UKU), 5) escala de evaluación de funcionamiento global, y dos formatos (FORMATO 2, FORMATO 3) diseñados para este estudio, que permitan recabar datos sobre las características de los medicamentos indicados, modificaciones al tratamiento durante los últimos 6 meses, Y sobre el historial de abuso de sustancias.

La información obtenida se resguardo en un archivo, con folio individual, que ha quedado bajo resguardo del investigador principal. Se entregó por escrito un resumen de los resultados para anexar al expediente y se notificó vía telefónica a los participantes de los resultados más relevantes; también se proporcionó información sobre centros de rehabilitación psicosocial.

8.0 METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

POBLACIÓN: Usuarios diagnosticados con esquizofrenia que son atendidos de forma ambulatoria en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León.

LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO: Consulta externa de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León.

UNIVERSO Y MUESTRA: Fueron seleccionados pacientes que son usuarios activos del servicio de consulta externa en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, que han asistido durante el 2014 a julio 2015.. Dadas las características de la población, cuyas características no se conocen con precisión se optó por un muestreo conveniencia¹.

SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES: Se revisaron todos los expedientes que fueron abiertos durante el año 2014; también se revisaron los datos de las agendas de citas del 2do semestre del año 2014, y el primer semestre de año 2015, así como censo de hospitalización de los años 2012-2015 (TABLA 6). Los expedientes seleccionados fueron revisados para investigar el cumplimiento de los criterios de inclusión de forma parcial, para luego contactar al paciente o familiar vía telefónica y agendar una cita para la evaluación. Se corroboró el diagnóstico de acuerdo a los criterios del DSM-IV-TR para aplicar la fracción L de la entrevista MINI para corroborar el diagnóstico, sin embargo no se inidco el subtipo de esquizofrenia, quedando solo bajo este diagnóstico todos los subtipos, de acuerdo a las modificaciones en el DSM 5. [81], [82]. Se excluyeron 64 (38.3%) casos de los 167 detectados Los se especifican en la TABLA 7.

TARIA 6

TIPO DE REGISTRO	TOTAL DE EPXPEDIENTES REVISADOS *	PACIENTES CON DIAGNOSTICO F20	EXPEDIENTES EXCLUIDOS	EXPEDIENTES SELECCIONADOS
Expedientes revisados del 2014	1284	88	54	34
Agendas de citas 2014-2015	403	123	10	113

^{*}TOTAL DE EXPEDIENTES ABIERTOS EN 2014, SON 1656, corresponden 1330 a hospital y consulta, y 326 al departamento de adicciones

Entre los 147 casos restantes, no fue posible localizar a 66 de ellos para agendar una cita por vía telefónica. Se agendaron 81 citas para evaluación durante el periodo comprendido entre el 30 de julio y el día 4 de septiembre del año en curso. Entre los 81 pacientes citados se eliminaron 20 más: por negarse a participar no acudir a la cita agendada (n=15), intoxicación reciente por alcohol o cannabis (n=2), y por padecer DM2 (n=3), dato que no estaba consignado en el expediente. La muestra fue finalmente conformada por 61 pacientes, que representan el 36.5% del inicial de casos detectados (n=167).

Tabla 7

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
MOTIVOS DE EXCLUSIÓ	N – 1era e	tapa	
PACIENTES SIN SEGUIMIENTO REGU	LAR		
Solo una cita registrada en c. Externa		38	(59.4%)
Solo asiste a consultas de urgencias		3	(4.7 %)
T. ESQUIZOFRENIFORME		1	(1.6 %)
COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA			
Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)		1	(1.6 %)
Retraso mental		1	(1.6 %)
Intoxicación por sustancias*		2	(3.1%)
DUDA DIAGNÓSTICA (F20 probable)		7	(10.1%)
OTRO ESTUDIO		1	(1.6 %)
OTROS DIAGNOSTICOS MEDICOS			
Tuberculosis		1	(1.6 %)
DM2 (diabetes mellitus tipo 2)		5	(7.8 %)
HAS (hipertensión arterial sistémica)		3	(4.7 %)
EMBARAZO		1	(1.6 %)
	TOTAL	64	(100%)

MOTIVOS DE EXCLUSION DE PACIENTES CITADOS	– 2da etapa
DIABETES TIPO 2 (no consignado en expediente)	3
INTOXICACION POR CANNABIS	1
INTOX POR ALCOHOL	1
NEGATIVA A PARTICIPAR/ NO ACUDIR A CITA	15
TOTAL	20

¹ Consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo. En este tipo de muestreos la "representatividad" la determina el investigador de modo subjetivo, no es posible calcular la representatividad de la muestra.

ID (DEIS - 19011519) (Versión 2.0.). Medina Graciano, C. Monterrey, N,L. A 23 DE OCTUBRE 2015

-

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de esquizofrenia como patología principal
- Edad entre 18 y 65 años.
- Ser atendido en la unidad de consulta externa de Unidad de Rehabilitación de los Servicios de Salud de Nuevo León.
- El paciente cumple con condiciones para manejo ambulatorio al momento del estudio
- Un familiar y el paciente han firmado la carta de consentimiento informado a para la participación del paciente en el estudio.
- Acudir a la evaluación acompañado de un familiar o cuidador.

Criterios de exclusión:

- Negativa a participar en estudio por el paciente y familiares.
- Comorbilidades médicas por procesos infecciosos activos los momentos de la evaluación, neurológicos, reumatológicos, neoplásicos, secuelas de lesiones físicas que limiten funcionalidad, convalecencia de procesos quirúrgicos durante el último año, y padecimientos endocrinos, no se consideró como exclusión las condiciones de obesidad o sobrepeso.
- Embarazo o puerperio al momento de la evaluación.
- Intoxicación por alcohol, cannabis, estimulantes, alucinógenos, o inhalantes durante el mes previo a la evaluación.

VARIABLES DEL ESTUDIO:

Definición operacional, características e instrumento de medición.

VARIABLES DEPENDIENTES:

Se describen dos variables dependientes.

NOMBRE Y DEFINICION.	INSTRUMENTO	VALORES	TIPO DE VARIABLE
CALIDAD DE VIDA: Estado funcional de la persona y su oportunidad para acceder a recursos.	(QOLI) Versión corta de la escala de calidad de vida de Lehman. Dominios: satisfaccion general con la vida, Lugar de residencia, Actividades cotidianas y funcionamiento, Familia, Relaciones sociales, Finanzas, Trabajo y escuela, Aspectos legales y de seguridad, Salud.	No se marcan puntos de corte. A mayor puntaje mayor CV o relevancia del dominio Puntaje subjetivo por dominio: Puntaje objetivo por dominio:	Numérica continua.
2. FUNCIONAMIENTO GLOBAL: Percepción del evaluador sobre el nivel de actividad que alcanza el paciente, en relación a la severidad de sintomatología, y afectación de actividades sociales, laborales o escolares.	(EEAG) Escala de evaluación de funcionamiento global A mayor puntaje mejor nivel de funcionamiento.	Puntaje 0-100	Numérica continua.

VARIABLES INDEPENDIENTES.

Para éste estudio se consideraran las variables relacionadas a las características la población de pacientes con esquizofrenia, el tratamiento farmacológico, características psicopatológicas y funciones cognitivas.

TABLA 8: DESCRIPCIÓN DE VARIABLES DEMOGRÁFICAS.

NOMBRE Y DEFINICIÓN.	INSTRUMENTO	VALOR	TIPO DE VARIABLE
Sexo: Condición orgánica, masculina o femenina.	FORMATO 1	1) Hombre 2) Mujer	Categórica nominal
Edad: numero en años	FORMATO 1	Número de años	Numérica discreta.
Estado civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	FORMATO 1	1) soltero 2) casado 3) unión libre 4) viudo	Categórica nominal
Municipio de residencia: Municipio donde reside al momento del estudio	FORMATO 1	Código asignado al municipio de nuevo león correspondiente (01- 51).	Categórica nominal
Religión: Declaración de practicar alguna religión	FORMATO 1	01) Católica. 02) Cristiana. 03) Adventista. 04) Mormona. 05) Testigo de Jehova. 06) Ninguna. 07) Otras.	Categórica nominal
Ocupación: Actividad laboral remunerada.	FORMATO 1	a) Empleado b) Autoempleo c) Hogar d) Desempleado	Categórica nominal
Estrato socioeconómico: estrado asignado de acuerdo al tipo de vivienda, ingreso familiar, integrantes del grupo familiar, ocupación, número de dormitorios y situación financiera.	Formato fts-04 ² capturado en FORMATO 1	Estratos del 1 al 6, agregando la categoría 0. Asignados de acuerdo al puntaje obtenido en el formato: 1) 6-8 pts., 2) 9-11 pts., 3)12-13 pts., 4) 14-15 pts., 5) 16- 18 pts., 6)19-25 pts. Aquellos con puntaje menor a 5, catalogados por el formato como excentos, se identificarán con el número 0 (cero).	Categórica nominal.
Fuente principal de ingresos: Origen del ingreso económico para gastos personales y necesidades básicas del paciente.	FORMATO 1	01) Ingresos propios. 02) Apoyo familiar. 03) Apoyo institucional. 04) Otros	Categórica nominal.
Años de escolaridad: Años cursados desde ingreso a la educación primaria.	FORMATO 1	Número de años cursados.	Numérica discreta.
Red familiar: personas relacionadas por consanguinidad o parentesco político que cohabitan el domicilio.	FORMATO 1	a) (Papá/mamá/ o los dos). b) Hermanos (as) c) Esposa(o) / cónyuge. d) Esposo (a) e hijos (as). e) Hijos (as). f) Otros. g) Ninguna	Categórica nominal.

² El formato FTS-04 es llenado por trabajo social al momento de la apertura del expediente, solo se recaba la clasificación del estrato socioeconómico asignada en el estudio de trabajo social.

TABLA 9: DESCRIPCIÓN DE VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS.

NOMBRE Y DEFINICION	INSTRUMENTO	VALOR	TIPO DE VARIABLE
<u>Último episodio psicótico</u> : Mes durante el que presentó el último episodio psicótico.	FORMATO 1.	Formato de fecha (MM/AAAA)	Numérica.
Numero de hospitalizaciones: Número de internamientos en unidades de psiquiatría desde el diagnostico.	FORMATO 1.	Especificar con números naturales.	Numérica discreta
Recaidas: Número de recaidas desde el inicio de la enfermedad.	FORMATO 1.	1: 0 a 1 2: 2 o más recaídas 3: 5 o más 4: 10 o más	Categórica ordinal.
Edad del diagnóstico: años cumplidos al momento en que se hace el diagnóstico.	FORMATO 1	Numero entero entre 0 y 99 años.	Numérica discreta
Años de evolución: Años transcurridos desde el diagnóstico hasta el momento actual	FORMATO 1	0: menos de 1 año 1: hasta menos de 2 años 2: 3 años y menos de 5 3: más de 5 años	Categórica ordinal
Síntomas positivos (P)	PANSS	Rango de puntaje entre 7-49	Numérica - intervalo
Síntomas negativos(N)	PANSS	Rango de puntaje entre 7-49	Numérica - intervalo
Compuesto PANSS (C)	PANSS	Rango de puntaje entre -42 a + 42	Numérica - intervalo
Depresión (PG1,PG2,PG3,PG6)	PANSS D	Rango de puntaje entre 4-28	Numérica - intervalo
Ansiedad (PG2)	PANSS A	Rango de puntaje entre 1-7	Numérica - intervalo
PANSS global (PG)	PANSS GLOBAL	Rango de puntaje entre 16-112	Numérica - intervalo
Antecedentes de abuso de sustancias: historial clínico o hallazgo al interrogatorio, del uso de alguna sustancia señalada como psicotrópica y nociva para la salud, de acuerdo a la especificación de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10).	FORMATO 2.	Antecedente de abuso de sustancias (positivo/negativo) Mes y años de último consumo. (MM/AAAA) Tipo de sustancia (código CIE-10) A Patrón de consumo: consumo perjudicial, dependencia. (código CIE-10) A especificar de acuerdo a los códigos marcados por el CIE 10.: NN: ninguna sustancia, F10: alcohol, F11: opioides, F12: cannabis, F13: hipnóticos sedantes, F14: cocaína y derivados, 15:Otros estimulantes incluyendo la cafeína, F16: Alucinogenos, F17: Tabaco, F18: inhalantes, F19: múltiples sustancias.	Categórica nominal
Funcionamiento cognitivo: Desempeño en los dominios de orientación, memoria, atención, lenguaje, escritura, y funciones ejecutivas, medidas a través de pruebas neuropsicológicas.	NEUROPSI	Evaluación cuantitativa. El puntaje global obtenido se catalogará de acuerdo al indicado para la edad y escolaridad. Se consideraran las categorías: G0) AUSENTE G1) LEVE G2) MODERADO G3) SEVERO	Categórica ordinal

TABLA 10. DESCRIPCION DE VARIABLES RELACIONADAS AL TRATAMIENTO

NOMBRE	INSTRUMENTO	VALOR	TIPO DE VARIABLE
Tipo de tratamiento antipsicótico: Características de los fármacos utilizados de acuerdo a su clasificación, vía de administración y número de medicamentos indicados en cada caso.	FORMATO 3.	Sin tratamiento. I) Un antipsicótica vía oral. Un antipsicótica de depósito. Combinación de antipsicóticos vía oral. Combinación de antipsicóticos vía oral y por vía intramuscular de depósito.	Categórica nominal.
Tratamiento farmacológico coadyuvante: Fármacos agregados al esquema antipsicótico de base, clasificados de acuerdo a su grupo.	FORMATO 3.	a) Inhibidor de la recaptura de serotonina. b) Anticonvulsivantes. c) benzodiacepinas d)antipsicóticos sedantes e) Otros. f) ninguno	Categórica nominal
Omisión de medicación antipsicótica: Número de días durante el último mes en que se omitió la dosis indicada de antipsicótico.	FORMATO 3.	Valor entre 0 a 31.	Numérica discreta
Modificación de medicación: Cambios al esquema de medicamentos indicados, realizados por un médico.	FORMATO 3	a) No durante el último año. b) Si, durante el último mes. c) Si, durante los últimos 3 meses. d) Si, durante los últimos 6 meses. e) Si durante los últimos 12 meses.	Categórica nominal
Efectos adversos a medicamentos: Sintomatología indeseable asociada al uso de fármacos.	Escala de efectos adversos (UKU)	PSIQUICOS : puntaje total por dominio. NEUROLOGICOS: puntaje total por dominio. AUTONOMICOS: puntaje total por dominio. OTROS: puntaje total por dominio.	Numérica discreta.
Actitud al tratamiento: Respuesta subjetiva a la medicación.	DAI – 10.	Rango de puntaje entre 10-20 No hay punto de corte. Mientras menor sea el puntaje la percepción de la respuesta al tratamiento es tiende a ser negativa.	Numérica – intervalo.

