

11241



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA DEPTO. DE PSICOLOGÍA MEDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL.

SEDE: HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

TITULO: Calidad de vida en pacientes con Esquizofrenia, que reciben tratamiento con Olanzapina versus Risperidona.

## T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE:

## P S I Q U I A T R I A

PRESENTA:

NOMBRE: DRA. MINERVA DEHESA MORENO

ASESORES:

Dr. Jorge Peña Ortega  
Asesor Metodológico

Dr. Miguel Herrera Estrella  
Asesor Teórico

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA  
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

MÉXICO D

28 DE FEBRERO DEL 2004

Vo. Do.  
*Alejandro Díaz Martínez*  
DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## INDICE

Marco Teórico.....	1
Justificación .....	20
Objetivos .....	21
Material y Métodos .....	22
Análisis de Resultados .....	23
Gráficas .....	24
Discusión .....	29
Conclusiones .....	31
Bibliografía .....	32

## CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA, QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON OLANZAPINA VERSUS RISPERIDONA.

### MARCO TEORICO:

Entre el conjunto de las enfermedades mentales graves que provocan una modificación profunda y durable de la personalidad, el grupo de las esquizofrenias engloba efectivamente la mayor parte de los casos de alienación mental caracterizada por un proceso de disgregación mental, que ha sido llamado alternativamente “demencia precoz”, “discordancia intrapsíquica o “disociación autística de la personalidad”.

Desde hace mucho tiempo estos enfermos han llamado la atención de los clínicos. En Francia, Morel describía a algunos de ellos “afectos de estupidez desde su mas temprana edad” con el nombre de “dementes precoces” ; Hecker, en Alemania, designó esta enfermedad como una hebefrenia (estado demencial de la gente joven); y Kahlbaum, interesándose sobre todo por sus trastornos psicomotores (“inercia”, flexibilidad cerea, catalepsia , hiperquinesia, patetismo de las expresiones, manierismos) los describió como afectos de catatonía.

De 1890 a 1907, E. Kraepelin reunió todos estos casos con el nombre de Demencia precoz. Para él, ésta consistía en una especie de locura, caracterizada por su progresiva evolución hacia un estado de debilitamiento psíquico (Verblodung), y por los profundos trastornos de la afectividad ( indiferencia, apatía, sentimientos paradójicos). En esta “Demencia precoz” distinguía tres formas clínicas: una forma simple, la hebefrenia; una forma catatónica o hebefrenocatatónica; y una forma paranoide, definida por la importancia de las ideas delirantes, más o menos extravagantes e intrincadas. Todos los observadores de esta época (Chaslin, Séglas, Stransky, etc.), apreciaban que en estos casos se trataba menos de “demencia” ( en el sentido de debilitamiento intelectual global, progresivo e irreversible) que de una “disociación” de la vida psíquica, que pierde su unidad, de una especie de “disgregación de la personalidad”.

Es precisamente esta noción la que queda implicada en el mismo concepto de Esquizofrenia, palabra con la que Bleuler, en 1911, propuso designar el grupo de los “Dementes precoces”. Según él estos enfermos no son dementes, sino que están afectos de un proceso de dislocación que desintegra su capacidad “asociativa” (signos primarios de disociación); proceso que, al alternar su pensamiento, les sume en una vida “autística” cuyas ideas y sentimientos constituyen como en el sueño la expresión simbólica de los complejos inconscientes (signos “secundarios”). Bleuler, en Zurich, había comprendido la nueva dimensión que la psicología de las profundidades inconscientes podía añadir a los análisis puramente descriptivos de Kraepelin. (8)

Se define a la esquizofrenia como un trastorno o grupo de trastornos que tienen una afección severa en el proceso del pensamiento, de la percepción, del afecto y de la conducta. Esta enfermedad se extiende por todo el mundo y puede afectar a cualquier

individuo sin importar el sexo, el estrato económico, la cultura o la religión. Existen evidencias de anomalías neurobiológicas que preceden la aparición de los síntomas y que hacen que las funciones mentales del sujeto sean vulnerables a diversos factores estresantes que actuarían como desencadenantes.

El estado enfermo sería una confluencia de un desarrollo mental anormal que procede de esos defectos orgánicos y de factores psicológicos que aparecen ante los eventos vitales.

La esquizofrenia es la más común de las psicosis funcionales y normalmente es un desorden crónico . El individuo es incapaz de distinguir la realidad de la fantasía debido a una incapacidad para probar la realidad. No es una pérdida de la relación con la realidad, es más bien una alteración para experimentarla adecuadamente; generalmente el sensorio es claro, pero existen marcadas perturbaciones del pensamiento, el individuo es incapaz de diferenciar datos que se originan en el mundo exterior , de los que proceden de su interior. Al parecer, el individuo ha perdido la conexión entre el pensar y el sentirse, la capacidad de socializar e integrarse a las actividades productivas.(11)

El rango de edad de presentación del primer episodio va de los 15 a los 35 años , 90% de los pacientes presentan su primer episodio psicótico dentro de estos rangos. Un estudio realizado por Eaton y colaboradores destacó que 50% de los pacientes inician el primer episodio psicótico entre los 20 a 35 años . 25% antes de los 20 años de edad , otro 25% lo desarrolla entre los 35 a 45 años y 5% después de los 45 años , lo que ha sido denominado esquizofrenia tardía ; un estudio reciente ha denominado esquizofrenia de inicio muy tardío aquella que manifiesta su primer episodio psicótico después de los 60 años . Los factores asociados a esta entidad son muy diferentes a los que se observan en pacientes con esquizofrenia de inicio entre los 15 a 45 años de edad, lo que sugiere, como un punto más a favor, que la esquizofrenia es un síndrome, dada su heterogeneidad.

Han existido muchos estudios que tratan de encontrar la prevalencia de la esquizofrenia, se concluye que existía un rango en la prevalencia de 0.5 a 1.5 por cada 100 habitantes.

En México un estudio realizado por Justo Caraveo y colaboradores encuentran una prevalencia de 0.7% similar. Tomando en cuentas estos números encontramos que en México existen setecientos mil pacientes que tienen o tendrán esquizofrenia a lo largo de su vida, de los cuales, se calcula que 80% no es tratada adecuadamente.

En cuanto a la incidencia, un trabajo presentado por Eaton, recabando la información de 23 estudios , concluyó que la incidencia era 1% de la prevalencia, o sea uno por cada cien mil habitantes en el lapso de un año. Actualmente se maneja que el número de casos nuevos al año por cada 1,000 habitantes es de aproximadamente 0.24 a 0.52. En

conclusión, podemos considerar que se estima de manera general que la prevalencia actual de la esquizofrenia es de 0.5 a 0.7% con una incidencia de 1 x 100,000 por año.

El curso de la esquizofrenia es muy variable de un individuo a otro y puede cambiar con el tiempo. Algunos pacientes tendrán un ataque agudo pero con el antecedente de un curso deteriorante progresivo, lento y caracterizado por un deterioro funcional, aislamiento y pérdida de las habilidades psicosociales. Este deterioro se presentará con mayor medida durante los primeros cinco años, en muchos individuos el deterioro llega a una meseta en unos cuantos años posteriores al primer episodio psicótico. La intensidad de los síntomas tenderá a disminuir con la edad. En la gran mayoría de los pacientes los episodios psicóticos son agudos e intermitentes.