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Se emplearon los siguientes instrumentos:

AUTOAPLICADOS

- 1. FORMATO 1
- Inventario de Actitudes hacia la Medicación. (DRUG ATTITUDE INVENTORY, DAI).

HETEROAPLICADOS

- 1. FORMATO 2
- 2. FORMATO 3
- 3. Entrevista de calidad de vida de Lehman versión abreviada. (Quality of life Interview -QOLI).
- 4. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).
- 5. Escala de Síndromes Positivos y Negativos de la Esquizofrenia. (Positive and negative syndrome scale for schizophrenia /PANNS).
- 6. Evaluación Neuropsicológica Breve en Español (NEUROPSI).
- 7. Escala de Efectos Secundarios. (Udvalg für kliniske undersogelser, UKU.)

8.

De describen a continuación:

FORMATO 1.

AUTORES: Redactado específicamente para éste estudio por el equipo de trabajo.

DESCRIPCIÓN: Basado en las secciones I (ficha de identificación), IV (antecedentes personales patológicos, incluyendo los psiquiátricos) de la historia clínica psiquiátrica empleada en la Unidad de Rehabilitación psiquiátrica. Formato para auto aplicación, contiene 18 ítems para respuesta abierta, y 7 de opción múltiples. Permite recabar datos personales, fuente de ingresos, y la evolución del padecimiento. Los datos son corroborados con los captados en el expediente clínico.

FORMATO 2.

AUTORES: Elaborado por el equipo de trabajo para éste estudio.

DESCRIPCIÓN: Formato basado en el formato de la historia clínica psiquiátrica, a su vez éste fue elaborado con base en a la norma oficial del expediente clínico NOM 168-SSA1-1998, y aprobado por la directiva del Hospital Psiquiátrico para su empleo como formato oficial. Es aplicado por el entrevistador. Pide se describa si hay antecedente de consumo, tipo de droga, edad de inicio, frecuencia de uso, dosis, cantidad máxima al día, si continua el uso al momento de la valoración, fecha aproximada del último consumo y vía de administración. Permite conocer: patrones de consumo. Al complementar con el resto de datos de la historia clínica se puede establecer un diagnóstico en relación al uso, dependencia, abstinencia, o psicosis secundaria al abuso de una o múltiple sustancias.

FORMATO 3.

AUTORES: Elaborado por el equipo de trabajo para éste estudio.

DESCRIPCIÓN: Formato completado por el entrevistador, se recaban datos sobre los medicamentos empleados en el tratamiento actual como vía, dosis, omisiones de toma de cada medicamento durante el último mes, motivo de la omisión, así como las opciones para acceder al surtimiento de los fármacos indicados. Los datos son obtenidos al interrogar al paciente, al cuidador y cotejar con los datos del expediente.

ENTREVISTA DE CALIDAD DE VIDA DE LEHMAN. (Quality of life Interview QOLI).

AUTORES: Desarrollada en 1982 por Anthon Lehman y colaboradores. La versión breve fue adaptada al castellano Bobes, González y Wallace en 1995. La escala de Lehman (QOLI) ha sido empleada en multiples estudios tanto en su versión en español como en inglés, al ser Lehman uno de los pioneros en el constructo de calidad de vida. [50], [58], [83], [84].

DESCRIPCIÓN: Instrumento heteroaplicado, utilizada para evaluación subjetiva y objetiva de la calidad de vida de los pacientes mentales crónicos en la comunidad. La versión breve está conformada por 57 ítems, explora 8 áreas de la vida, así como el nivel de satisfacción global percibido por el paciente: Lugar de residencia, relaciones familiares, trabajo/estudio, actividades cotidianas, relaciones sociales, legal/seguridad, finanzas y salud. Los resultados se reportan para cada dominio, para los componentes subjetivos o para los componentes objetivos por separados. (TABLA 22). No hay puntos de corte, a mayor puntaje mejor calidad de vida. Los datos obtenidos en estudios previos y publicados por el autor permiten comparar los datos con población clínica (con trastornos mentales severos) y población no clínica. [50], [58], [83], [84].

TABLA 11: ITEMS A COSNIDERAR PARA LA COMPOSICION DE PUNTAJES DE LAA VERSION BREVE QOLI.

	DOMINIOS	ITEMS /SUBJETIVO	ITEMS/OBJETIVO
A,J	SATISFACCION GENERAL CON LA VIDA	A1,J1	
В	LUGAR DE RESIDENCIA	B4A-B4C	
С	ACTIVIDADES COTIDIANAS Y FUNCIONAMIENTO	C3A-C3D	C1A-C1H
D	FAMILIA	D3A,D3B	D1,D2
Е	RELACIONES SOCIALES	E2A-E2C	E1A-E1D
F	FINANZAS	F5A-F5C	F4A-F4E
G	TRABAJO Y ESCUELA	G5A-G5C	G1
Н	ASPECTOS LEGALES Y DE SEGURIDAD	H3A-H3C	H1A,H1B,H2
I	SALUD	12A-12C	

CARACTERISTICAS PSICOMETRICAS: La consistencia interna de la versión completa es de 0.82-0.89 para las escalas subjetivas, y 0.61-0.80 para la escala objetiva. La fiabilidad test-retest de la versión completa a una semana es de 0.72 para lo subjetivo y 0.65 para lo objetivo. Los criterios para la versión reducida se muestras similares. Para la versión en castellano aplicada a población latinoamericana. La consistencia interna fu de 0.34 – 0.98 y la fiabilidad test-retest fue de 0.46 a

0.86. Se comparó con los resultados de la escala para evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO-DASII). Muestra correlaciones con la escala de calidad de vida de Heinrichs y colaboradores (QLS): 0.38-0.75. La escala de satisfacción general con la vida correlaciona negativamente con la depresión (en un rango de -0.17 a -0.56) y ansiedad (en un rango de 0.25 a 0.33). Es sensible al cambio. [50], [58], [83], [84].

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG).

AUTORES: Publicada en DSM-IIIR por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1987, inicialmente denominada GAF (Global Assessment of Functioning). Publicada como EEAG en el DSM IV TR hacia el año 2000. [37].

DESCRIPCIÓN: Instrumento heteroaplicado para evaluar el funcionamiento general de los pacientes psiquiátricos. Consta de un único ítem, en una escala de 1 a 100. La puntuación se otorga en base a gravedad de los síntomas, el deterioro de la actividad social, escolar o laboral. El nivel donde se sitúa a la persona viene determinado por la peor de las dos evaluaciones (gravedad de los síntomas/deterioro). A mayor puntuación, mejor nivel de actividad. Hace referencia temporal al momento actual. [37].

CARACTERISTICAS PSICOMETRICAS: El coeficiente de correlación de 0.57. El nivel de funcionamiento medido con EEAG correlaciona de forma significativa con la complejidad de trastornos del eje I. [37].

ESCALA DE SÍNDROMES POSITIVOS Y NEGATIVOS DE LA ESQUIZOFRENIA. (The positive and negative syndrome scale for schizophrenia /PANNS).

AUTORES: Publicada por Kay, Fiszbein y Opler, en 1987. Fue adaptada al castellano por Peralta, V. y Cuesta, M.J. en 1994. [37].

DESCRIPCIÓN: Instrumento heteroaplicado que se utiliza para evaluar el síndrome negativo y positivo de la esquizofrenia, así como psicopatología general, esto desde el punto de vista dimensional y categorial. Permite evaluar la respuesta al tratamiento. Consta de 30 ítems, distribuidos en: sub escala positiva (PANSS-P), negativa (PANSS-N), subescala de psicopatología general (PANSS-PG). La escala escala compuesta (PANSS-C) se obtiene de la suma de la puntuación de las escala negativa a la positiva; los valores obtenidos estarán entre -42 y 42. Los puntajes obtenidos se transforman mediante una tabla de conversión en percentiles 5, 25, 50, 75 y 95. Depresión y ansiedad: La sub escala PANSS-D, conformada por 5 items (G1, G2, G3, G6) del instrumento, es utilizada para detectar síntomas depresivos. El ítem que evalúa ansiedad es G2.[37].

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS: Para la versión en español, Peralta y colaboradores obtuvieron los siguientes datos: Las escalas positiva y negativa en su globalidad tienen una fiabilidad siendo 0 .71 y 0.80 respectivamente, sin embargo en la escala de psicopatología general es más moderada (0.56). La relación de la escala positiva y negativa es Kappa= 0.87. Para PANSS-D: Su consistencia interna es 0.77. El puntaje oscila entre 4 y 24. El punto de corte de ≥ 5, su sensibilidad y

especificidad es de 78% y 85% respectivamente. La correlación de PANSS con la Escala Breve de Síntomas Psiquiátricos es de 0.85, para la subescala positiva es de 0.91, y para la subescala negativa de 0.89. Para PANSS-D, la correlación de Pearson con la escala de Calgary para síntomas depresivos fue de r=r=0.389, p<0.01. [28],[37]. Para el factor PANSS A/D la consistencia interna es $\alpha=0.751$.[98].

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE EN ESPAÑOL (NEUROPSI).

AUTORES: Ostrosky, Ardila y Rosselli, 1999.

DESCRIPCIÓN: Instrumento de tamizaje para la evaluacion de funcionamiento cognitivo en pacientes psiquiátricos y neurológicos. Los dominios cognoscitivos que abarca son: orientación, atención y concentración, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, lectura, escritura y cálculo; cada una de estas áreas incluye 26 subpruebas. Considera 4 niveles de acuerdo a la edad (16-30, 31-50, 51-65 y 66-85 años) y dentro de cada rango de edad cuatro niveles educativos: 0 años de estudio, 1-4 años, 5 a 9 años y más de 10 años de estudio. La interpretación de los resultados obtenidos son de tipo cualitativo y cuantitativo. La puntuación global permite clasificar los resultados dentro de los rangos: normal (dentro de una desviación estándar), leve (entre una y dos desviaciones estándar), moderado (entre dos y tres desviaciones estándar), severo (más de tres desviaciones estándar). [85], [86].

En población que padece esquizofrenia la evaluación neuropsicológica breve (NEUROPSI) es un instrumento de tamizaje adaptado, validado y estandarizado. Picasso, Ostrosky y Nicolini realizan un estudio con el objetivo del e estudio fue evaluar la sensibilidad y especificidad del NEUROPSI para evaluar el perfil cognoscitivo de un grupo de pacientes con esquizofrenia, así como valorar la clasificación de acuerdo a los subtipos: positivos, negativos y mixtos. [85], [86].

- Grupo de síntomas negativos: El perfil neuropsicológico detectado sugiere una disfunción cerebral generalizada. Su ejecución fue significativamente más baja que las del grupo con síntomas positivos y que el grupo control. Se ha reportado que estos pacientes presentan una pobre respuesta a los medicamentos y un pobre pronóstico para el tratamiento. Los síntomas negativos también se han relacionado con hipofuncionamiento frontal en pruebas cognoscitivas y neuro-radiológicas que involucran a la corteza prefrontal dorsolateral, orbitofrontal y sus conexiones con estructuras subcorticales. [64]:
- Grupo de síntomas mixtos: Reportan que el grupo mixto presentó un mejor perfil cognoscitivo que el grupo negativo. Al igual que los pacientes con síntomas negativos, el perfil neuropsicológico de este grupo señala una disfunción cerebral generalizada, aunque menos severa que la del grupo negativo. [96], [97].
- Grupo de síntomas positivos [85], [86]: El grupo con síntomas positivos se caracterizó por presentar ejecuciones parecidas a los controles. Estos datos señalan que este grupo no está asociado con una disfunción global generalizada, sino con un déficit en la corteza prefrontal dorsolateral, la cual se ha asociado con los procesos atencionales y con la evocación de la información. También se ha reportado que esta población muestra una buena respuesta a los neurolépticos y que las alteraciones se deben a deficiencias en la transmisión dopaminérgica. [96], [97.

CARACTERISTICAS PSICOMETRICAS: La confiabilidad test-retest es de 0.89 para el puntaje total. La confiabilidad para las subpruebas va de 0.89 a 1.0. Los coeficientes de correlación entre jueces van de 0.93 a 1.0. [86]. En personas mexicanas con esquizofrenia se obtuvo un puntaje total que discriminó entre normalidad y patología fue de 109 puntos. Con este punto de corte se obtuvieron valores de 87,5 % de sensibilidad y del 92,8 % de especificidad. [85], [86].

ESCALA DE EFECTOS SECUNDARIOS. (UDVALG FÜR KLINISKE UNDERSOGELSER, UKU).

AUTORES: Proyecto de la Sociedad Escandinava de Psicofarmacología, primera versión en 1981 y revisión posterior en 1986. Editada y traducida al castellano, actualización reciente (2001) de la escala que cuenta con dos versiones: del paciente y la versión del clínico. [46]

DESCRIPCIÓN: Instrumento heteroaplicado, consta de 56 items para evaluar los efectos secundarios derivados del consumo de psicofármacos. Describe el tipo y la intensidad de los efectos adversos en cada una de las 4 subescalas; síntomas neurológicos, psíquicos, autonómicos y otros, cada ítem presenta 4 posibles respuestas que van de 0 a 3 (0, no o dudosamente presente; 1, leve; 2,moderado; 3, grave). El puntaje total que se obtienen sumando los puntos de cada uno de los ítems que las constituyen. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad. Evalúa la situación actual del paciente y en algunos items es apropiado valorar el estado del paciente durante los tres días previos e incluso, en otros, su situación más allá de las 72 horas que preceden a la entrevista. Los últimos ítems (55 y 56) valoran la interferencia de los efectos secundarios sobre el funcionamiento diario del paciente y sus consecuencias sobre la toma de medicación (ninguna, reducción de dosis, retirada o cambio). [46].

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS: Fiabilidad: Tres estudios llevados a cabo en Dinamarca, Suecia y Noruega analizaron la fiabilidad con coeficientes de correlación intraclases de moderados a altos (0.37-0.96). Validez: Un estudio piloto sobre 2391 pacientes, tratados con neurolépticos, de 50 hospitales nórdicos, ofrecieron datos adecuados sobre validez aparente, validez de constructo, validez de contenido y validez concurrente. [46].