Como se ha mencionado, el curso es variable, pero si observamos la evolución encontraremos que es progresiva y podemos observar que una gran mayoría de los individuos con esquizofrenia tienen como antecedente premórbido una personalidad de tipo esquizoide. La característica esencial del trastorno esquizoide de la personalidad es un distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal. Los sujetos con trastorno esquizoide de la personalidad no demuestran tener deseos de intimidad, parecen indiferentes a las oportunidades de establecer relaciones personales. Prefieren emplear el tiempo en sí mismos, más que estar con otras personas. Suelen estar socialmente aislados o ser solitarios y casi siempre escogen actividades solitarias o aficiones que no requieran interacción con otras personas. Prefieren las tareas mecánicas o abstractas como los juegos de computadora o matemáticos. Pueden mostrar un interés muy escaso en tener experiencias sexuales con otras personas y les gustan muy pocas o ninguna actividades. Suele haber una reducción de la sensación de placer a partir de experiencias sensoriales, corporales o interpersonales. Estos individuos no tienen amigos íntimos o personas de confianza, a excepción de algún familiar de primer grado. Frecuentemente manifiestan una afectividad restringida y se muestran fríos y distantes.

Generalmente se puede observar que existe una fase prodrómica que precede a la aparición del primer brote psicótico. Esta se caracteriza por un incremento de las alteraciones que previamente presentaba el sujeto. Como se sabe, desde la infancia el sujeto que padecerá esquizofrenia ya manifiesta alteraciones cognitivas y conductuales con un bajo coeficiente intelectual, torpeza motora, dificultad para las relaciones sociales y desconfianza. Durante la fase prodrómica estas alteraciones se hacen más evidentes, el paciente se vuelve más aislado, presenta un deterioro en el desempeño escolar o laboral más evidente tiene pensamientos paranoides y comienza a tener excentricidades en su conducta y su lenguaje.

Después puede presentarse la fase activa, en la que se encuentran alteraciones del contenido del pensamiento como las ideas delirantes, que generalmente son de persecución, daño y grandeza, también pueden estar presentes ideas de tipo místico o de

contenido sexual. Una vez que un paciente esquizofrénico ha tenido un episodio agudo, rara vez regresa al nivel de funcionamiento que él había mantenido previamente.

Las alucinaciones son bastante comunes. El tipo más común son alucinaciones auditivas de una voz familiar que habla de una manera derogatoria. Las alucinaciones de una naturaleza somática, también pueden ocurrir.

El afecto aplanado o inapropiado es bastante común. El sentido del yo puede alterarse como se demuestra por: a) pérdida de límites del yo ( la incapacidad para percibir a sí mismo como una entidad separada), o b) la despersonalización (uno se siente como observador de las propias acciones). A menudo existe un funcionamiento interpersonal alterado y se caracteriza por lo siguiente:

- Retraimiento social
- El retraimiento emocional
- La absorción autista en el pensamiento interno
- La concentración alterada
- Anhedonia
- La depresión

La última fase es la residual, que es muy similar a la fase prodrómica pero el afecto suele ser más aplanado. Ya no se encuentran presentes los síntomas sicóticos pero el deterioro del funcionamiento del paciente es muy importante; tienen dificultades para vivir en forma independiente y adecuada. Les falta la motivación, el insight y el juicio.

Las recaídas son comunes y van precedidas por una intensificación de las características de la fase prodrómica y las señales de advertencia de una recaída incluyen ansiedad, depresión, agitación, enojo irracional, hostilidad y el aislamiento social. Las situaciones estresantes, el abuso de sustancias y el abandono de la medicación con frecuencia provocan recaídas.

El diagnóstico de esquizofrenia se realiza utilizando sistemas de clasificación, los que se utilizan con más frecuencia son el Diagnóstico de Salud Mental, DSM IV y la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10.

A continuación se describen los subtipos de esquizofrenia, esta clasificación se realiza sobre la base de los síntomas predominantes durante la evaluación del paciente.

La característica principal de la esquizofrenia de tipo catatónico, es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia. La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cética) o estupor. Aparentemente, la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos. Puede haber un negativismo extremo que se manifiesta por el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido o la resistencia a todas las órdenes que se den. Las peculiaridades del movimiento voluntario se manifiestan por la adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas, o

por realizar muecas llamativas. La ecolalia es la repetición patológica, como lo haría un loro o aparentemente sin sentido, de una palabra o frase que acaba de decir otra persona. La ecopraxia consiste en la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona. Otras características serían las estereotipias, manierismos y la obediencia automática o la imitación burlona. Durante el estupor o la agitación catatónica graves, el paciente puede requerir de una cuidadosa supervisión para evitar que se cause daño a sí mismo o a otras personas. Hay riesgo potencial de malnutrición, agotamiento, hiperpirexia o autolesiones.

Las características principales de la esquizofrenia tipo desorganizado son el lenguaje y el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización del comportamiento (por ejemplo falta de orientación hacia un objetivo) puede conducir a una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana. No se cumplen criterios para el tipo catatónico de esquizofrenia y, si hay ideas delirantes y alucinaciones, son fragmentadas y no están desorganizadas en torno a un tema coherente. Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento. El deterioro del rendimiento puede apreciarse por medio de diversas pruebas neuropsicológicas y tests cognoscitivos. Habitualmente, este subtipo también está asociado a una personalidad premórbida, empobrecida, a un inicio temprano e insidioso y a un curso continuo sin remisiones significativas. Históricamente, en otros sistemas clasificatorios, este tipo se denomina hebefrénico.

El subtipo paranoico está normalmente asociado con un inicio más tardío. La característica principal de la esquizofrenia tipo paranoide consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conversación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad.

Los síntomas característicos de los tipos desorganizado y catatónico no son muy acusados. Fundamentalmente las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también pueden presentarse ideas delirantes con otra temática (por ejemplo, celos, religiosidad o somatización). Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente. También es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El sujeto puede presentar un aire de superioridad y condescendencia, un incremento del autoimportancia, falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones interpersonales. Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida, y la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza, con las reacciones de ira puede llevarle a la violencia. El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo. Habitualmente, estos sujetos muestran un deterioro



mínimo o nulo en las pruebas neuropsicológicas y en los tests cognoscitivos. Algunos datos sugieren que el pronóstico para el tipo paranoide puede ser considerablemente mejor que para otros tipos de esquizofrenia, especialmente en lo que respecta a la actividad laboral y a la capacidad para llevar una vida independiente.

El último subtipo es el indiferenciado, el cual presenta síntomas de esquizofrenia pero no lo bastante específicos para clasificarlo en los otros subtipos. Un individuo diagnosticado con este tipo de esquizofrenia tendrá los síntomas siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia y desorganización de la conducta, pero no de manera notable.

El subtipo residual está esencialmente igual que la fase residual de esquizofrenia, donde el individuo ha tenido episodios de esquizofrenia, pero no está mostrando ningún síntoma sicótico prominente ahora. Los síntomas comunes del subtipo residual de esquizofrenia son: aislamiento social marcado, deterioro funcional marcado, conducta peculiar, marcado deterioro en la higiene personal y auto cuidado, afecto aplanado, embotado o inapropiado, discurso vago, circunstancial, disgregado o con pobreza de lenguaje independientemente del nivel escolar alcanzado, creencias extrañas o pensamiento mágico, experiencias preceptuales inusuales, marcada falta de iniciativa, interés o energía.

El DSM IV es un sistema de clasificación del tipo categórico. El primero en utilizar un sistema semejante fue Kraepelin cuando la clasificó como demencia precoz, pero se le han hecho muchas críticas porque son inestables y sólo son constantes cuando los cuatro subtipos se clasifican en dos: paranoides y no paranoides, ya que si se observa la clasificación de cuatro subtipos estos son variables durante el tiempo y en algunos casos la presencia de cuadros mixtos los hace inclasificables. Además, no reflejan los procesos etiológicos ni permiten evaluar la evolución de la sintomatología, por lo que ahora se han diseñado los modelos dimensionales que intentan correlacionar los síntomas con la probable etiología.