INVENTARIO DE ACTITUDES HACIA LA MEDICACIÓN. (DRUG ATTITUDE INVENTORY, DAI).

AUTORES: T. P.Hogan, A. G.Awad, M.R. Eastwood. Publican la version original en 1994. La adaptación al español fue publicada por García-Cabeza y colaboradores en 2000. [37].

DESCRIPCIÓN: Es un instrumento auto aplicado que evalúa la respuesta subjetiva a la medicación antipsicótica. Existen dos versiones. La versión breve tiene por 10 ítems de respuesta dicotómica verdadero - falso que se refieren al efecto percibido de la medicación., La puntuación total puede oscilar entre 10 y 20. . El marco de referencia temporal no está definido. No existen puntos de corte. A mayor puntuación, efecto percibido de la medicación más positivo. Puntajes altos se relacionan con mejor aceptación del tratamiento. [37].

CARACTERISTICAS PSICOMETRICAS: La versión breve en español mostró validez convergente y moderada confiabilidad para evaluar las actitudes a la medicación de una muestra de pacientes mexicanos con esquizofrenia. Consistencia interna de 0,57. [37].

ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó el programa SPSS 22.0 para el análisis estadístico.

Con tecnicas descriptivos como el promedio, porcentaje y desviación estándar se expusieron las características de la población, así como los resultados de las escalas en cada grupo de factores (sociodemográficos, psicopatológicos, y del tratamiento), para luego aplicar estadística inferencial a través de un proceso de análisis en dos fases:

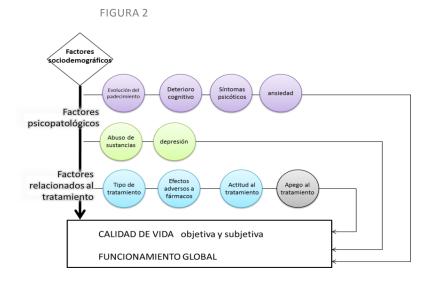
ANALISIS 1

Se exploró la relación de calidad de vida y funcionamiento global con las variables sociodemográficas, psicopatológicas y del tratamiento para el total de la muestra. Se determinó la distribución normal utilizando la prueba de Saphiro Wilks, para luego emplear la prueba de correlación de Pearson. (FIGURA 4)

ANALISIS 2

Luego de conocer el comportamiento de las variables en el total de la muestra, se exploraron las diferencias entre grupos de acuerdo al sexo. Para las variables categóricas cuyo resultado con la prueba de Pearson fue significativa estadísticamente (p< 0.05) se analizó la diferencia entre el factor y las subcategorías de la variable.

La distribución de los datos por cada se determinó también con la prueba de Saphiro Wilks, para luego con pruebas no paramétricas se compararon de acuerdo a los objetivos con pruebas U de Mann y Whitney para dos grupos, y ANOVA de Kruskal Wallis para más de dos subgrupos, o coeficientes de correlación de Spearman (FIGURA 5).



ID (DEIS - 19011519) (Versión 2.0.). Medina Graciano, C. Monterrey, N,L. A 23 DE OCTUBRE 2015

9.0 RESULTADOS.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.

DESCRIPCIÓN.

La población final fue de 61 participantes (N), de los cuales 40 fueron hombres y 21 mujeres. Se determinaron las características de la población, que se muestran en la TABLA 12. De forma general y en la TABLA 13 de acuerdo a grupos por sexo.

La muestra total obtenida fue de 61 personas, todas residentes del estado de Nuevo León, el 33.9 % (n=39) se concentra en los municipios de Guadalupe y Monterrey.

El promedio de edad de la muestra (n=61) de fue de 43.23 (SD 13.23), con un mínimo de 18 y máximo de 75 años. Para el grupo de mujeres a media fue de 48, y para los hombres de 41 años. La escolaridad promedio de la muestra fue de 8.72 (SD=3.47), con un mínimo de 0 y máximo de 16 años. La media en el grupo de mujeres fue de 9 años para hombres y mujeres.

El estado civil que predomino para hombres y mujeres fue de soltero. En cuanto a la ocupación la mayoría, 59% (n=36) son desempleados, pero el porcentaje de ocupación fue mayor en hombres, donde alcanza el 20%. El 60.7% (n=37) son católicos, con porcentajes similares para hombres y mujeres.

El nivel más frecuente fue el 3, con 36.1% (n=22); seguido del nivel 4 con un 32.8% (n=20). Ningún participante se clasifico en nivel cero. En el grupo de mujeres el estrato 4 alcanzó el mayor porcentaje, a diferencia del grupo de hombres donde fue más alto el porcentaje para el nivel 3.

La principal red de apoyo en la muestra fue la conformada por los padres, con un 54.1% (n=33) ya sea uno o ambos seguido por un 23.0% (n=14) que vive con algún hermano, el 9.8% (n=6) recibe apoyo de personas con las que no tiene ningún parentesco, mayor en el grupo de mujeres, alcanzando el 14.3% (n=3). Ninguno de los participantes se encuentra bajo algún tipo de institucionalización (unidades de estancia prolongada, albergues, unidad de asilamiento, etc.).

En cuanto a la fuente de ingresos el 16.4% (n=10) recibe un salario, 4.9% (n=3) subsisten con algún apoyo gubernamental (apoyo económico o en vales por discapacidad o tercera edad), pero el 78.8% (n=48) se mantienen con las aportaciones económicas de familiares de forma directa o indirecta.

TABLA 12 Y 13

CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN. (N = 61, (100%))						
	Categoría	Frecuencia	Porcentaje			
Sexo	masculino	40	65.6			
	femenino	21	34.4			
Religión	catolico	37	60.7			
-	cristiano	11	18.0			
	Testigo de Jehová		1.6			
	Ninguna	11	18.0			
	otras	1	1.6			
	Oi do		1.0			
Estado civil	a:soltero	50	82.0			
	b: casado	6	9.8			
	c: union libre	3	4.9			
	d: viudo	2	3.3			
Ocupación	a: empleado	9	14.8			
	b: autoempleo	3	4.9			
	c: hogar	13	21.3			
	d: desempleado	36	59.0			
Estrato	1	4	6.6			
socioeconomico	2	11	18.0			
	3	22	36.1			
	4	20	32.8			
ı	5	4	6.6			
Fuente de	salario	10	16.4			
	apoyo familiar	48	78.7			
-	apoyo	3	4.9			
	gubernamental	-				
Municipios de	Allende	1	1.6			
	Apodaca	3	4.9			
	Carmen	1	1.6			
	China	1	1.6			
	García	1	1.6			
	Gral. Escobedo	2	3.3			
	Guadalupe	20	32.8			
	Juarez	5	8.2			
	Mina	1	1.6			
	Monterrey	19	31.1			
	Salinas Victoria	1	1.6			
			4.9			
	San Nicolas de los	3				
	Garza					
		2	3.3			

CARACT	ERISTCAS		MUJERES			HOMBRES	
SOCIODEM	IOGRAFICAS	B	% para el grupo de	% del total de la	B	% para el grupo de	%del total de la
POR SEXO.		Recuento	mujeres (n=21)	muestra (n=61)	Recuento	hombres (n=40)	muestra (n=61)
RELIGIÓN	catolico	13	61.9%	21.3%	24	60.0%	39.39
	cristiano	4	19.0%	6.6%	7	17.5%	11.59
	adventista	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.09
	mormon	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.09
	Testigo de Jehová	0	0.0%	0.0%	1	2.5%	1.69
	Ninguna	4	19.0%	6.6%	7	17.5%	11.59
	otras	0	0.0%	0.0%	1	2.5%	1.69
ESTADO CIVIL	a:soltero	15	71.4%	24.6%	35	87.5%	57.49
	b: casado	3	14.3%	4.9%	3	7.5%	4.99
	c: union libre	2	9.5%	3.3%	1	2.5%	1.69
	d: viudo	1	4.8%	1.6%	0	0.0%	0.09
	e : divorciado	0	0.0%	0.0%	1	2.5%	1.69
OCUPACIÓN	a: empleado	1	4.8%	1.6%	8	20.0%	13.19
	b: autoempleo	1	4.8%	1.6%	2	5.0%	3.39
	c: hogar	7	33.3%	11.5%	6	15.0%	9.89
	d: desempleado	12	57.1%	19.7%	24	60.0%	39.39
ESTRATO	excento	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.09
SOCIOECONOMICO 0	Nivel 1	2	9.5%	3.3%	2	5.0%	3.39
AL 6	Nivel 2	6	28.6%	9.8%	5	12.5%	8.29
	Nivel 3	3	14.3%	4.9%	19	47.5%	31.19
	Nivel 4	10	47.6%	16.4%	10	25.0%	16.49
	Nivel 5	0	0.0%	0.0%	4	10.0%	6.69
	Nivel 6	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.09
RED DE APOYO	papas (uno o ambos)	10	47.6%	16.4%	23	57.5%	37.79
	hermanos	4	19.0%	6.6%	10	25.0%	16.49
	esposo (a)	1	4.8%	1.6%	1	2.5%	1.69
	esposo (a) e hijos	2	9.5%	3.3%	3	7.5%	4.99
	hijos (as)	1	4.8%	1.6%	0	0.0%	0.09
	otros	3	14.3%	4.9%	3	7.5%	4.99
FUENTE DE	salario	1	4.8%	1.6%	9	22.5%	14.89
INGRESOS	apoyo familiar	18	85.7%	29.5%	30	75.0%	49.29
	apoyo gubernamental	2	9.5%	3.3%	1	2.5%	1.69
	1 .						

DESCRIPCION DE FACTORES PSICOPATOLOGICOS.

DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO.

En este grupo de participantes el promedio de edad al momento del diagnóstico fue de 22.7 años (SD=6.184), con máximo de 38, y mínimo de 9 años de edad. La edad de inicio más frecuente es de 20 años 14.8% (n=9). Al momento de la evaluación para este estudio el 83.6% (n=51) tienen más de 5 años de evolución, 8.2% (n=5) tiene al menos 2 años, 6.6% (n=4) con 3 a 5 años, y el 1.6% (n=1) tiene más de 10 años de evolución. El dato del número de recaídas desde el inicio del padecimiento se tomó de la información del familiar. El 16.4% (n=10) ha tenido 1 sola recaída, el 37.7% (n=23) han tenido al menos 2 recaídas pero menos de 5, el 32.8% (n=20) ha tenido 5 recaídas pero menos de 10, el 11.5% (n=7) ha tenido más de 10 recaídas; en el 1.6% (n=1) no se pudo establecer el número de recaídas. (TABLA 14)

TABLA 14

CARACTERISTICAS DE LA EVOLUCION DEL PADECIMIENTO.		MUJERES			HOMBRES		
		Recuento	% del total de la	% del total por	Recuento	% del total de la	% del total por
DEETA	ADEONVIENTO.	Recuento	muestra (n=61)	sexo (n=21)	Recuento	muestra (n=61)	sexo (n=21)
	menos de 1 año	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
Años de	hasta 2 años	2	3.3%	9.5%	3	4.9%	7.5%
evolución	3 años y menos de 5	1	1.6%	4.8%	3	4.9%	7.5%
evolucion	más de 5 años	18	29.5%	85.7%	33	54.1%	82.5%
	Más de 10 años	0	0.0%	0.0%	1	1.6%	2.5%
	0-1	3	5.0%	14.3%	7	11.7%	17.5%
Recaídas	2 o más	6	10.0%	28.6%	17	28.3%	42.5%
	5 o más	7	11.7%	33.3%	13	21.7%	32.5%
	10 o más	4	6.7%	19.0%	3	5.0%	7.5%

DETERIORO COGNITIVO.

Para esta variable se encontró dentro de la muestra, que el 54.1% (n=33) tuvo deterioro cognitivo severo, 27.9% (n=17) deterioro cognitivo moderado, para el 6.6% (n=4) fue leve, el 11.5% (n=7) no presento deterioro cognitivo. En el grupo de mujeres, predomino el deterioro cognitivo severo con 47.6% (n=10), y el 42.9% (n=9) con deterioro moderado; para el grupo de hombres predominio el deterioro severo 57.5% (n=23). (TABLA 15)

TABLA 15

DET. COGNITIVO		MUJERES (n=21)	HOMBRES (n=40)			
DET. COGNITIVO	Recuento	% de mujeres	%delNT	Recuento	%hombres	%del NT
LEVE	1	4.8%	1.6%	3	7.5%	4.9%
MODERADO	9	42.9%	14.8%	8	20.0%	13.1%
NORMAL	1	4.8%	1.6%	6	15.0%	9.8%
SEVERO	10	47.6%	16.4%	23	57.5%	37.7%

SINTOMAS PSICÓTICOS.

Se aplicó la escala para síntomas positivos y negativos para esquizofrenia, se calculan las sub escalas positiva (P), negativa (N), general (G) y combinada (C). (TABLA 16).

TABLA 16

PANSS		Puntajes de subescalas – Distribución por sexo.									
		MUJER	ES	HOMBRES							
	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo			
Síntomas positivos	15,2	7,9	7,0	30,0	15,0	8,5	7,0	37,0			
Síntomas negativo	22,8	8,6	7,0	39,0	24,9	10,1	7,0	47,0			
Síntomas generales	37,7	12,7	16,0	61,0	41,7	10,7	16,0	81,0			
PANSS combinada	-7.9	9.8	-26.0	8.0	-10.4	11.5	-35.0	13.0			

De acuerdo a los puntajes obtenidos se clasifica en subtipos de acuerdo al sistema restrictivo, como positivo, negativo, mixto u otros. De forma global se encontró predominio del subtipo negativo con 44.3% (n=27). La distribución por sexo se muestra en la TABLA 17

TABLA 17

PANSS.	SUB TIPO DE SINTOMAS POR SEXO								
		MUJERES		HOMBRES					
CLASIFICACION RESTRICTIVA.		%del N de			%del N de				
The office of th	Recuento	mujeres	%del NT	Recuento	hombres	%del NT			
MIXTO	5	23.8%	8.2%	7	17.5%	11.5%			
NEGATIVO	9	42.9%	14.8%	18	45.0%	29.5%			
OTRO	6	28.6%	9.8%	12	30.0%	19.7%			
POSITIVO	1	4.8%	1.6%	3	7.5%	4.9%			

SINTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD. Se indago la presencia de síntomas depresivos a través de la subescala PANSS D, cuyo punto de corte indica que el puntaje mayor a 5 es positivo. El promedio el puntaje en la muestra fue de 8.82 (SD=3.9), con un mínimo de 4, máximo de 20. El 85.2% (52) de los participantes tuvieron una puntuación mayor a 5. Los promedios de PANSS-D y PANSS-A fueron mayores para el grupo de mujeres.(TABLAS 19 Y 19).

TABLA 18

	Recuento	% del total de mujeres (n=21)	recuento	% del total de hombres(n=40)
PANSS - D mayor o igual a 5 pts	18	85.71	34	85

TABLA 19

Sintomas afectivos PANSS		PA	NSS -D		PANSS-A			
POR SEXO	media	minimo	maximo	desv estandar	media	minimo	maximo	desv estandar
MASCULINO (n=40)	8.75	4	20	3.657	2.78	1	5	1.510
FEMENINAS (N=21)	8.95	4	18	4.511	3.14	1	6	1.652

DESCRIPCION DEL VARIABLES RELACIONADAS AL TRATAMIENTO.

En cuanto al tratamiento que reciben los participantes, el 98.36% (n=60) recibe tratamiento con antipsicóticos, 1.6% (n=1) acude también a un programa de rehabilitación psicosocial. Así pues el 96.76% (n=59) recibe como único tratamiento la administración de fármacos.

TIPO DE TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO. El 55.7% (M=11, H=23) toma solamente un antipsicótico vía oral, el 19.7% (M=5, H=7) es medicado solamente con un antipsicótico de depósito, y 23.0% (M=4, H=10) reciben una combinación de antipsicótico vía oral y antipsicótico de depósito. Ninguno recibe dos antipsicóticos vía oral como tratamiento. (TABLA 20).

MEDICACIÓN COMPLEMENTARIA. En el 81.96% de los pacientes se indicó al menos un fármaco además del antipsicótico. En el 45.9% (n=28) se ha agregado 1 fármaco, el 16.4% (n=10) toma 2 medicamentos más, 18.0% (n=11) tomas tres medicamentos complementarios, y en 2 casos, que representan el 3.3% toman 4 fármacos además del antisicótico. De tal manera que, solo en 14.8% (n=9) pacientes se da la monoterapia, y el 75.4% (n=47) toman entre 2 a 4 como

esquema terapéutico. El número de medicamentos empleados, y la frecuencia de los tipos de fármacos se describen en las siguientes tablas. El tipo de medicamento complementario más frecuente fueron las benzodiacepinas indicadas en el 35.0% (n=21) de los esquemas, seguido de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) que han sido indicados en el 31.67% (n=19) de los esquemas. El antipsicótico levompromazina se encontró en 11 de los 60 esquemas revisados (18.33%), empleado por su efecto sedante. (TABLA 21).

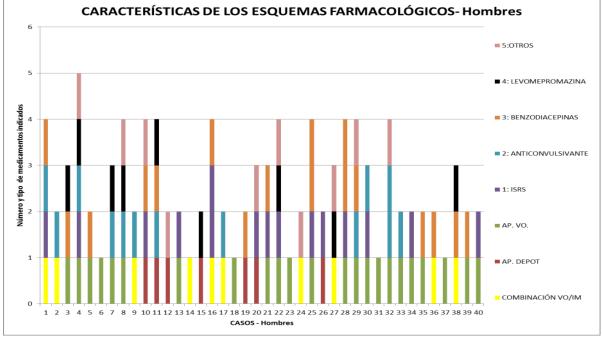
TABLAS 20 Y 21

TIPO DE ESQUEMA ANTIPSICÓTICO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin tratamiento	1	1.6	1.6	1.6
Un antipsicótico VO	34	55.7	55.7	57.4
Un antipsicótico de depósito	12	19.7	19.7	77.0
Combinación de antipsicótico VO/IM	14	23.0	23.0	100.0
Total	61	100.0	100.0	

FRECUENCIA DE LOS TIPOS DE	MUJER	ES (n=20)*	HOMBR	RES (n=40) TOTAL				
MEDICAMENTOS EN LOS ESQUEMAS DE TRATAMIENTO	recuento	% de los casos	recuento	% de los casos	RECUENTO	% PORCENTAJE		
1: ISRS	5	25.0%	14	35.0%	19	31.67		
2: ANTICONVULSIVANTE	4	20.0%	12	30.0%	16	26.67		
3: BENZODIACEPINAS	6	30.0%	15	37.5%	21	35.00		
4: LEVOMEPROMAZINA	2	10.0%	9	22.5%	11	18.33		
5: OTROS	5	25.0%	10	25.0%	15	25.00		
* Una paciente no tiene indicado tratamiento farmacologico								

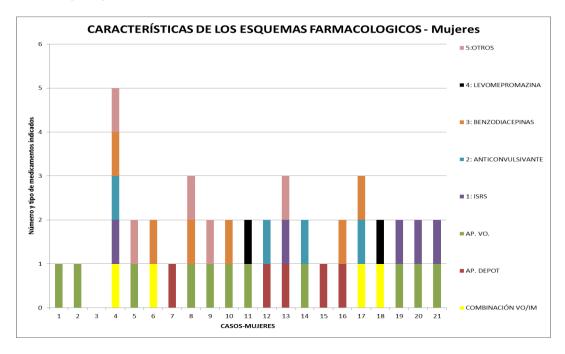
Las características de los esquemas de tratamiento para cada caso se muestran en las siguientes gráficas, para hombres y para mujeres por separado (GRAFICAS 1 Y 2).

CARACTERÍSTICAS DE LOS ESQUEMAS FARMACOLÓGICOS- Hombre



ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LOS FACTORES PSICOPATOLOGICOS, Y LOS RELACIONADOS AL TRATAMIENTO, EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN.





CUMPLIMIENTO Y MODIFICACIONES AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: En los casos de los participantes en éste estudio el 91.8%(n=56) negó omisiones de la administración del tratamiento antipsicótico. Solamente en 98.3% (n=2) casos se refirieron omisiones en el esquema antipsicótico por periodos de1 a 15 días. Como se especificó anteriormente, una persona no tiene indicado tratamiento farmacológico. En el 95.1% (n=58) de los casos no hubo modificaciones al esquema farmacológico al menos durante los últimos 6 meses, solo en 3 casos se registró un cambio de antipsicótico en éste periodo. (TABLA 22).

TABLA 22

Días de omisión al tratamiento en el ultimo mes	Frecuencia	Porcentaje válido (%)	Porcentaje acumulado (%)
0	56	91.8	91.8
1	1	1.6	93.4
14	1	1.6	95.1
15	2	3.3	98.4
30	1	1.6	100.0
Total	61	100.0	

EFECTOS ADVERSOS. Se evaluó la presencia de efectos adversos, el grupo presentó un puntaje total promedio de 9.1 (SD=8.2), con rangos de 0 a 42 puntos. Los efectos adversos de tipo psíquico con u promedio de 3.5 (SD=0.5), seguido por los de tipo autonómico con promedio de 1.8 (SD=0.4). De acuerdo al sexo, el promedio de puntaje total para el grupo de hombres fue mayor

9.5 (SD=1.4). Por grupos de acuerdo al sexo el tipo de efecto adverso para mujeres y hombres fue el de tipo psíquico con puntajes promedio de 3.2 (SD=0.6) y 3.8 (SD=0.7) respectivamente. El caso de la paciente que bajo indicación médica no recibe tratamiento farmacológico alguno, se debe a que presento discinesia tardía; durante el año previo se intentó medicar con aripiprazol pero fue suspendido. (TABLA 23).

TABLA 23

EFECTOS ADVERSOS (UKU). PUNTAJE GLOBAL	Media	Error estándar de la media	Máximo	Mínimo
efectos adversos psiquicos	3.6	.5	20.0	.0
efectos adversos neurologico	1.6	.3	9.0	.0
efectos adversos autonomico	2.3	.3	13.0	.0
efectos adversos otros	1.8	.4	15.0	.0
Puntaje total UKU	9.2	1.0	42.0	.0

Con respecto a la interferencia de los efectos adversos de forma global el 9.8% (n=6) no reporto interferencia, el 52.5% (n=32) no reporto interferencia significativa, el 32.8% (n=20) reportó inferencia moderada, y el 3.3% (n=2) refirió interferencia marcada.

Como consecuencia de los efectos adversos, el 75.4% (n=46) dijo haber recibido tratamiento por efectos adversos (biperideno y propranolol principalmente), en el 4.9% (n=3) se redujo la dosis en algún momento durante los últimos 6 meses por éste motivo, y solo en el 3.3% (n=2) se retiró algún medicamento. (TABLA 24)

Tabla 24

TIPOS DE EFECTOS		MUJERES				HOMBRES			
ADVERSOS (UKU). Distribución		Error estándar de				Error estándar de			
por sexo.	Media	la media	Máximo	Mínimo	Media	la media	Máximo	Mínimo	
efectos adversos psiquicos	(3.2)	(.6)	(9.0)	(.0)	(3.8)	(.7)	(20.0)	(.0)	
efectos adversos neurologico	(1.5)	(.6)	(9.0)	(.0)	(1.7)	(.3)	(7.0)	(.0)	
efectos adversos autonomico	(2.8)	(.5)	(7.0)	(.0)	(2.1)	(.4)	(13.0)	(.0)	
efectos adversos otros	(1.5)	(.4)	(5.0)	(.0)	(1.9)	(.5)	(15.0)	(.0)	
Puntaje total UKU	(8.6)	(1.5)	(26.0)	(.0)	(9.5)	(1.4)	(42.0)	(.0)	

ACTITUD AL TRATAMIENTO

La escala DAI permite conocer la actitud al tratamiento, a mayor puntaje mejor disposición a la toma del mismo. El promedio de puntaje fue similar para el grupo de hombres y mujeres. (TABLA 25).

TABLA 25

	TABLA 25		total suma DAI						
A	ctitud al tratamiento	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	% del N			
0.01/0	Mujeres	17.0	2.4	11.0	20.0	34.4%			
sexo	Hombres	16.6	2.0	11.0	20.0	65.6%			

ID (DEIS - 19011519) (Versión 2.0.). Medina Graciano, C. Monterrey, N,L.

A 23 DE OCTUBRE 2015

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LOS FACTORES PSICOPATOLOGICOS, Y LOS RELACIONADOS AL TRATAMIENTO, EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN.

CONSUMO DE DROGAS.

El 34.4% (n=21) de los participantes acepto haber consumido algún tipo de droga durante el año anterior (alcohol, tabaco).

Al separar grupos de acuerdo al sexo se encuentra que la frecuencia de antecedente de uso de sustancias fue positivo en 9.52% (n=2) del total de mujeres, y en el 39.14 % (n=19) de los hombres. De acuerdo al tipo y patrón de consumo, lo más frecuente de forma global fue el tabaco, con un porcentaje acumulado de 29.5% para dependencia y consumo perjudicial y uso concomitante de alcohol.

Consumo de sustancias. Frecuencia Porcentaje Global 40 65.6

TABLA 26

negado	40	65.6
F17.2	12	19.7
F17.1	0	0.0
F10.1	5	8.2
F17.2 + F10.1	3	4.9
E17 1 ± E10 1	1	1.6

TABLA 27

DISTRIBUCIÓN	TAI	BACO	AL	COHOL	TABACO Y	ALCOHOL	
POR SEXO DEL CONSUMO DE DROGAS	F17.2	F17.1	F10.2	F10.1	F17.2+F10.1	F17.1+F10.1	NINGUNA DROGA
HOMBRES (n=40)	11	0	-	5	3	-	21
MUJERES (n=21)	1	-	-	-	-	1	19

ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES: CV Y FUNCIONAMIENTO GLOBAL.

FUNCIONAMIENTO GLOBAL.

El puntaje promedio de la escala de funcionamiento global para el total de la población fue de 59.69 (SD=13.01), con un mínimo de 21, y máximo de 80 puntos, la moda para ésta variable fue de 70 puntos. El 27.8% tuvo un puntaje de EEAG menor a 60 puntos; 26.2% (n=16) tuvieron puntaje de 60, para 26 personas el puntaje fue de 70, representando el 42.6%, y solo el 3.2% de las personas tuvieron puntaje igual o mayor a 75 puntos. La distribución por sexo de los puntajes se describe en la TABLA 28.

TABLA 28

Duntaine de	Escala de funcionamiento global							
Puntajes de EEAG por sexo	Media	Error estándar de la media	Máximo	Mínimo				
Mujeres	61,0	2,5	80	40				
Hombres	59,0	2,2	75	21				

CALIDAD DE VIDA.

La medición de calidad de vida permite obtener puntajes para dominios subjetivos y objetivos. La comparación entre éstos factores en cada domino facilita formarnos una impresión más completa de la condición de cada paciente. Mientras más alto sea le puntaje éste indicara mejor condición en el dominio.

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LOS FACTORES PSICOPATOLOGICOS, Y LOS RELACIONADOS AL TRATAMIENTO, EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN.

Dominios subjetivos. Siguiendo los dominios que marca el autor de la escala obtenemos el promedio para cada dominio. Encontramos similitudes entre las medias del grupo de mujeres y hombres. El dominio laboral para el grupo de mujeres es el que difiere del valor correspondiente en hombres.

TABLA 29

DOMINIOS SUBJETIVOS DE		MUJE	ERES		HOMBRES			
DOMINIOS SUBJETIVOS DE CALIDAD DE VIDA	Media	Error estándar de la media	Máximo	Mínimo	Media	Error estándar de la media	Máximo	Mínimo
Satisfacción en general	4,8	,4	8.0	1.0	4,6	,2	9.0	1.5
Vivienda	5,3	,4	9.0	1.3	5,0	,2	9.0	3.0
Actividades cotidianas	4,9	,3	9.0	3.3	4,7	,2	9.0	1.3
Familia	5,3	,4	9.0	1.5	4,8	,3	9.0	1.0
Relaciones sociales	4,7	,3	7.0	1.7	4,2	,2	9.0	1.0
Finanzas	4,4	,4	7.7	1.3	4,0	,3	9.0	.0
Laboral	8,3	,3	9.0	3.7	7,5	,4	9.0	1.0
Seguridad	4,6	,4	9.0	1.0	4,8	,2	9.0	1.7
Salud	4,6	,3	9.0	1.7	4,5	,3	9.0	1.7

Dominios objetivos. Para la escala de calidad de vida se muestran en las siguientes tablas. Es evidente la que no hay diferencia entre el promedio de ingreso mensual al comparar el grupo de hombres y mujeres.