El primer modelo dimensional fue propuesto por Crow quién divide los síntomas de esquizofrenia en tipo 1 o positivo y tipo 2 o negativo. El tipo 1 se caracteriza por la presencia de fenómenos no presentes en sujetos sanos, como ideas delirantes, alucinaciones, trastornos del pensamiento y conducta extraña; estos síntomas son provocados por una hiperactividad dopaminérgica y responde a los neurolépticos.

En el tipo 2 se presenta una pérdida o disminución de las funciones normales como son pobreza del lenguaje, abulia, afecto aplanado, alogia; estos son secundarios a daño estructural y no responden a los antipsicóticos tradicionales.

Este sistema está apoyado por evidencias importantes, como la respuesta de los síntomas positivos y la frecuencia de alteraciones cerebrales cuando se encuentran síntomas negativos.

A pesar de ser un avance muy importante para la clasificación de la sintomatología esquizofrénica, el modelo de Crow presenta inconsistencia. Andreasen y Olsen utilizándolo encontraron que una tercera parte de los pacientes tenían que clasificarse como tipos mixtos. Además existen otros datos importantes a considerar como son que algunos síntomas negativos responden al tratamiento con antipsicóticos y un porcentaje de pacientes con síntomas positivos son resistentes al tratamiento. Es necesario reconocer, a pesar de las críticas que recibe el modelo de Crow, que este ha permitido un avance muy importante para clasificaciones posteriores que permitan evaluar la evolución y la respuesta a los tratamientos.

Ahora se han agregado tres síndromes o subtipos más a la sintomatología esquizofrenica y estos son: cognitivo, agresivo y depresivo.

El síndrome cognitivo ha tomado nuevamente auge y se sabe que estos síntomas pueden persistir después de la resolución del episodio agudo. Ellos están a menudo presentes antes del primer episodio y son indicadores para el diagnóstico de esquizofrenia. Los síntomas característicos del trastorno cognitivo incluyen:

Atención disminuida

Incapacidad para reconocer y procesar tareas complejas

Deterioro de la memoria

Inadecuada planeación de tareas

Incapacidad para realizar el razonamiento abstracto

Coefficiente intelectual por debajo del promedio

Alteración de la memoria de aprendizaje

Disminución de la productividad del lenguaje

El último síndrome es el depresivo, el cual se observa frecuentemente entre los pacientes esquizofrénicos, ya que se presentan entre 19% y 67% de ellos. Esto se debe a los diferentes métodos diagnósticos utilizados, es mal diagnosticado y grave ya que 10% de los pacientes se suicida. Puede presentarse en cualquier fase de la evolución de la esquizofrenia e incluso puede anticipar una recaída. Incrementa el abuso de sustancias y es necesario hacer diagnóstico diferencial con los efectos secundarios de los medicamentos y de los síntomas negativos.

La esperanza de vida de los pacientes esquizofrénicos es 20% más corta que la población general. Esto se debe principalmente al suicidio y al abuso de sustancias. Como ya se mencionó, 10% de los enfermos cometerá suicidio. El riesgo más alto ocurre durante los primeros cinco años después del primer episodio agudo. (11) (4)

Los siguientes datos se han asociado con un incremento en el riesgo de cometer suicidio: sexo masculino, edad menor a 30 años, síntomas de depresión, desempleo y salida reciente del hospital. Además la presencia de alucinaciones auditivas imperativas, incrementa el riesgo.

A continuación se presentan los factores predictores de buen pronóstico en los pacientes que sufren de esquizofrenia:

- . Tratamiento oportuno con antipsicóticos
- . Inicio agudo
- . Ausencia de trastornos de personalidad.
- . Presencia de eventos precipitantes
- . Predominio de síntomas positivos
- . Los subtipos paranoicos y catatónicos
- . Sexo femenino
- . Edad más avanzada al momento del primer episodio.
- . Ninguna historia familiar de esquizofrenia

Entre los pacientes que tienen un rango de edad de 25 y 30 años, 33% presentará mejoría significativa. El resto continuará mostrando los síntomas residuales y requerirá de hospitalizaciones frecuentes. Ochenta por ciento de ellos sufrirá recaídas frecuentes y presentará un deterioro psicosocial importante durante su vida.

El pronóstico para la esquizofrenia es pobre, generalmente porque se complica con factores psicosociales como la falta de empleo, la familia disfuncional y el abuso de drogas. Por lo que su tratamiento en la actualidad se ha convertido en un reto.

Han transcurrido más de 30 años desde que apareció en la literatura médica moderna el término “calidad de vida” y 20 años desde que se publicó el primer trabajo sobre la calidad de vida de los enfermos esquizofrénicos. (15)

A partir de la segunda mitad de los años 70 se desarrollaron los primeros instrumentos para evaluar la calidad de vida de los enfermos, principalmente de aquellos con cáncer, como una prolongación natural del trabajo del clínico.

En 1981 Malm publicó el primer método para la evaluación específica de la calidad de vida de los enfermos esquizofrénicos. Desde entonces, este tema ha sido abordado cada vez con mayor frecuencia.

El término “calidad de vida” actualmente forma parte de la conversación cotidiana como parte de un proceso, en el que todo mundo parece intervenir: científicos, filósofos, periodistas, políticos, religiosos, etc.

Se reconoce que el objetivo de la actividad del médico es preservar no solamente la vida de sus pacientes, sino la calidad de la misma.

Puede parecer que la participación del médico en la procuración de la calidad de vida a sus enfermos solamente refleja el humanismo de la práctica médica, sin embargo,

cuando apareció el término en las revistas médicas, se relacionó tanto con cuestiones económicas como políticas y religiosas.

La primera referencia médica en la que se empleó el término “calidad de vida” data de 1966. Elkinton se refirió a la calidad de vida de los pacientes en diálisis y se cuestionó sobre los problemas éticos inherentes a la asignación de recursos, a que programas de medicina preventiva o terapéutica deberían asignarse los recursos de la sociedad para obtener el máximo logro en salud y calidad de vida de todos sus miembros. Consideró que lo que cada médico quiere para cada uno de sus pacientes, viejo o joven, no es solamente que viva, sino que tenga una adecuada calidad de vida. (7)

En 1977 se legitimó el término “calidad de vida” en la literatura médica con su incorporación como palabra clave del Index Medicus.

A principios de los años 80 se publicaron los primeros trabajos sobre la calidad de vida de los enfermos con esquizofrenia, y en general, con trastornos mentales crónicos. Estos estudios se realizaron principalmente en Suecia y los Estados Unidos.

Varios factores promovieron el estudio de la calidad de vida de estos enfermos: había que evaluar la desinstitucionalización, los síntomas se manejaban por medio de medicamentos y otras intervenciones tendrían que ser evaluadas de otra manera. A diferencia de los estudios sobre la calidad de vida en otros padecimientos, se destacó el aspecto subjetivo y global de la calidad de vida.

En un concepto como el de la calidad de vida, no es fácil encontrar una definición que suscriban todos los investigadores y clínicos. Aunque hay varias aproximaciones conceptuales.

Desde el punto de vista psicológico, la calidad de vida refleja la percepción que tiene el paciente de su enfermedad, es lo que algunos autores llaman la “experiencia de estar enfermo”. Las variables que contribuyen a esta experiencia son varias: la percepción de los síntomas, la forma en que los pacientes los identifican y comunican el malestar que les causan, la experiencia de estar incapacitado para funcionar normalmente y los métodos de enfrentamiento usados por los pacientes y sus familias para controlar la enfermedad.