TABLA 3

DOMINIOS OBJETIVOS DE		MUJERES				HOMBRES			
CALIDAD DE VIDA		Error estándar				Error estándar			
CALIDAD DE VIDA	Media	de la media	Máximo	Minimo	Media	de la media	Máximo	Minimo	
activdades cotidianas	,3	,0	.750	.000	,3	,0	.875	.000	
Familia	3,2	,2	5.0	1.0	3,2	,3	9.0	.5	
Relaciones sociales	1,6	,2	3.3	1.0	1,8	,2	9.0	1.0	
Finanzas	,6	,2	2.6	.0	,6	,2	9.0	.0	
Ingreso mensual (\$)	141,9	36,4	\$500	\$0	140,5	33,3	\$800	\$0	

El indicador objetivo de seguridad es determinado a través de indicadores de victimización y problemas legales que lleven a arrestos durante el último año. Menos del 10% para ambos grupos refirieron haber sido víctimas de eventos violentos. De forma global el 8.1% (n=5) de las personas fue arrestado durante el último año.

TABLAS 31 Y 32

DOMINIO DE SEGUR	DOMINIO DE SEGURIDAD OBJETIVO (Victimización)		S (n=21)	HOMBRES (n=40)	
OBJETIVO			%del N de	Passanta	%del N de
(Victimización)			columna	Recuento	columna
Victima de eventes con	no	19	90.5%	37	92.5%
Victima de eventos con violenacia extrema	si	2	9.5%	2	5.0%
violenada extrema	no sabe	0	0.0%	1	2.5%
Vietimo de exemtos ein	no	20	95.2%	36	90.0%
Victima de eventos sin	si	1	4.8%	3	7.5%
violencia extrema	no sabe	0	0.0%	1	2.5%

SEGURIDAD- Objetivo	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje
Numero de arrestos	Treduction	i orocinaje valiao	acumulado
0	56	91.8	91.8
1	3	4.9	96.7
2	1	1.6	98.4
5	1	1.6	100.0
Total	61	100.0	

Con relación al aspecto laboral, los indicadores objetivos de condición de empleo, muestran que al momento de la evaluación el total de participantes que tienen empleo formal corresponde al 19.67% (n=12) del total de la muestra. Por grupo, el porcentaje de hombres con empleo fue mayor. Los detalles se muestran en la TABLA 33.

TABLA 33

DOMINIO LABORAL	MU	IERES	HOMBRES		
DOMINIO LABORAL OBJETIVO	Daguanta	%del N de	Descrete	%del N de	
OBULTIVO	Recuento	columna	Recuento	columna	
No trabajo el año pasado	15	71.4%	25	62.5%	
Trabaja actualmente	2	9.5%	10	25.0%	
Trabajo el año pasado, no ahora	3	14.3%	4	10.0%	
No sabe	1	4.8%	1	2.5%	

ANALISIS DE FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, CV, Y FUNCIONAMIENTO GLOBAL.

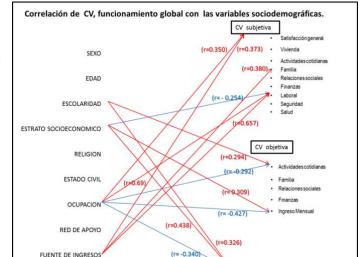
FIGURA 3

Calidad de vida.

Dominios subjetivos. Dentro de ésta categoría se obtuvo que el promedio de los dominios subjetivos se relacionó con ocupación (r=0.373, p=0.003) y la fuente de ingresos (r=0.350, p= 0.006). La satisfacción con la convivencia familiar se relacionó con la variable fuente de ingresos en sentido positivo (r=0.380, 0.002). Con respecto a la satisfacción con las actividades laborales se observó correlación positiva con las variables ocupación (r=0.699, p= 0), y fuente de ingresos (r=0.657, p= 0), la relación con el estrato socioeconómico fue significativa en sentido negativo (r= -0.254, p=0.048).

Dominios objetivos. El dominio actividades cotidianas se relacionó positivamente con los años de escolaridad (r=0.294, p=0.021), y negativamente con la ocupación (r= -0.292, p=0.022). El estrato socioeconómico (r= 0.309, p=0.15), y la ocupación (r= -0.427, p=0.01) se relacionaron significativamente con el ingreso mensual.

<u>Funcionamiento global.</u> El puntaje de funcionamiento global medida con EEAG mostro relación positiva con la escolaridad (r=0.326, p= 0.010), y el estrato socioeconómico (r=0.438, p= 0), y en sentido negativo con la ocupación (r= -0.340, p= 0.007).



Al analizar la relación para los grupos de hombres y mujeres se encontraron diferencias significativas entre los subgrupos de acuerdo a la fuente de ingresos, siendo más frecuente el apoyo familiar a los hombres (U de Mann Whitney= 324.5, p=0.042). No hubo diferencias significativas para los puntajes de calidad de vida, funcionamiento global.

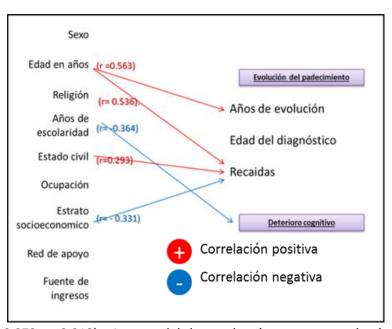
Correlación positiva
Correlación negativa

Para las variables categóricas se realizó un análisis con la prueba ANOVA de Kruskal Wallis con la finalidad de conocer si entre los grupos hubo diferencias significativas.

Estado civil: Los pacientes solteros reciben un mayor número de fármacos en su esquema (x^2 = 6.98, p=0.027). Las personas casadas, en unión libre o divorciados tienen un mejor puntaje en el domino objetivo de las relaciones familiares (x^2 =12.81, p= 0.012).

Ocupación: Claramente quienes tienen empleo tuvieron un estrato socioeconómico más alto $(x^2 = 9.23, p=0.026)$, pero fue igual para los otros tres grupos: aquellos autoempleo, los que se dedican al hogar y quienes están desempleados. Sin embargo el ingreso mensual es mínimo, y con frecuencia indirecto (no efectivo). Estar desempleado se relacionó con mayor severidad de síntomas positivos, pero no con otro tipos de síntomas $(x^2=12.169, p=0.007)$. El puntaje promedio de los dominios subjetivos de CV promedio subjetivo fue mayor en quienes están desempleados y luego en





los que se dedican al hogar (x^2 =10.072, p=0.018). A pesar del desempleo éste grupo es el más satisfecho con su estatus laboral de acuerdo a la escala de calidad de vida (x^2 = 36.703, p=0), pero en este grupo también los problemas de arresto fueron más frecuentes (x^2 = 8.72, p=0.033). El nivel de funcionamiento global fue mejor en quienes tiene empleo o se auto emplean (x^2 =8.404, p=0.038).

Estrato socioeconómico: Los pacientes con mayor edad se concentran en los estratos 1 y 2 (x^2 =10.68, p=0.03). La severidad de síntomas positivos fueron mayores por orden descendente entre los estratos 1,2, y 3 (x^2 =11.076, p=0.026). Las personas en los estratos 5, seguida del 1 y2 fueron en quienes se concentraron los casos de victimización con violencia extrema o no (x^2 =22.135, p=0) y (x^2 =16.106, p=0.003). El nivel de funcionamiento global fue mejor en las personas de los estratos 5,4 y 3 (x^2 =11.433, p=0.022).

Red de apoyo: Mientas menor sea la edad de los pacientes la red de apoyo será conformada por los padres, luego hermanos, en los pacientes de mayor edad la red de apoyo está conformada principalmente por los hijos y luego por otras personas ajenas a la familia ($x^2=15.883$, p=0.005). El número de recaídas fue menor en quienes tienen como red de apoyo primaria a sus padres ($x^2=13.095$, p=0.023). El contacto familiar medido por la frecuencia de convivencia (objetivo) fue mayor como era de esperarse entre quienes tienen como red de apoyo al conyuge

y/o los hijos (x^2 =12.599, p=0.027). La victimización en hechos con violencia extrema fue mayor en quienes son apoyados por su conyugue, los que son atendidos por personas ajenas a la familia y en tercer lugar por los padres (x^2 =11.047, p=0.05).

Fuente de ingresos: Los síntomas positivos fueron más severos en quienes dependen económicamente de otros, en primer lugar aquellos que recibe apoyo gubernamental, seguido por los que reciben apoyo familiar (x^2 = 7.439, p=0.024). La satisfacción con las relaciones familiares (dominio subjetivo familiar) fue mayor en quienes recibe apoyo económico de ellos (x^2 =10.88, p=.004). La satisfacción laboral fue menor en quienes reciben un salario por empleo formal, que en quienes trabajan en el hogar, autoempleo o incluso desempleados (x^2 =29.22, p=0). El promedio general de bienestar subjetivo fue mayor en quienes recibe apoyo económico por parte de su familia (x^2 =12.45, p=.002).

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU COMPORTAMIENTO EN RELACIÓN A LAS VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS Y DEL TRATAMIENTO.

Uno de los objetivos del trabajo fue explorar las relaciones de las características psicopatológicas y del tratamiento con respecto a las características de la población, estas se describen a continuación.

Características psicopatológicas.

Evolución del padecimiento: En relación con las características sociodemográficas, para el total de la muestra, la edad de los participantes mostró relación positiva significativa con los años de evolución del padecimiento (r=0.563, p=0), y el número de recaídas (r=0.536, p=0).

Recaidas: El número de recaídas se relacionó de forma positiva con estado civil (r=0.293, p=0.023), y en sentido negativo con el estrato socioeconómico (r=-0.331, p=0.010).

Deterioro cognitivo: La escolaridad influye negativamente en ésta variable (r=-0.364, p=0.004).

Síntomas psicóticos:

- Síntomas positivos. Los puntajes de la sub escala para síntomas positivos de la PANSS mostraron correlación positiva con las variables religión (r=0.269, p=0.036), ocupación (r=0.325, p=0.010), fuente de ingresos (r=0.295, p=0.21), y negativa con el estrato socioeconómico (r=-0.037, p=0.003).
- Síntomas negativos. Los puntajes de la subescala para síntomas negativos mostraron correlación positiva con la ocupación (r=0.251, p=0.5), y negativa con los años de escolaridad (r= 0.258, p=0.45).
- Síntomas generales. De acuerdo a la sub escala PANSS-G, se observó relación positiva con la variable religión (r=0.256, p=0.46), y negativa con el estrato socioeconómico (r= 0.357, p=0.005).
- Clasificación restrictiva. De forma global no tuvo relación significativa con las variables sociodemográficas.

Síntomas afectivos (ansiedad y depresión): Para el total de la población no se observó relación significativa entre las características sociodemográficas y la presencia de síntomas depresivos o de ansiedad de acuerdo a las subescalas PANSS-A y PANSS-D. (FIGURA 5-B).

Comorbilidad con abuso de sustancias: La relación con la variable sexo mostro resultados significativos, negativa para el antecedente del abuso de sustancias (r= - 0.372, p=0.003) y positiva para la variable el consumo activo (r=0.368, p=0.004). (FIGURA 5-A)

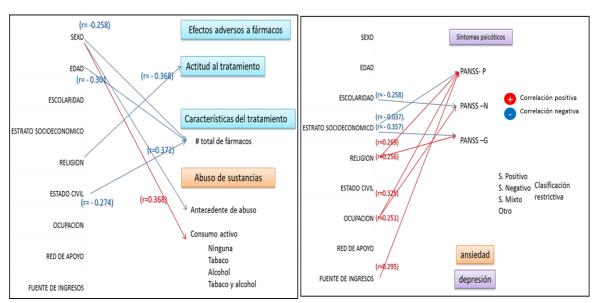
Aspectos del tratamiento.

Tipo y número de fármacos administrados: El número total de fármacos se relacionó significativamente en sentido negativo con las variables sexo (r= -0.258, p=0.045), edad (r= -0.301, p=0.018), estado civil (r= -0.274, p=0.33). No hubo relación con el tipo de esquema antipsicótico o con el número de medicamentos complementarios. No hubo correlación significativa entre la indicación de ISRS y la severidad o presencia de síntomas negativos, de ansiedad o depresivos (r=0.47, p=0.718), (r= -0.007, p=0.956) y (r=0.61, p=0.638) respectivamente, y tampoco se encontró al dividir en dos grupos con y sin depresión de acuerdo a PANSS-D (U de Mann-Whitney=222.0, p=0.749).

Actitud al tratamiento: La variable religión de forma global se relacionó de forma negativa con la actitud al tratamiento (r= - 0.368, p=0.003). (FIGURA 5-A)

Efectos adversos a los medicamentos: Para el total de la muestra no se observó relación significativa con las cuatro categorías de efectos adversos o con el puntaje global de DAI de actitud al tratamiento (r= -0.199, p=0.124). (FIGURA 5-B).

FIGURA 5



ANALISIS DE FACTORES PSICOPATOLOGICOS, CV Y FUNCIONAMIENTO GLOBAL.

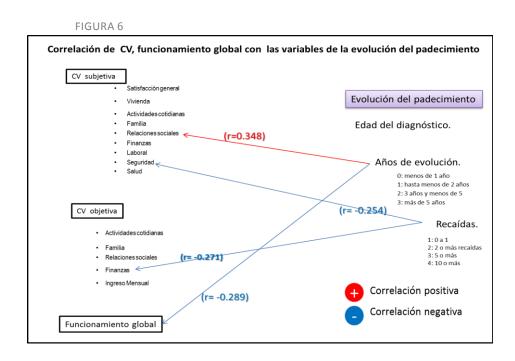
Evolución del padecimiento.

No hubo diferencias en cuanto a la evolución del padecimiento entre los grupos de hombres y mujeres. Evidentemente el número de recaídas fue mayor mientras mayor fuera la duración del padecimiento y la edad. En relación a los puntajes de la escala de CV subjetivos, el número de recaídas se relacionó en sentido negativo al puntaje se subjetivo de seguridad (r= -0.254, p= 0.048).

El esquema de antipsicótico vía oral (1 antipsicótico) fue más frecuente entre quienes tienen más de 5 años de evolución con éste diagnóstico ($x^2 = 8.51$, p = 0.014).

Para el dominio objetivo de CV el desempeño en las relaciones sociales se relacionó de forma positiva con los años de evolución (r=0.348, p=0.006). El dominio objetivo de finanzas se relacionó negativamente con el número de recaídas (r= -0.271, p=0.35).

La percepción de vulnerabilidad (dominio subjetivo de seguridad) fue mayor en quienes tienen hasta 2 años de evolución, seguido de quienes tienen más de 5 años (x^2 =6.463, p=0.040). El contacto social fue objetivamente mayor en quienes tienen más de 5 años de evolución del padecimiento (x^2 = 6.612, p=0.037). El puntaje de funcionamiento global fue menor conforme se incrementan los años de evolución (r= -0.289, p=0.025).



ID (DEIS - 19011519) (Versión 2.0.). Medina Graciano, C. Monterrey, N,L. A 23 DE OCTUBRE 2015

Deterioro cognitivo.

Los puntajes del dominio laboral subjetivo se correlacionan de forma positiva con el deterioro cognitivo (r=0.278, p=0.030). El puntaje en la escala EEAG observo se relacionó negativamente con el deterioro cognitivo (r= -0.398, p= 0.001).

El número de recaídas referido fue mayor en el grupo con deterioro leve, seguido por quienes tienen deterioro severo (x^2 =8.838, p=0.32). La severidad de los síntomas negativos fue mayor en el grupo con deterioro severo, seguido del grupo con déficit moderado (x^2 =13.70, p=0.003). El puntaje de PANSS-G fue mayor en pacientes con deterioro severo (x^2 =9.93, p=0.19).

El puntaje en la escala EEAG fue mayor mientras menor sea el déficit (x^2 =14.40, p=0.002). El uso de un solo antipsicótico en el esquema, y vía oral, fue más común en los pacientes sin déficit (x^2 =8.988, P=0.29).

Síntomas psicóticos.

La severidad de síntomas negativos se relacionó de forma positiva con el dominio subjetivo de salud (r=0.279, p=0.29), y el promedio global subjetivo (r=0.316, p=0.013).

Para los dominios objetivos se encontró que los síntomas negativos influyen en el indicador de actividad cotidiana de forma adversa (r= -0.325, p=0.011) y en la cantidad de dinero mensual (r= -0.291, p=0.023).

La severidad de síntomas generales influye dominios objetivos de CV para actividades cotidianas (r= -0.309, p=0.013) y las relaciones sociales (r=0.351, p=0.006). Los tres dominios principales de la escala PANSS afectan negativamente el funcionamiento global.

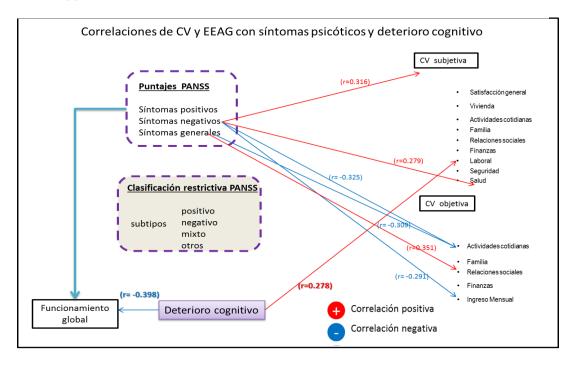
De acuerdo a los subtipos de la clasificación restrictiva tenemos que:

El número de recaídas fue mayor en los paciente con síndrome de predominio positivo, seguido de los del subtipo mixto, seguido por lo de la categorías de otros síntomas (x^2 =9.26, p=0.026). Los casos de omisión de antipsicótico se concentraron en la categoría de síntomas mixtos (x^2 = 13.041, p=0.005).

La percepción de bienestar económico fue mayor en pacientes con subtipo negativo, seguidos por los del grupo mixto, aquellos con síndrome positivo tuvieron la peor percepción en éste dominio (x^2 = .32, p=0.025). El grupo con subtipo mixto, seguido de los de subtipo negativo, tuvieron mejor percepción de su condición de salud, aquellos con síndrome positivo tuvieron la peor percepción en este rubro (x^2 = 8.193, p=0.42). El promedio de los dominios subjetivos de calidad de vida, indicando mejor percepción se concentró en los pacientes con subtipo mixto, y fue pero en los del subtipo positivo (x^2 =10.22, p=0.017).

Las personas con predominio de síntomas positivos, objetivamente tuvieron peor desempeño en actividades cotidianas ($x^2=14.137$, p=0.003). En cuanto al nivel de funcionamiento, en orden descendente fue mejor para el subtipo con "otros síntomas", subtipo negativo, subtipo positivo y finalmente subtipo mixto ($x^2=24.84$, p=0).

FIGURA 7



Síntomas afectivos.

Con respecto a su influencia sobre los dominios de calidad de vida, a excepción de los dominios subjetivos de familia y labora, el resto se vio afectado por la presencia de síntomas depresivos (todos los puntajes PANSS-D), para el grupo con puntaje mayor a 5 como de punto de corte la influencia negativa se mantuvo en los dominios de satisfacción general, vivienda, y salud. No se encontró relación significativa de los síntomas depresivos con los dominios objetivos de calidad de vida. (TABLA 41).

Tabla 4

PUNTAJES PANSS D yCV SUBJETIVA		satisfaccion con su vida en gral, suma de A y J.	subjetivo vivienda	subjetivo activ cotidianas	subjetivo familia	subjetivo relaciones sociales	subjetivo finanzas	subjetivo laboral	subjetivo seguridad	subjetivo salud	promedio subjetivo
Sintomas depresivos	Correlación de Pearson	419 ^{**}	532 ^{**}	329**	195	294 [*]	354 ^{**}	117	334 ^{**}	270 [*]	441"
	Sig. (bilateral)	.001	.000	.010	.131	.022	.005	.367	.008	.036	.000
	N	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61
Depresión (PANSS-D >=5)	Correlación de Pearson	318 [*]	324	207	146	080	150	070	318 [*]	335 ^{**}	298 [*]
	Sig. (bilateral)	.013	.011	.110	.261	.538	.248	.590	.013	.008	.020
	N	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).											
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).											

Los síntomas de ansiedad no se relacionaron significativamente con algún dominio de la escala de calidad de vida. Los síntomas afectivos no influyeron en el puntaje de funcionamiento global.

Para síntomas depresivos la prevalencia por sexo es similar (considerando el punto de corte mayor igual a5 pts), alcanzando el 85.71% para mujeres (n=18), y 85.0% para los hombres (n=34). La presencia de síntomas depresivos es igual en ambos sexos (U de Mann Whitney = 306.0, p=1). En cuanto a la severidad de los síntomas de ansiedad no hay diferencia entre los dos grupos (U de Mann-Whitney=265.0, p=0.422. Tampoco hubo diferencias en puntajes de ansiedad y depresión entre los grupos de acuerdo a la clasificación restrictiva (x^2 =1.92, p=0.58) y (x^2 =2.11, p=0.54).

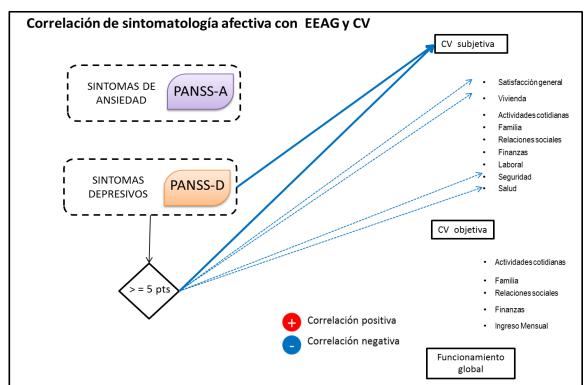
Abuso de sustancias.

La variable abuso de sustancias activo se relaciona significativamente con el indicador subjetivo de actividad laboral (r=0.353, p=0.005). No hubo relación relevante con los dominios objetivos. El abuso de sustancias no impacto el puntaje de funcionamiento global significativamente.

Al considerar las categorías de la variable abuso antecedentes de abuso de sustancias, se encuentra que hay mayor satisfacción laboral ($x^2=12.556$, p=0.002) en quienes presentan consumo perjudicial de alcohol y tabaco, seguido por quienes no consumen.

Se encontraron diferencias en cuanto al sexo tanto para el antecedente de abuso de sustancias como para el consumo activo. Mayor antecedente de consumo en hombres (U de Mann-Whitney=259.5, p=0.004), y para el abuso activo también hubo diferencias significativas, siendo mayor en el grupo de mujeres (U de Mann-Whitney= 259.5, p=0.003).

FIGURA 8



FACTORES RELACIONADOS AL TRATAMIENTO, CV Y FUNCIONAMIENTO GLOBAL.

Calidad de vida.

La categoría de otros efectos adversos se relacionan significativamente con los dominios subjetivo de satisfacción general (r= -0.350, p=0.006), vivienda (r= -0.428, p=0.001), finanzas (r= -0.435, p=0.001), seguridad (r= -0.279, p=0.033), percepción de salud (r= -0.398, p=0.002), y el promedio de los dominios subjetivos (r= -0.449, p=0). Esta misma categoría de los efectos adversos impacta en sentido negativo el dominio objetivo de relaciones familiares (r= -0.269, p=0.038). Solamente los aspectos subjetivos de finanzas (r= -0.342, p= 0.007), salud (r= -0.342, p=0.007), y el promedio de los dominios subjetivos (r= -0.326, p=0.010) mantienen su efecto negativo en el puntaje global de la escala de efectos adversos. Los efectos adversos de tipo neurológicos afectan negativamente la percepción del estado de salud (r= -0.284, p= 0.028), pero no influyen significativamente en otros dominios de calidad de vida.

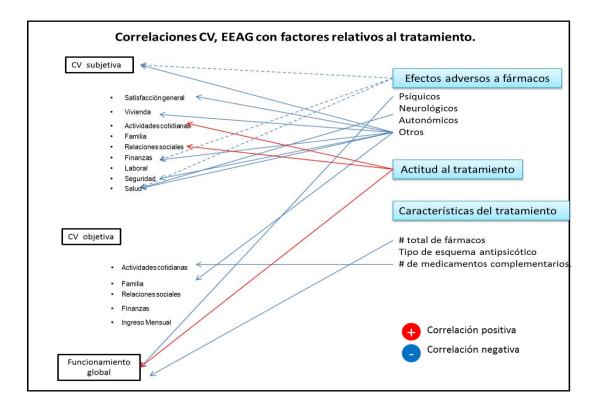
Se observa un efecto negativo del número total de fármacos complementarios indicados con el desempeño objetivo en las actividades cotidianas (r= -0.265, p=0.039). Los puntajes subjetivos para del desempeño en actividades diarias (r=0.264, p= 0.039) y relaciones sociales (r= 0.313, p=0.014) guardan una relación positiva con los puntajes de la escala de actitud al tratamiento.

Funcionamiento global.

Dentro de los efectos adversos, los de tipo psíquico fueron los únicos que impactaron el nivel de funcionamiento (r= -0.313, p=0.015). Se mostró que a mayor número de fármacos indicados peor funcionamiento (r= -0.252, p=0.50) La buena actitud al tratamiento se asocia a mayores puntajes en la escala de funcionamiento global (r= 0.365), p=0.004).

En el análisis de las variables categóricas y grupos por sexo se encontró que para el número de fármacos indicados se encontraron diferencias por sexo, siendo mayor en hombres (U de Mann-Whitney=280.0, p=0.028). El grupo de personas que reciben antipsicótico de depósito concentra el mayor número de recaidas (x^2 =60.0, p=0). El deterioro cognitivo fue más severo en quienes no tienen tratamiento o toman la combinación de 2 antipsicóticos IM y VO (x^2 =60.0, p=0).

FIGURA 9



10.0 DISCUSIÓN.

Considerando la calidad de vida, y el nivel de funcionamiento global como indicadores del resultado del tratamiento en esquizofrenia, este trabajo busca analizar parte de los factores que influyen, no se incluyen aquí los factores psicosociales, que se abordaran e otro trabajo paralelo.

Encontramos para el caso de los pacientes atendidos en la U.R.P. de S.S.N.L., las intervenciones realizadas como parte del tratamiento se limitan a la medicación, por lo tanto el en manejo de las variables psicopatológicos y relacionados al tratamiento radica el resultado del tratamiento que se ofrece.

La influencia de los factores psicopatológicos y del tratamiento sobre la calidad de vida ha sido ha sido descrita ya en múltiples estudios, sin embrago hemos de recordar que las características de la población también influyen en el nivel de calidad de vida. Así, tenemos que la población que atendemos posee características sociodemográficas que teóricamente pudieran influir tanto en la calidad de vida como en la evolución del padecimiento y en los resultados de la intervención.

Por principio habrá que considerar que no hubo correlación entre calidad de vida en ningún dominio con el nivel de funcionamiento global, de lo que ese concluye son constructos diferentes.

En cuanto a la población que ha participado en el estudio. Observamos que está conformada principalmente por hombres, solteros, en edad productiva, pero que están desempleados y dependen económicamente de sus familiares; lo más frecuente es que la red de apoyo esté conformada por uno o ambos padres y los estratos socioeconómicos al que pertenecen tienen ingreso medio bajo. Las personas que participaron se concentraron en centros urbanos. Con excepción de algunos casos, el común de la muestra no maneja dinero, y recibe ingresos mensuales insuficientes para satisfacer las necesidades básicas. Estas condiciones describen a una población vulnerable, aun sin entrar en el análisis de su condición funcional o sintomática.

En esta población observamos que conforme avanza la edad, la red de apoyo se modifica pasando de los padres, a los hijos: y a mayor edad aumenta la frecuencia de asistencia por parte de familiares, y también se incrementa el apoyo de personas ajenas al núcleo familiar; la oportunidad de que las mujeres reciben tanto el apoyo familiar como un sustento económico es mayor que en los hombres. Sin embargo, conforme aumenta la edad y los años de de evolución el estrato socioeconómico disminuye en ambos grupos.

Nuestros resultados muestran también que pertenecer a un estrato socioeconómico más bajo se relacionan también con mayor número de recaídas. De igual forma el estado civil, ser soltero, también se relacionó con mayor número de número de recaídas. Se pudiera considerar que quienes presentan mayor número de recaídas tuvieran peor nivel de funcionamiento, pero al menos en nuestra muestra no se observó relación significativa. En base a lo anterior podemos considerar que las condiciones sociodemográficas si afectaran la evolución del padecimiento.

En el marco teórico comentado, los factores sociodemográficos, específicamente el estrato socioeconómico, no se considera relevante para efectos del resultado del tratamiento en función del indicador de calidad de vida. En función de lo comentado hasta el momento, debemos asumir que en nuestra población este factor si influye, tanto en los dominios de calidad de vida, de forma directa (limitada a los aspectos laborales y financieros) y de forma indirecta al afectar la evolución del padecimiento; y también afecta de forma negativa el funcionamiento global.