En el caso de la enfermedad crónica, sería inadecuado atender únicamente la enfermedad, pues sus problemas a menudo son amplificadas por la respuesta psicosocial a los síntomas. Los factores fisiológicos y psicológicos interactúan; uno de ellos puede influir sobre el otro.

De esta manera, la influencia de los factores psicológicos se da en dos vertientes: por un lado la percepción del paciente y por el otro, la influencia directa sobre la evolución y el desenlace de la enfermedad.

Ware propuso una organización de las variables que constituyen la salud y la calidad de vida, y su impacto sobre la comunidad. Estas variables pueden ser agrupadas en círculos concéntricos; en el centro, los parámetros fisiológicos de la enfermedad, siguiendo con el funcionamiento personal, percepción general de salud y finalmente el funcionamiento social. (22)

Las variables de la enfermedad son fisiológicas y específicas a la enfermedad.

El funcionamiento personal se refiere a la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, incluyendo el auto cuidado, la movilidad y las actividades físicas. Estas mediciones del estado funcional se emplean frecuentemente en los enfermos crónicos, pero se relacionan sólo débilmente con los estados emocionales por lo que no son medidas adecuadas para hacer una evaluación completa del grado de salud y bienestar.

El tercer nivel del estado de salud es el psicológico. Es importante no sólo como una categoría de enfermedades sino porque interactúa con la enfermedad física y la respuesta al tratamiento. El bienestar psicológico se diferencia del malestar porque la mayoría de las mediciones se concentran en el lado del malestar del continuum y no son sensibles a los cambios que ocurren en el lado del bienestar.

La percepción general de salud es el cuarto círculo, y se propone que incluya la evaluación individual de los tres conceptos precedentes. Sin embargo la correspondencia no es perfecta, hay algo más que interviene en una auto evaluación general del estado de salud.

El círculo final es el funcionamiento/ rol social, que se refiere a la capacidad del individuo para efectuar actividades relacionadas con su papel usual, incluyendo empleo, escuela o labores del hogar.

El efecto de la enfermedad sobre la comunidad, está implícito en el modelo de Ware. No solamente la calidad de vida del enfermo se ve afectada por la enfermedad, sino que nosotros, como clínicos, podríamos plantearnos qué tanto tendremos que extendernos.

Calman (5) define la calidad de vida como la brecha que hay entre las expectativas de los pacientes y sus logros: mientras más pequeña es la brecha, mejor es su calidad de vida, y mientras más lejos están de lograr sus expectativas, más mala será su calidad de vida.

Según Calman, la brecha entre las expectativas y los logros puede variar a lo largo del tiempo conforme se mejore o deteriore la salud del paciente, en relación con la efectividad del tratamiento o la progresión de la enfermedad.

Las metas del paciente deben de ser realistas a fin de evitar las frustraciones. Los profesionales pueden preparar a los enfermos para los cambios y limitaciones a las que se enfrentará conforme progresa la enfermedad.

El impacto de la enfermedad varía dependiendo de cómo se perciba el paciente su calidad de vida al recibir su diagnóstico.

Otra brecha que influye en la calidad de vida es la que hay entre los logros actuales y los logros potenciales. Estos no se refieren a los que son posibles teóricamente, sino a los que efectivamente ocurren, aunque sea en otras circunstancias. Esto implica la necesidad de diseñar algún método para aumentar las habilidades del enfermo, como un medio para mejorar su calidad de vida.

La calidad de vida es un concepto en el que se incluyen aspectos muy diferentes de la vida diaria. Sin embargo, debe distinguirse entre los componentes objetivos y los componentes subjetivos. Quien ha desarrollado más claramente esta distinción en el campo de los trastornos mentales ha sido Lehman (13) (14) Aunque varía la terminología, hay consenso en que la calidad de vida implica la percepción del enfermo sobre su ejecución en cuatro áreas: 1) la física y ocupacional, 2) la psicológica, 3) interacción social y 4) los síntomas somáticos.

Si su calidad de vida es una combinación de los cuatro componentes, las intervenciones específicamente enfocadas a uno o más de los componentes, modificará significativamente su calidad de vida.

El funcionamiento físico y la ocupación son los elementos de la calidad de vida con los que están más familiarizados los médicos. Generalmente se pregunta sobre la fuerza, la energía y la capacidad para llevar a cabo algunas actividades rutinarias. Encontrando que uno de los problemas para evaluar estos elementos es el efecto de techo. Si las evaluaciones fueron diseñadas para una población institucionalizada, en la consulta externa todos calificarían en la categoría más elevada y se perdería la posibilidad de discriminación.

El funcionamiento psicológico, en este componente las variables psicológicas que tienen mayor impacto en la calidad de vida son la ansiedad, la depresión y el temor. Debemos tener en cuenta que muchas de estas pruebas fueron diseñadas para la población sana y no siempre pueden aplicarse a los sujetos que tienen alguna enfermedad. Un pequeño número de preguntas directas se correlacionan con evaluaciones psicométricas más detalladas, con esto no se pretende hacer evaluaciones psicológicas.

El tercer componente de la calidad es la interacción social. Esto se refiere a la habilidad del paciente para llevar a cabo interacciones personales, que son el centro de la vida en comunidad. Estas interacciones forman una jerarquía, la familia, los amigos, compañeros de trabajo y la comunidad en general.

El cuarto componente de la calidad de vida, lo constituye las sensaciones físicas que disminuyen la calidad de vida: dolor, náusea, disnea, se cree que las sensaciones somáticas se encuentran relacionadas con el tratamiento., se cree que las sensaciones somáticas se encuentran relacionadas con el tratamiento.

Habiendo definido la calidad de vida como la síntesis de varios componentes, se cree que esta medición representa el proceso total. Una de las primera cuestiones que deben resolverse es si la calidad de vida debe describirse mediante un perfil (sub escalas) o mediante un total (índice). Probablemente la mejor opción es la de emplear ambas formas de organización de las variables. Las evaluaciones realizadas mediante perfiles, permiten identificar los diferentes componentes de la calidad de vida y el efecto de las diferentes intervenciones sobre ellos.

La calidad de vida tiene diferentes componentes y cada quien le da valores diferentes, por lo que al planear las intervenciones con los enfermos se debe tener en cuenta lo que ellos valoran más.

Algunos autores recomiendan la ponderación de los diferentes componentes como una forma de resaltar la importancia de la opinión del enfermo, se ha encontrado que este método suele alargar los cuestionarios y no siempre aporta información. (12)

La naturaleza subjetiva de la medición de la calidad de vida es fuente de malestar entre los investigadores acostumbrados a la objetividad de la ciencia. Este punto de vista contrasta con el de aquellos que destacan la subjetividad en la evaluación de la misma.

Considerando que es una evaluación subjetiva, la calidad de vida debe de ser evaluada por el paciente. Esto contribuye a su validez transcultural; como el paciente es su propio control interno, puede usarse sin normas. Con esta aproximación, el valor crítico de la calidad de vida no es la puntuación que el paciente proporciona, sino el cambio de la puntuación a lo largo del tiempo. En otras palabras, cuando se comparan los grupos de pacientes, el punto central no es si la puntuación general de un grupo es mejor que la del otro, sino si el cambio en un grupo es diferente del cambio en el otro.

Otra de las propiedades de la calidad de vida es que varía a lo largo del tiempo, por lo que debido a su naturaleza fluctuante, una vez que se pierde una evaluación, ya no se recupera. Por esta razón, el seguimiento debe ser meticuloso y debe ponerse mucho cuidado en los tiempos de las mediciones y en las congruencias de éstas entre uno y otro tratamiento.