En cuanto a las diferencias de calidad de vida entre hombres y mujeres, no se encontraron diferencias significativas, con respecto a la severidad de la sintomatología psicótica, depresiva, déficit cognitivo. Con respecto al abuso de sustancias, el antecedentes de abuso fue mayor en hombres, y la abstinencia de sustancias al momento de la evaluación fue mayor en el grupo de mujeres.

En relación a las características sociodemográficas y el tratamiento, los resultados muestran que conforme aumenta la edad aumenta el número de fármacos indicados, y el número de fármacos es mayor en hombres y mujeres, de igual forma aparece una correlación positiva negativa entre el estado civil y el número de medicamentos. De lo anterior es posible asumir que

dado el peor nivel de funcionamiento, o severidad sintomática durante alguna etapa del curso de la enfermedad, haya requerido de mayor número de medicamentos, y que la severidad del cuadro influya en su capacidad para entablar relaciones sociales, inferencia que es congruente con los resultados de correlaciones entre CV, número de medicamentos.

Entrando a los factores psicopatológicos, encontramos que la severidad de la sintomatología afecta de forma diferencial distintos dominios de calidad de vida, ´predominando el impacto negativo en los dominios objetivos. Si bien los síntomas positivos y negativos también afectaran indicadores subjetivos de calidad de vida, la sintomatología depresiva afecta la mayoría de los dominios subjetivos y el promedio de este dominio. De acuerdo al modelo teórico de la escala de calidad de vida empleada, los indicadores objetivos explican hasta el 31% del constructo CV, mientras los objetivos representan apenas el 16% como máximo. Atendiendo a éste señalamiento, aquellos dominios sintomáticos que afectan la calidad de vida subjetiva tendrán mayor impacto, en este caso los síntomas depresivos.

Al dividir los casos de acuerdo a la clasificación restrictiva de la escala PANSS, no se mantuvo esta correlación significativa entre CV y subtipos sindrómicos.

Al buscar diferencias entre los grupos por sexo no se encontraron datos que corroboren la hipótesis planteada de que las mujeres presentarían mayor prevalencia de síntomas afectivos. Pero la prevalencia en general se considera alta en ambos grupos. Aun cuando se habrán de guardar reservas sobre éste resultado, en consideración a que la escala PANSS no permite de forma precisa la sintomatología negativa y los síntomas depresivos.

Por otro lado, encontramos que el deterioro cognitivo influye en el funcionamiento global, pero de forma mínima en la calidad de vida, mejorando la satisfacción con su actividad laboral, pero no sobre otros dominios. Sin embargo, al considerar que no se ofrece ninguna intervención ni se evalúa el deterioro cognitivo formalmente, se deja abierta un área de oportunidad, que teóricamente mejoraría el nivel de funcionamiento, que para el global de nuestra población tiene un promedio bajo alrededor de 60 puntos.

En cuanto al tratamiento, se encontró que este grupo de pacientes no ha tenido cambios a su esquema farmacológico y tiene un buen cumplimiento farmacológico Además, con excepción de los 5 pacientes que tienen omisiones al tratamiento, el esto refirió recibir el tratamiento antipsicótico completo por la farmacia de la institución durante el último mes. Este dato resulta afortunado para éste grupo, pero deja abierta posibilidad de compararlos con otro grupo sin seguridad social, o afectado por faltantes de antipsicóticos en farmacia y con recursos limitados para adquirirlo.

En todos los casos se presentaron efectos adversos, pero el 52.5% no reporto interferencia de estos en sus actividades diarias, y hasta el 75% ha recibido tratamiento durante los últimos 6 meses por efectos adversos. A pesar de esto, para hombres y mujeres se encontró que hay una buena actitud al tratamiento. La relación entre la severidad de los efectos adversos con la actitud es negativa, pero no fue significativa estadísticamente.

Al considerar las relaciones entre CV y variables del tratamiento, tenemos que ante un mayor número de fármacos indicados se relaciona con peor nivel funcional, y peor desempeño

objetivo en actividades cotidianas. A mayor número de fármacos, mayor severidad de efectos adversos, y esto afecta directamente la calidad de vida subjetiva en todos sus dominios, específicamente la severidad de afectos adversos de tipo psíquico se relaciona negativamente con peor desempeño objetivo en relaciones familiares.

Al hacer comparación de las variables por sexo no se encontraron diferencias significativas más allá del tipo de fuente de ingresos. Numero de fármacos indicados, el antecedente y uso actual de sustancias psicoactivas, pero ningún de estos alcanza para hacer diferencia entre la calidad de vida de hombres y mujeres.

11.0 CONCLUSIONES.

Dentro de este grupo evaluado, los factores más relevantes son la sintomatología afectiva de tipo depresiva que impacta dominios subjetivos de calidad de vida, la severidad de síntomas psicóticos de acuerdo a la escala PANSS que afecta principalmente dominios objetivos y funcionamiento, y específicamente el factor deterioro cognitivo, afecta el nivel de funcionamiento.

A pesar del tratamiento que se emplea en estos pacientes, del aparente buen cumplimiento y la asistencia a controles regulares, (de acuerdo a las condiciones de la institución) la severidad sintomática psicótica, cognitiva y afectiva persiste en grado tal mantiene los niveles de funcionamiento bajos, e impactando negativamente la calidad de vida. Los efectos adversos, aun cuando no se refiere que interfieran en las actividades cotidianas, si afectan negativamente la calidad de vida, principalmente la autopercepción de ésta. Y aun cuando sabemos del carácter crónico y residual de la sintomatología a pesar del tratamiento, hay dominios que no han sido atendidas y que pueden modificarse con los recursos al alcance en la institución; específicamente y la rehabilitación cognitiva y hace énfasis en la evaluación especifica de síntomas afectivos.

Por otro lado, tener presente también que en ésta población, los factores sociodemográficos influyen en la calidad, a aquellos descritos en otras poblaciones como la ocupación, escolaridad, pero también las características de la red de apoyo, y el estrato socioeconómico; es decir, trabajamos con una población vulnerable en diversos sentidos.

LIMITACIONES.

DE LA MUESTRA. La población captada ha sido limitada por la información disponible. No existen registros en la U.R.P. que nos permitan estimar la población atendida por diagnóstico. Y dado el tipo de muestra no es posible generalizar los resultados a todos los pacientes con esquizofrenia de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica.

COMORBILIDADES NO DETECTADAS EN LA POBLACIÓN. Entre los criterios de exclusión se indicaron padecimientos crónico degenerativos, sin embargo fue limitado el número de pacientes en quienes se conoce este antecedente y reciben tratamiento, no se descarta que entre las 167 personas con esquizofrenia que inicialmente se detectaron más de 8 personas padezcan diabetes

mellitus tipo 2, y más de 3 hipertensión arterial sistémica, cuando se conoce que tan solo en población general las prevalencias son respectivamente de 9.2% y 31.6% a nivel nacional (ENNS,2012), y que padecer esquizofrenia es un factor de riesgo (4 veces más riesgo para DM2, mayor prevalencia de hipertensión arterial, y riesgo 2 veces mayor para síndrome metabólico [87],[88]. En relación al abuso de sustancias, la mayoría no consume, y dado los criterios de exclusión al respecto, quedan fuera de éste análisis aquellos pacientes con patología dual con abuso de otras sustancias.

RECOMENDACIONES

Con lo anterior se considera que para mejorar el impacto del tratamiento en función de mejorar funcionalidad y calidad de vida las acciones deben ser dirigidas 4 puntos fundamentales:

- 1. Las estrategias para la evaluación, el tratamiento farmacológico y el seguimiento brindado a los pacientes pueden modificarse, y facilitar la atención de distintas necesidades de los pacientes de acuerdo a su padecimiento.
- 1. Es necesaria la integración adecuada de los servicios para atención no solamente de salud mental, sino también de medicina general y medicina integrada o medicina interna, sobre todo considerando las limitaciones funcionales para la búsqueda de la atención médica, traslado y problemas económicos de familias de pacientes. De esta manera facilitar la integración de un equipo multidisciplinario, dado que con los paradigmas de la medicina actual la atención médica se enfoca en las necesidades del paciente y no en la atención de los síntomas de un padecimiento.
- 2. Considerar que por el momento no se interviene sobre el deterioro cognitivo en estos pacientes, y no se evalúa formalmente. Realizarlo y referir a programas de rehabilitación cognitiva y psicosocial, impactaría directamente en el funcionamiento y la posibilidad de reinserción social.
- 3. Es importante la atención a la familia del paciente, a fin de favorecer que se haga de herramientas para enfrentar esta situación, a través de programas de psi coeducación e información a familiares para fortalecer la red de apoyo. Esto también tiene un impacto en el bienestar económico y familiar de los pacientes y en consecuencia de toda la familia.

12.0 ASPECTOS ÉTICOS

12.1 CLASIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo N° 17 en:

• Investigación sin riesgo: Dado que los procedimientos del estudio no implican intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, solamente participaran en una entrevista.

12.2 RIESGOS PREVISISBLES Y PROBABLES:

Durante el estudio los participantes no corren riesgo inherente a los procedimientos de la investigación.

12.3 PROTECCIÓN FRENTE AL RIESGO FÍSICO Y/O EMOCIONAL:

• No se considera en los procedimientos ya que hay éste riesgo asociado al estudio.

12.4 ARCHIVO CONFIDENCIAL DE LA INVESTIGACIÓN

 Los documentos serán resguardados por el investigador bajo el número de folio asignado a cada persona. Se tendrá a disposición de los usuarios interesados el resumen del resultado de la evaluación cognitiva.

13. 0 ORGANIZACIÓN

RECURSOS HUMANOS

- Dra. Cristina Medina Graciano y Dr. Roberto Llanes Ortiz, residentes que cursan el cuarto año de la especialidad de psiquiatría con sede en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León. Participan como evaluadores.
- Dr. Ricardo Caraza Camacho. Psiquiatra supervisor teórico.
- Lic. José Juan Góngora Cortes Tutor metodológico.

RECURSOS MATERIALES

Se aplicarán las escalas especificadas a responder en copias de éstas con lápiz. Se utilizarán las instalaciones del área de consulta externa (dos consultorios).

CAPACITACION DEL PERSONAL

Los evaluadores recibieron capacitación por el psiquiatra co-investigador para la aplicación y calificación de la evaluación neuropsicológica breve (NEUROPSI).

14.0 FINANCIAMIENTO

El investigador principal ha financiado con sus propios recursos el estudio.

15.0 CRONOGRAMA

	Mayo 2014	Abril 2015	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
Elaboración de documento y recolección de Bibliografía								
Sometimiento y Probable Aprobación								
Recolección de Datos								
Análisis de Datos								
Presentación de Resultados								
Publicación de Documento								

16.0 ANEXOS.

Disponibles en CD anexo:

- Instrumentos autoaplicados.
- Instrumentos heteroaplicados.
- Carta de consentimiento informado.
- Carta de aprobación por el Comité de Ética en investigación de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica Estatal.
- Carta de aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Medicina del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.
- Carta de registro del proyecto de investigación ante la Dirección de Enseñanza,
 Investigación en Salud y Calidad de los Servicios de Salud de Nuevo León.
- Curriculum vitae del investigador principal.

17. 0 REFERENCIAS:

- [1] Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, "CENSO DE HOSPITALIZACIÓN-2014," Monterrey, Nuevo León., 2014.
- [2] G. D. T. F. de S. Mental., *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno*, 1era edici. Madrid, España.: GOBIERNO DE ESPAÑA, 2009.
- [3] A. P. Association, *DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.pdf*, 5th Editio. American Psychiatry Association, 2014.
- [4] Asociación Psiquiatrica Mexicana (APM), "GUIA TERAPEUTICA PARA EL MANEJO DE LA ESQUIZOFRENIA," GUIAS Clin. AMP, 2014.
- [5] W. J. Carpenter and J. Strauss, "The prediction of outcome in schizophrenia. IV: Eleven-year follow-up of the Washington IPSS cohort.," *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 179, pp. 517–525, 1991.
- [6] V. Pardo, "Esquizofrenia. Impacto del no tratamiento en la evolución y su vinculación con las intervenciones terapéuticas tempranas," *Rev. Psiquiátrica del Uruguay*, vol. 71, no. 1, pp. 83–98, 2007.
- [7] T. McGlashan, "A selective review of recent North American long-term followup studies of schizophrenia.," *Schizophr. Bull.*, vol. 14, no. 4, pp. 515–42, 1988.
- [8] R. Segarra and et al., "Determinación de factores premórbidos y pronósticos en pacientes con un primer episodio psicótico tratados con risperidona," *Psiquiatr. Biológica*, vol. 9, no. 4, pp. 143–153, 2002.
- [9] D. Campero-encinas and H. Campos-lagrava, "ESQUIZOFRENIA: La complejidad de una enfermedad desoladora.," *Rev Cient Cienc Méd*, vol. 12, no. 2, pp. 32–37, 2009.
- [10] H. Jackson, M. Ap, and T. Kendall, "Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis," *BMJ*, vol. 3, no. 346, 2013.
- [11] J. F. H. D. Palacios Castaño, "Semiología de la esquizofrenia," Jano, vol. 112, pp. 44–47, 2008.
- [12] M. E. Abadias, D. Chesa, E. Izquierdo, and E. Fernández, "Eficacia de la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: una revisión," *Rev. la Asoc. Española neuropsiquiatría.*, vol. 86, no. Junio, pp. 91–103, 2003.
- [13] O. Napal and N. Ojeda, "Curso evolutivo de la esquizofrenia y su impacto en la cognición: una revisión de la literatura," *Actas Españolas Psiquiatr.*, vol. 40, no. 4, pp. 198–220, 2012.
- [14] S. E. De Psiquiatría and F. L. Avilés, "Evaluación y Tratamiento de la Esquizofrenia," 1998.
- [15] E. González Pablos, "Comorbilidad en esquizofrenia.," *Infromaciones Psiquaitricas*, vol. 19, p. 2009, 2009.