También se debe de considerar si se emplea un instrumento genérico o instrumentos específicos en el caso de esta enfermedad. La ventaja de los instrumentos genéricos es que permiten comparar a los pacientes con la población general o con otro tipo de enfermos. La desventaja es que generalmente estos instrumentos son poco sensibles al cambio. Aunque los instrumentos específicos tienen la desventaja de que los clínicos no están bien familiarizados con ellos, esto se ha ido superando, y cada vez se familiarizan con ellos en la evaluación de la calidad de vida de grupos específicos.

Aunque se esperaría que los psiquiatras estuvieran más conscientes de las repercusiones psicológicas y sociales de la enfermedad y de su tratamiento, su interés en la evaluación

de la calidad de vida se ha desarrollado más lentamente que en otras áreas de la medicina, como la oncología, la cardiología o la reumatología.

Los trastornos mentales, a excepción de la depresión severa en la que el paciente corre el riesgo de suicidarse, no pone en peligro la vida. Además por desconocerse la cadena etiopatogénica completa de los trastornos mentales, no se pueden curar. Por lo tanto su tratamiento consiste solamente en intentar preservar o mejorar la calidad de vida de los enfermos. Los primeros medicamentos trataron de disminuir o eliminar los síntomas más disruptivos para la vida del paciente: los que ponían en peligro su vida o la de los demás, pero los nuevos medicamentos van más allá; ya no sólo intentan controlar los síntomas.

Aunque es difícil definir y evaluar lo que es calidad de vida, es evidente que es muy útil para determinar los resultados de los tratamientos y para indicar qué tipo de intervenciones son necesarias.

La percepción que tiene el paciente de la enfermedad y de los tratamientos es lo que llamamos calidad de vida. En el caso de los enfermos con esquizofrenia, la calidad de vida es aún más difícil de definir. Por las características de la enfermedad, se considera que la opinión del enfermo sobre su calidad de vida podría no ser tan confiable como la opinión de los enfermos que no padecen ningún trastorno mental.

Es importante saber cómo perciben los pacientes su calidad de vida, sobre todo cuando se evalúan nuevos tratamientos, no solamente farmacológicos, sino en especial algunas intervenciones como el entrenamiento de las habilidades sociales. (6)

Por otro lado, el cumplimiento de las indicaciones del médico depende de la percepción que tenga el enfermo tanto de la enfermedad, como del tratamiento y sus efectos colaterales. Puede encontrarse discrepancias entre el médico y el paciente al evaluar la eficacia de un tratamiento: aunque el médico considere que el paciente ha mejorado éste puede sentirse peor por los efectos colaterales del medicamento.

El tratamiento con neurolépticos en dosis antipsicóticas adecuadas generalmente implica el riesgo de causar efectos colaterales tempranos o tardíos. Al realizar un balance entre sus beneficios y sus riesgos, parece preferible hacer hincapié en sus beneficios, lo que significa que lo principal será monitorear los medicamentos neurolépticos y antiparkinsonianos para suprimir cuanto sea posible los síntomas. Sin embargo, esto no significa que se puedan dejar de lado otros aspectos de la vida del enfermo; todo aquello que genéricamente se incluye en el concepto de calidad de vida.

El primer instrumento publicado para evaluar la calidad de vida de los enfermos esquizofrénicos fue elaborado en un hospital sueco. (15)

Antes la meta era que estos enfermos lograran salir del hospital mientras que ahora, con la introducción de los medicamentos, esto se ha vuelto relativamente sencillo, por lo que actualmente se persigue es evitar las recaídas, mejorar su calidad de vida y lograr que sean capaces de salir adelante.



Esto coloca a la rehabilitación del paciente esquizofrénico en un contexto más amplio y permite fijarse otros objetivos, como medir el éxito de las intervenciones y desarrollar programas suficientemente flexibles para llenar sus necesidades.

Según Malm, la calidad de vida no sólo significa tener un sentimiento general de felicidad. Sería inconveniente definir sólo subjetivamente la calidad de vida por dos razones: 1. se pasaría por alto la anormalidad mental, asumiendo que la felicidad y la insatisfacción nunca son patológicas y 2. Se impediría distinguir a los privilegiados de los que están socialmente en desventaja, proporcionando una excusa para la inacción.

En la existencia de esquizofrénico intervienen el enfermo y cuatro sistemas de atención que se translanan: 1) sistema de salud, 2) sistema de rehabilitación, 3) sistema familiar y 4) sistema comunitario. Las deficiencias del enfermo pueden deberse a las deficiencias de cualquiera de estos cuatro sistemas.

Son varias las áreas propuestas por Malm que deben evaluarse. Por una parte están las necesidades que deben ser cubiertas por el sistema de salud y, por el otro las que están cubiertas por los otros sistemas mencionados.

De acuerdo con Malm, el enfermo debe tener un departamento propio o un cuarto amueblado con baño y cocina, siendo esto lo normal en Suecia.

-Conocimientos, educación, recreación. La idea fundamental es proporcionar los estímulos, las habilidades y las oportunidades necesarias para ampliar o preservar los horizontes y las capacidades del individuo.

Para evaluar esta área primero se determina el nivel académico del enfermo.

-Relaciones humanas (familia, amigos, intimidad sexual, libertad, discriminación y alineación). Se evalúa la vulnerabilidad de los enfermos y los factores de riesgo que pueda haber en su familia para disminuir los problemas cotidianos de estos enfermos.

-Dependencia, evalúa tanto la dependencia económica como la psicológica. Por la dependencia económica se entiende que el enfermo viva del dinero que le proporciona otra persona o el Estado. Por dependencia psicológica se entiende que el enfermo necesite de otras personas, que no pueda vivir sola.

-Experiencias internas, la evaluación de esta área se realiza mediante las definiciones operacionales de las escalas psiquiátricas conocidas. Por ejemplo el "placer de vivir" corresponde al reactivo "incapacidad de sentir" de la escala psicopatológica de Asberg (1978). El contacto emocional corresponde a "alteraciones del contacto afectivo" de la misma escala, o al reactivo "capacidad de empatía" de Heinrichs (1984).

-Atención médica se les da a los pacientes esquizofrénicos y esta no suele ser igual a la que se les da a otros enfermos ni a los demás miembros de la comunidad. La atención se enfoca principalmente a la prevención de las recaídas.

Para poder cuantificar la psicopatología puede emplearse la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS) o la Escala de Síntomas Positivos y Negativos. (PANSS, Kay, 1987). La atención psiquiátrica debe tener dos cualidades: disponibilidad y cumplimiento.

-Recreación. Puede emplearse la Escala de Ajuste de Katz (1963).

-Trabajo y condiciones en las que se trabaja. No es adecuado que los enfermos en recuperación trabajen en empleos de tiempo completo. Además es necesario recordar que, en ocasiones el sistema laboral no satisface ni siquiera las necesidades de las personas sin esquizofrenia...

Lo que se requiere es un sistema laboral que ofrezca trabajos protegidos y entrenamiento laboral para estos enfermos, adaptado a la capacidad del individuo y que esté supervisado por personas acostumbradas a las excentricidades de las personas con una conducta psicótica.

-Religión. No hay instrucciones especiales para evaluarla.

La lista de Malm se basó en una lista sobre la calidad del ambiente. (19) Esta lista evalúa el último mes. Los estándares están adaptados a la comunidad. Posteriormente realizó otra versión la cual se estructuró con 100 reactivos (QLS 100) organizados en 11 áreas:

1. Vivienda, incluyendo el cuidado de la casa
2. ambiente, incluyendo los servicios de la comunidad
3. conocimiento y educación
4. relaciones humanas
5. Dependencia
6. Experiencias internas
7. Salud Mental
8. Salud física
9. Recreación
10. Trabajo
11. Religión

En 1981 Mala encontró en 40 pacientes esquizofrénicos que las principales áreas de las que se mostraron insatisfechos fueron: conocimiento y educación, relaciones humanas y recreación.