- [16] R. Apiquian, A. Fresan, R. Ulloa, M. García, C. Loyzaga, H. Nicolini, and H. Ortega, "Estudio comparativo de pacientes esquizofrenicos cony sin depresión.," *Salud Ment.*, vol. 24, no. 5, pp. 25–29, 2001.
- [17] K. Abel, R. Drake, and J. Goldstein, "2010_seg diferencias schizo.pdf," *Int. Rev. Psychiatry*, vol. 22, no. 5, pp. 417–28, 2010.
- [18] C. Roncero, C. Barral, L. Grau-lópez, O. Esteve, and M. Casas, *Patología Dual*. Barcelona, España., 2010.
- [19] P. M. Buckley, "Comorbilidad Médica en Esquizofrenia Visión Clínica en Esquizofrenia," *Rev. Toxicom.*, vol. 56, no. 7, pp. 3–9, 2010.
- [20] M. Belvederi Murri and E. Al., "Is good insight associates with depression among patients whit schizophrenia? Systematic review and meta-analysis.," *Schizophr. Res.*, vol. 162, no. 1–3, pp. 234–247, 2015.
- [21] S. Sarró Maluquer and et al., "Sintomas depresivos en la esquizofrenia.," *Bol. Inf. Psiquiatr.*, vol. 161, 2000.
- [22] I. M. Lako, R. Bruggeman, H. Knegtering, D. Wiersma, R. a. Schoevers, C. J. Slooff, and K. Taxis, "A systematic review of instruments to measure depressive symptoms in patients with schizophrenia," *J. Affect. Disord.*, vol. 140, no. 1, pp. 38–47, 2012.
- [23] L. Grüber, P. Falkai, and A. Hasan, "Depressive symptoms in schizophrenia.," *Fortschr. Neurol. Psychiatr.*, vol. 84, no. 4, pp. 238–246, 2015.
- [24] C. Whitehead, S. Moss, A. Cardno, and G. Lewis, "antidepressants for people whit both schizophrenia and depression.," *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 2, 2002.
- [25] P. F. Buckley, B. J. Miller, D. S. Lehrer, and D. J. Castle, "Psychiatric comorbidities and schizophrenia," *Schizophr. Bull.*, vol. 35, no. 2, pp. 383–402, 2009.
- [26] F. Bayle and et al., "Pharmacological management of anxiety in patients suffering from schizophrenia.," *Encephale*, vol. 37, no. 1, pp. 583–589, 2011.
- [27] R. Braga, G. Reynolds, and S. Siris, "Anxiety comorbidity in schizophrenia.," *Psychiatry Res.*, vol. _Nov 30, no. 210, pp. 1–7, 2013.
- [28] A. Achim and Et al., "Prevalencia de los tratsornos de ansiedad en la esquizofrenia:metanalisis y revisión critica de una asociación significativa.," *Shizophrenia Bull.*, vol. 6, no. 4, 2011.
- [29] Y. Kaneda, "Ansiedad-Estado en la Esquizofrenia," Eur. J. Psychiatry, vol. 17, no. 2, pp. 101–107, 2003.
- [30] L. Jiménez-Castro, H. Raventós-Vorst, and M. Escamilla, "Substance use disorder and schizophrenia: prevalence and sociodemographic characteristics in the Latin American population.," *Actas españolas Psiguiatr.*, vol. 39, no. 2, pp. 123–30, 2012.

- [31] S. Punnoose, "Nicotine for schizophrenia (Review).," Cochrane Database Syst. Rev., no. 2, 2012.
- [32] A. Winston, "Neuropsychiatric effects of caffeine," *Adv. Psychiatr. Treat.*, vol. 11, no. 6, pp. 432–439, 2005.
- [33] R. Coullaut-Valera, I. A. D. Del Rio, R. De Arrúe-Ruiloba, J. Coullaut-Valera, and R. Bajo-Bretón, "Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas," *Actas Esp. Psiquiatr.*, vol. 39, no. 3, pp. 168–173, 2011.
- [34] J. A. Aznar, P. Balanza, M. D. Castillo, J. Martín, I. Martínez, J. Moreno, and R. E. A. Medina, *Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental*, vol. Primer. 2009.
- [35] D. Gardner, R. Baldessarini, and P. Waraich, "Modern antipsychotic drugs: a critical overview.," *CMAJ*, vol. 172, pp. 1703–1711, 2005.
- [36] J. Ceruelo Bermejo and R. Sonsoles García, "Antipsicóticos.," *FMC*, vol. 14, no. 10, pp. 637–647, 2007.
- [37] J. Bobes, M. Portilla, M. Bascarán, P. Sáiz, and M. Bousoño, *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*, 3ra edició. Barcelona, España.: ARS MEDICA, 2004.
- [38] M. Barbera Fons and et al., "La experiencia subjetiva con antipsicóticos: evaluación cuantitativa," *Actas Españolas Psiquiatr.*, vol. 34, no. 5, pp. 287–294, 2006.
- [39] T. Hogan and Et al., "al sefl report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity.," *Psychol. Med.*, pp. 177–183, 1983.
- [40] V. Tordera Tordera and et al., ABTRACT BOOK: TOPIC 45 IMPRESIÓN SUBJETIVA CON LOS DIFERENTES ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES., vol. 4. Madrid, España., 2014.
- [41] C. de S. General, "Diagnóstico y tratamiento de la Esquizofrenia en primer y segundo nivel de atención. SSA-22-09," in *Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica*, México: Secretaria de Salud, 2009, p. 16.
- [42] T. Rangaswamy and J. Sujit, "Psychosocial rehabilitation in developing countries," *Int. Rev. Psychiatry*, vol. 24, no. 5, pp. 499–503, 2012.
- [43] J. De la Higuera Romero and E. Sagastagoitia Ruiz, "Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: estado actual y perspectivas futuras.," *Apunt. Psicol.*, vol. 24, no. 13, pp. 245–266, 2006.
- [44] R. P. Lieberman, *Recovery from disability.*, 1era edici. Los Angeles, CA: American Psychiatric Publishing, Inc., 2008.
- [45] L. R. Díaz Martinez, H. Ortega Soto, C. Leaños Guerrero, M. S. Rodríguez Verdugo, M. L. Rascón Gasca, M. Valencia Collazos, M. D. L. Gutiérrez López, M. E. Mares Gómez, and A. Sánchez Sánchez, "La Rehabilitación Integral del Paciente Esquizofrénico en México: El modelo del Instituto Nacional de Psiquiatría de la Fuente, Grupo III," Salud Ment., vol. 28, no. 6, pp. 9–19, 2005.

- [46] E. H. Nuñez Daniel, Acuña Fernando, Rojas Germán, Vogel G, "Construcción y validación inicial de un cuestionario para medir calidad de vida en pacientes esquizofrénicos.," *Rev. Chil. NEUROPSIQUIATRÍA*, vol. 45, no. 2, pp. 148–160, 2007.
- [47] E. Petkari, "Determinantes longitudinales de calidad de vida en esquizofrenia.," Universidad de Granada, Granada, España., 2010.
- [48] A. F. Lehman, J. G. Slaughter, and C. P. Myers, "Quality of life experiences of the chronically mentally ill. Gender and stages of life effects," *Eval. Program Plann.*, vol. 15, no. 1, pp. 7–12, 1992.
- [49] S. Trujillo, C. Tovar, and M. Lozano, "Redalyc.Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la Psicología," vol. 3, pp. 89–98, 2004.
- [50] a F. Lehman, S. Possidente, and F. Hawker, "The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences.," *Hosp. Community Psychiatry*, vol. 37, no. 9, pp. 901–907, 1986.
- [51] A. Nuñez Rojas and Cols., "Calidad de vida, salud y factores," *Perspect. EN Psicol.*, vol. 13, no. Enero Junio, pp. 11–32, 2010.
- [52] J. Giner, "Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia," *Actas Españolas Psiquiatr.*, vol. 29, no. 4, pp. 233–242, 2001.
- [53] S. Evan and Et al., "The impact of mental illness on quality of life: a comparison of severe mental illnes, common mental disorder and healthy population samples.," *Qual. life Res.*, vol. 10, no. 1, p. 17, 2007.
- [54] A. Award and Et al., "Measuring quality of life in patients whit schizophrenia.," *Pharmacoeconomics*, vol. Jan 11, no. 1, pp. 32–47, 1997.
- [55] A. Lobana, S. Matto, D. Basu, and N. Gupta, "Qualitu of life in schizophrenia in India: comparison of three approaches.," *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 104, no. 1, pp. 51–5, 2001.
- [56] M. Ruggeri, G. Bisoffi, L. Fontecedro, and R. Warner, "Subjetive and objetive dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach: The South Verona Outcome Proyect 4," *Britihis J. Psychiatryis J. Psychiatry*, vol. 178, pp. 268 –275, 2011.
- [57] A. F. Lehman, "The Well-being of Chronic Mental Patients: Assessing Their Quality of Life," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 40, no. 4, pp. 369–373, 1983.
- [58] R. L. Lehman AF, Postrado LT, "Convergent validation of quality of life assessment for persons with severe mental illness.," *Qual ity Life Res.*, vol. 2, no. 2, pp. 327–333, 1993.
- [59] M. P. B. G. M. Bobes Garcia, J; González García -Portilla, "Calidad de vida en psiquiatría," in *TRATADO DE PSIQUIATRIA*, Barcelona, España.: 1989, 1996, pp. 831–843.
- [60] L. Mínguez Martín and et al., "Efectos adversos de los antipsicóticos y calidad de vida," *Actas Españolas Psiquiatr.*, vol. 33, no. 1, pp. 1–6, 2005.

- [61] M. Rodríguez-vidal, M. Castro-salas, V. Sanhueza-Escobar, and A. Valle-utreras, "Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos," *AQUICHAN*, 2011.
- [62] J. Rodriguez Marin, M. A. Pastor, and S. Lopez Roig, "Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad.," *Psicothema*, vol. 5, pp. 349–372, 1993.
- [63] K. Higashi, G. Medic, K. J. Littlewood, T. Diez, O. Granström, and M. De Hert, "Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review.," *Ther. Adv. Psychopharmacol.*, vol. 3, no. 4, pp. 200–18, 2013.
- [64] M. Fontes and Colaboradores., "Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México," *Salud Ment.*, vol. 35, no. 2, pp. 147–154, 2012.
- [65] M. Bravo Ortiz, "REDES SOCIALES y EVOLUCION DE LA ESQUIZOFRENIA," in *REDES SOCIALES Y EVOLUCION DE LA ESQUIZOFRENIA*., 1999, no. SN.
- [66] J. A. Muela and J. F. Godoy, "Importancia de los componentes de la emoción expresada," vol. 12, pp. 179–197. 2001.
- [67] S. F. Reynoso, R. M. Dávalos, and R. R. García, "Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves.," Salud Ment., vol. 34, no. 4, pp. 333–339, 2011.
- [68] K. Mueser and S. McGurk, "Schizophrenia," Lancet, vol. 363, no. 9426, pp. 2063–2072, 2004.
- [69] M. Gómez García, "'Insight y calidad de vida objetiva y subjetiva en la esquizofrenia," 2010.
- [70] L. M. L. C and M. D. R. Acosta, "Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia," vol. 17, no. 1, pp. 87–94, 2009.
- [71] K. Schneider and V. Pardo, "Trastornos cognitivos en la esquizofrenia I . Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día," *Rev. Psiquiatr. del Uruguay*, vol. 69, no. 1, pp. 71–83, 2005.
- [72] D. Naber and Colaboradores., "Randomized double blind comparison of olanzapine vs. clozapine on subjective well-being and clinical outcome in patients with schizophrenia.," *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 111, no. 2, pp. 106–115, 2005.
- [73] P. Bebbington, M. Angermeyer, J. Azorin, S. Marwaha, F. Marteau, and M. Toumi, "Side-effects of antipsychotic medication and quality of life in schizophrenia.," *Acta Psiquiatr. Escandinava suplemento*, no. 438, p. 2009, 2009.
- [74] J. Giner, J. M. Olivares, A. Rodriguez, and M. Roca, "Adherencia terapéutica en la esquizofrenia : una comparación entre las opiniones de pacientes , familiares y psiquiatras," *Actas Españolas Psiquiatr.*, vol. 34, no. 6, pp. 386–392, 2006.
- [75] M. Roca and Colaboradores., "Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso Clínico Español," *Actas Españolas Psiquiatr.*, vol. 35, pp. 1–6, 2007.

- [76] M. Rodriguez Chamorro, "Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular.," 2008.
- [77] E. Salinas Cruz and M. Nava Galan, "Adherencia terapéutica," *Enfermería Neurológica (Mex)*, vol. 11, no. 2, pp. 102–104, 2012.
- [78] A. Buchanan, "A two year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia.," *Psychol. Med.*, vol. 22, no. 03, pp. 787–797, 1992.
- [79] M. Rodríguez Chamorro and Colaboradores., "Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica," *Atención Primaria*, vol. 40, no. 8, pp. 413–417, Aug. 2008.
- [80] M. S. Ritsner, A. Lisker, and A. Grinshpoon, "Predicting 10-year quality-of-life outcomes of patients with schizophrenia and schizoaffective disorders," *Psychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 68, pp. 308–317, 2014.
- [81] L. Fernando, J. Bobes, and J. Gibert, MINI. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0 DSM-IV, vol. 0. 2000.
- [82] American Psychiatric Association, "Manual Diagnóstico DSM-IV TR," pp. 1–124, 2001.
- [83] U. C. de Madrid, "INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN: FICHA TECNICA DE LA ENTREVISTA DE CALIDAD DE VIDA DE LEHMAN.," PROYECTO DE APOYO A LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA, 2005. [Online]. Available: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto Apoyo EPC 200 6/INSTRUMENTOS EVALUACION/SALUD GENERAL Y CALIDAD DE VIDA/ENTR EVISTA DE CALIDAD DE VIDA DE LEHMAN/QOLI_F.pdf.
- [84] L. M. Chávez, G. Canino, G. Negrón, P. E. Shrout, L. E. Matías-Carrelo, S. Aguilar-Gaxiola, and S. Hoppe, "Psychometric properties of the Spanish version of two mental health outcome measures: World Health Organization Disability Assessment Schedule II and Lehman's Quality of Life Interview," *Ment. Health Serv. Res.*, vol. 7, no. 3, pp. 145–159, 2005.
- [85] H. L. Hilda Picasso, F. Ostrosky, and H. Nicolini, "Sensibilidad y especificidad de un instrumento neuropsicológico en la evaluación de subtipos de esquizofrenia: Un estudio con poblaci??n hispanohablante," *Actas Esp. Psiquiatr.*, vol. 32, no. 2, pp. 87–95, 2004.
- [86] A. Ardila and F. Ostrosky, GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO NEUROPSICOLÓGICO. Mexico, D.F., 2012.
- [87] Papanastasiou E. Interventions for the metabolic syndrome in schizophrenia: a review. TherAdv Endocrinol Metab (2012) 3(5) 141–162.
- [88] DAVY VANCAMPFORT et al. A meta-analysis of cardio-metabolic abnormalities in drug na€ive, first-episode and multi-episode patients with schizophrenia versus general population controls. World Psychiatry 2013; 12: 240-250