En el área de educación, lo que los pacientes consideraron más insatisfactorio fue la educación para los adultos. En el área de las relaciones fueron insatisfactorias las amistades con el sexo opuesto y las relaciones sexuales. Esta lista muestra algunas áreas específica de intervención terapéutica.

Skantze y cols. Evaluaron la relación que tiene la calidad de vida con los estándares de vida de un grupo de enfermos esquizofrénicos. La calidad de vida, como ya se mencionó es una evaluación subjetiva, en tanto que el estándar de vida es objetivo. El estándar de vida incluye la evaluación objetiva de las habilidades del paciente para cumplir las actividades de la vida diaria y aceptar su dependencia de los demás para vivir en la comunidad. En este estudio, los autores propusieron que no hay correlación entre el estándar de vida y la calidad de vida cuando las condiciones de vida de los

enfermos mentales graves disminuyen a un estándar mínimo. Emplearon el Cuestionario de Calidad de Vida ya citado anteriormente (QLS 100).

Los pacientes incluidos en este estudio tenían un buen estándar de vida. La mayor insatisfacción se observó en la salud mental, en las experiencias internas, en los contactos y en el trabajo.

No hubo ninguna relación entre el estándar de vida y la calidad de la misma, lo que sugiere que estos dos aspectos son independientes en este grupo de enfermos. Algunas variables demográficas se relacionaron con la calidad de vida: a medida que aumentaba la edad, los pacientes dijeron tener menor calidad de vida; los de mayor nivel académico dijeron tener menor calidad de vida y los que tenían empleo dijeron tener una mejor calidad de vida.

En 1976, Campell y Andrews publicaron trabajos relacionados con la percepción que la población tenía sobre su calidad de vida, considerando que esta información podría ser suplementaria a la que proporcionan algunos indicadores objetivos de la calidad de vida.

A partir de estos estudios, Lehman trabajó con esquizofrénicos. Es aparente que objetivamente la calidad de vida de los esquizofrénicos es mala en la mayoría de los indicadores. Generalmente estos enfermos están desempleados, sin pareja, con síntomas e incapacidades residuales, con relaciones sociales limitadas, y alejados de sus familias. Siendo los postulados básicos de Lehman:

2. Esta experiencia depende por lo menos, de tres variables: a) características personales, como edad y sexo; b) la calidad de vida objetiva en diferentes áreas, como el nivel de ingresos y

3. la 1. La calidad de vida es una condición subjetiva que se refleja en un sentimiento global de bienestar.

calidad de vida subjetiva en estas mismas áreas, como estar satisfecho con sus ingresos. Este modelo contrasta con aquellos que se limitan a evaluar las condiciones (objetivas) de la vida del enfermo, y que infieren la calidad de vida subjetiva de esas condiciones objetivas.

La meta de cualquier tratamiento es hacer que los efectos de la enfermedad desaparezcan. En cierto sentido, la calidad de vida representa la vía común final de todos los factores fisiológicos, psicológicos y sociales en el proceso terapéutico.

Se ha propuesto que la calidad de vida, por ser algo subjetivo, debe de ser evaluada por el enfermo. Varios investigadores han llamado la atención sobre el hecho de que en las evaluaciones influye la sintomatología psicótica del enfermo, su adaptación a estos síntomas o su adaptación a las circunstancias sociales adversas que generalmente lo rodean. Sin embargo, en estudios recientes se ha encontrado que los pacientes esquizofrénicos clínicamente estables pueden evaluar y calificar su calidad de vida con un alto grado de confiabilidad y validez, lo que implica que estas auto evaluaciones pueden ser útiles en los ensayos clínicos y en los estudios de seguimiento. (21)

También se ha planteado la pregunta de si en la calidad de vida de los sujetos con esquizofrenia influye el nivel de insight de la naturaleza de su enfermedad y sus secuelas.

Amador en 1984 observó que los enfermos con poco insight, en especial los que estaban menos conscientes de las consecuencias de su enfermedad, eran los más aislados socialmente y los que tenían peor funcionamiento psicosocial. Sin embargo, otros investigadores no han encontrado ninguna relación entre el insight y la calidad de vida. (3) (4)

El desarrollo de nuevos antipsicóticos que producen pocos síntomas extrapiramidales y pocos efectos mentales colaterales pueden aumentar la capacidad del enfermo para participar en su rehabilitación y mejorar su calidad de vida.

Las conclusiones dependerán de la validez y de la confiabilidad pero, sobre todo, de la sensatez con que se hagan las evaluaciones de la calidad de vida. (9)

La evaluación de encuestas que integran la percepción del estado de salud de los individuos en actividades de la vida cotidiana ha sido objeto de un creciente interés por parte de la comunidad de investigadores de los servicios de salud. El uso de instrumentos de recolección de datos que miden y caracterizan el listado multidimensional de salud prometen el acercamiento en la relación médico-paciente, de forma tal que los pacientes tendrán un nuevo marco de referencia respecto a sus prestadores de servicios de salud y estos últimos podrán juzgar la efectividad del manejo de la población atendida. (17) (24)

La rigurosidad psicométrica de los instrumentos actuales ha permitido la incorporación del concepto de evaluación de la calidad de vida, o lo que otros autores refieren como calidad de vida relacionada con la salud (10), y lo ha convertido en la unidad fundamental para la medición de resultados en investigaciones dentro de este campo. Aunque no existe consenso la calidad de vida relacionada con la salud se mide por medio de la función física, de estado psicológico, de la función y la interacción sociales, y de los síntomas físicos.

El espectro de indicadores para la medición de dichos resultados incluye cinco dominios principales: a) mortalidad, b) morbilidad, c) incapacidad, d) incomodidad e) insatisfacción.

Tradicionalmente, los informes comparativos del estado de salud y enfermedad en diversos grupos poblacionales sólo incluyen datos de mortalidad y morbilidad. En la actualidad, hay una explosión en la literatura médica respecto a la inclusión de las opiniones de los usuarios de servicios médicos para la evaluación de las percepciones del estado de salud. Esta tendencia también se presenta en la literatura mexicana (18) (20)

Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes del concepto de calidad de vida. La incapacidad se mide por

la habilidad de realizar actividades y por el impacto físico que esta última produce en la actividad física, y la ocupacional y en la cotidiana. La incomodidad se caracteriza por la presencia o ausencia de dolor físico y la fatiga. La insatisfacción se mide por el funcionamiento social, el bienestar general y la satisfacción con la atención que brinda los prestadores de servicios de salud.

Con el reconocimiento de que, para comparar el estado de salud de las poblaciones de diferentes países se requiere de instrumentos estandarizados, en 1991 se inició el proyecto conocido como "Evaluación Internacional de la Calidad de Vida" (International Quality of Life Assessment Project, IQOLA) para traducir, adaptar y probar la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado Encuesta de Salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey). (1) (25)

Inicialmente, este instrumento se usó en el estudio de resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS), donde se demostró su validez y confiabilidad; asimismo, se determinaron las normas de comparación para la población de Estados Unidos de América (EUA). (16) (23)

Posteriormente, el proyecto IQOLA incluyó 14 países industrializados, y en la actualidad hay más de 40 naciones participantes. Existen seis versiones de la encuesta SF-36 en castellano que se han adaptado y utilizado en Argentina, Colombia, España, Honduras y México, así como entre la población México-norteamericana de EUA. Los investigadores

De estos países tienen como objetivo final la adaptación y el establecimiento de normas de las escalas de la Encuesta SF-36 para su uso en poblaciones genéricas y específicas. La SF-36 se ha utilizado en investigaciones clínicas también específicas; por ejemplo, Alonso y colaboradores informaron sobre la validez y la confiabilidad de una versión en castellano, a partir de este estudio hecho entre 46 pacientes con cardiopatía coronaria estable. (2)

La SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas. El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son:

a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG)  
e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental (SM). Además de los ocho conceptos de salud, la SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud.

La versión autorizada de la SF-36 para su uso en México siguió un procedimiento estandarizado de traducción/ retraducción por expertos bilingües; así mismo se hicieron

análisis por grupos focales representativos y se llevó a cabo una evaluación formal de la calidad de cada traducción.

La SF-36 es un instrumento autoaplicado, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud).

## JUSTIFICACION

La esquizofrenia es una enfermedad que aunque no provoca la muerte del paciente a corto plazo, sí lo limita en diferentes áreas de su vida. Los antipsicóticos alivian algunos de los síntomas, pero poseen efectos colaterales que interfieren seriamente con la calidad de vida de los enfermos. Por lo que el desarrollo de nuevos antipsicóticos, tienen como uno de sus objetivos, mejorar la calidad de vida de los enfermos.

Aunque no logre curarlos, su propósito es que la vida del paciente se limite lo menos posible, y propiciar su reinsercción en la vida familiar, social y laboral.

El desarrollo de nuevos antipsicóticos se llevó a cabo en los últimos 10 años, a partir de 1990. Estos medicamentos comenzaron a investigarse debido a que muchos, pacientes con esquizofrenia abandonaban el tratamiento por los efectos adversos, a que algunos de ellos no mejoraban con los tratamientos existentes entonces, y a que los síntomas negativos de los enfermos tampoco mejoraban, por lo que surgió este grupo de antipsicóticos, a los que se ha llamado atípicos por ser diferentes de los primeros.

## **OBJETIVOS.**

1. Establecer con la encuesta SF-36, un perfil multidimensional del estado de salud de una población de pacientes esquizofrénicos que se atiende en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
2. Correlacionar la calidad de vida, con el tratamiento administrado (Olanzapina versus Risperidona).

## **METODOLOGIA.**

### **a) DISEÑO.**

Estudio Observacional Prospectivo Transversal.

### **b) UNIVERSO Y MUESTRA.**

Se seleccionó una muestra no probabilística de sujetos que cumplieron con los criterios de selección de los servicios de consulta externa, y del área de hospitalización del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

### **c) CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

- Pacientes mayores de 18 años.
- Ambos sexos.
- Escolaridad
- Estado civil
- Diagnóstico de Esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos, definidos de acuerdo al DSM IV.
- El tratamiento administrado fuera con Olanzapina y Risperidona.
- Consentimiento informado del paciente para participar en este estudio.

### **d) VARIABLES E INSTRUMENTO.**

Se aplicó la encuesta SF-36 (IQOLA), la cual está conformada por 36 preguntas, las cuales se encuentran agrupadas en ocho conceptos o escalas.

Diagnóstico psiquiátrico fue asignado mediante la entrevista estructurada para el DSM IV (SCID).



## **PROCEDIMIENTO.**

Primero se obtuvo la autorización del proyecto por parte de las autoridades del hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

El grupo de estudio estuvo formado por 40 pacientes esquizofrénicos que consultaron de forma consecutiva los servicios de consulta externa y hospital parcial del hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

Todos los pacientes cumplían los criterios del DSM IV (SCID) para el diagnóstico de esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos.

Los criterios de selección de la población fueron: ser mayores de 18ª, ambos sexos (10 mujeres; 30 hombres) , la escolaridad, estado civil, así como el tratamiento administrado; es decir de la población total todos se encontraban con un antipsicótico atípico; de estos 20 con Olanzapina y los 20 restantes con Risperidona además de considerar la dosis administrada.

Además se determinó el lugar, las fechas y hora en que se realizaría la aplicación de la encuesta SF-36, previamente se contaba con el consentimiento informado de los pacientes para participar de manera voluntaria en este estudio.

Finalmente se les aplicó la SF-36 el cual es un instrumento autoaplicado, que contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100(mejor salud).

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

### Características de los pacientes participantes en la encuesta.

De un total de 40 individuos a los que se les aplicó la encuesta SF-36 (calidad de vida); se dividieron en dos grupos, de 20 cada uno. El primer grupo de pacientes fueron los tratados con olanzapina y el segundo grupo, los tratados con risperidona ( los cuales se encontraban ya con estos tratamientos).

Con un predominio del sexo masculino 75% por un 25% del sexo femenino.

Con edades que fluctúan de 18 a 33 años (rango de 15). Con un mayor número de pacientes entre 22 a 25 años (37.5%), seguida de un 35% de 18 a 21.

Se trato de una muestra bimodal para las edades de 18, y de 25 años. **Gráfica 10**

En el aspecto de escolaridad se observó un igual número de casos con secundaria completa, así como de bachillerato completo (ambos 32.5%), seguidos de un 20% con licenciatura incompleta y solo 15% con bachillerato incompleto (el nivel de escolaridad se correlaciona porque la muestra fue tomada del servicio de hospital parcial y consulta externa donde se observa esta tendencia). **Gráfica 9**

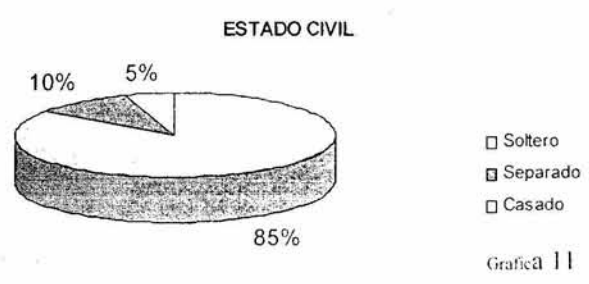
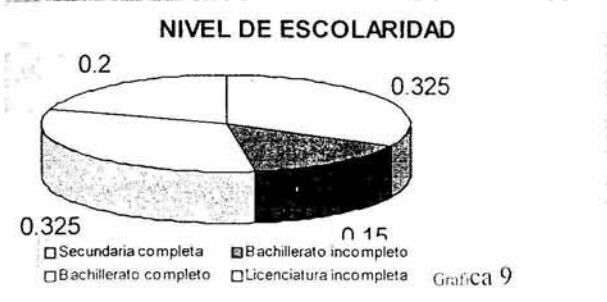
El estado civil de la mayoría de los participantes es el de soltero 85% y solo un 10% de pacientes separados y un 5% que están casados (no se especificó si viven solos o con su familia). **Gráfica 11**

Otra variable que presentaron, en cada grupo fue la cantidad en miligramos de dosis que se administró de cada medicamento, en el grupo con tratamiento de Olanzapina un 70% recibió 5mgs, por un 30% que recibió 10mgs.

En el grupo tratado con Risperidona la mayoría recibieron 2mgs (60%), seguido de un 35% de los que recibieron 3mgs por solo un 5% que recibieron 4mgs.

De los resultados obtenidos, se desprende que de un total de 20 pacientes en cada grupo; se encontraron distribuidos de forma similar en cuanto a edades, escolaridad, estado civil.

Ambos grupos muestran una media y una varianza similares, por lo que se establece que las poblaciones son estadísticamente similares, y que los resultados varían por factor personal y no poblacional.



## RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Los cuarenta cuestionarios fueron respondidos en su totalidad, en sus 8 conceptos o escalas de salud, y en sus preguntas correspondientes a cada escala.

Se realizó un análisis estadístico, de una prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales.

Se considero como grupo 1 a los que recibieron Olanzapina y al grupo 2 los que recibieron Risperidona, suponiendo características similares en ambas poblaciones, ya que observaron media y varianza similares por lo que las poblaciones son estadísticamente similares y que los resultados varían por factor personal y no poblacional, en función de la variable estudiada (tratamiento).

En el concepto de función física (FF), se encontró que existe una diferencia estadísticamente significativa,  $p < 0.05$  a favor del grupo que recibió Olanzapina el cual mejoró sus actividades físicas en forma mas importante. Siendo el valor de la media para Olanzapina de 2.885 (variable 1) y el valor de la media para Risperidona de 2.595 (variable 2). **Gráfica 3**

En el concepto de vitalidad (VT) no se evidencio que existiera una diferencia estadísticamente significativa,  $p > 0.05$ , debido a que con ambos tratamientos los pacientes respondieron sentirse en forma similar.

En el concepto de salud mental (SM) no se apreció que existiera una diferencia estadísticamente significativa  $p > 0.05$ , porque con ambos tratamientos los pacientes manifestaron percibir su salud mental de modo similar. El valor de la media para Olanzapina fue de 3.722 (variable 1) y el valor de la media para Risperidona fue de 3.566 (variable 2). **Gráfica 2**

En el concepto de dolor corporal (DC) si se encontró una diferencia estadísticamente significativa  $p < 0.05$ , pero en este caso fue en el grupo que recibió Risperidona el que mostró una mejoría en cuanto su dolor físico. La media para Olanzapina fue de 1.45 (variable 1) y el valor de la media para Risperidona de 2 (variable 2). **Gráfica 1**

En el concepto de salud general (SG) no se mostró ninguna diferencia estadísticamente significativa  $p > 0.05$  en virtud de que ambos grupos exhibieron su percepción de salud de forma parecida con cualquiera de los dos tratamiento. Siendo la media para Olanzapina de 3.05 (variable 1) y la media para Risperidona de 3.09 (variable 2).

**Gráfica 5.** Y en la transición de la salud se observo un valor de la media para Olanzapina de 1.55 y el valor de la media para Risperidona de 1.9 (variable 2). **Gráfica 6**

En el concepto de rol físico (RF) no se pudo demostrar una diferencia estadísticamente significativa  $p > 0.05$ , esto debido a que con ambos tratamientos se respondió tener iguales limitaciones físicas. Con valor de la media para Olanzapina de 1.462 (variable 1) y la media para Risperidona de 1.5 (variable 2). **Gráfica 7**

En el concepto de función social (FS) no se comprobó que existiera una diferencia estadísticamente significativa  $p > 0.05$ , al realizar sus actividades sociales, se afectó por

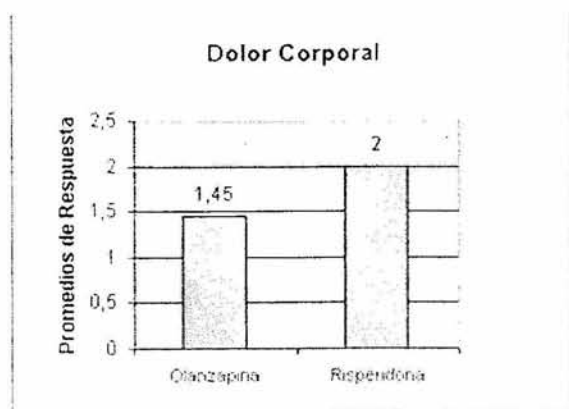
igual en ambos grupos. Con resultados de valores de la media para Olanzapina de 2.7 (variable 1) y la media para Risperidona de 2.8 (variable 2). **Gráfica 4**

En el concepto de rol emocional (RE) tampoco se observó que existiera una diferencia estadísticamente significativa  $p > 0.05$ , en cuanto a como se han sentido emocionalmente al recibir uno u otro tratamiento. Se reporto un valor en la media para Olanzapina de 1.633 (variable 1) y la media de Risperidona de 1.483 (variable 2). **Gráfica 8**

Al comparar los resultados generales con la calidad de vida con la encuesta SF-36 ,con la variable de tratamiento con Olanzapina versus Risperidona no se encontró que existiera una diferencia estadísticamente significativa  $p > 0.05$  a favor de alguno de estos dos tratamientos, suponiendo que las poblaciones fueron similares, las respuestas obtenidas vierten como resultado general que la calidad de vida se modifica de modo muy similar con los dos psicofármacos.

	Promedio de Respuesta		Valor de t	Valor de P
	Olanzapina	Risperidona		
Dolor Corporal	1,45	2	-2,371	< 0,05
Vitalidad	3,722	3,566	0,998	>0,05
Funcion Fisica	2,885	2,595	5,887	<0,05
Funcion Social	2,7	2,8	-0,35	> 0,05
Salud General	3,05	3,09	-0,202	> 0,05
Transicion de Salud	1,55	1,9	-1,157	> 0,05
Rol Fisico	1,462	1,5	-0,472	> 0,05
Rol Emocional	1,633	1,483	1,510	> 0,05

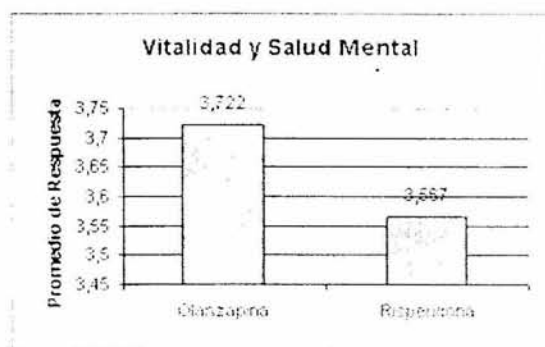
TABLA 1. CONCENTRADO DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA SF-36 (CALIDAD DE VIDA) APLICADA A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA TRATADOS CON OLANZAPINA VESUS RISPERIDONA



Grupo de Pacientes con Tratamiento

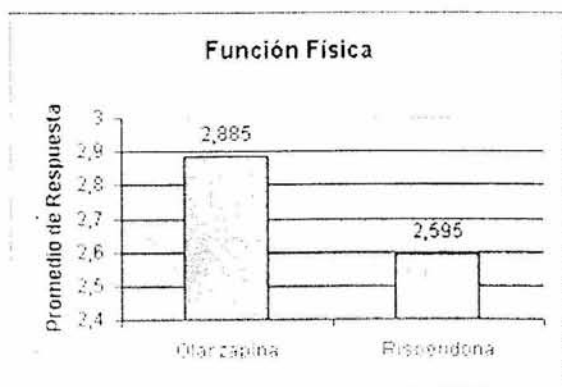
**Gráfica 2.** Comparación de promedio de respuesta, en el grupo tratado con Olanzapina versus Risperidona en la subescala de Vitalidad y Salud Mental

**Gráfica 1.** Comparación de promedio de respuesta, en el grupo tratado con Olanzapina versus Risperidona en la subescala de Dolor Corporal



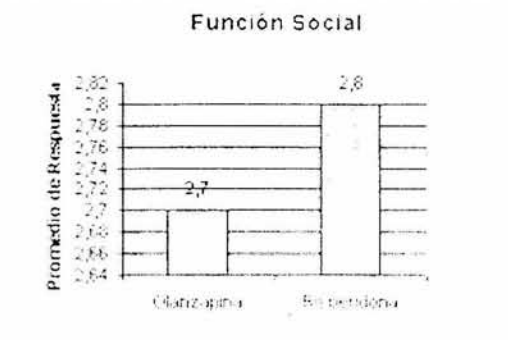
Grupo de Pacientes con Tratamiento

**Gráfica 3.** Comparación de promedio de respuesta, en el grupo tratado con Olanzapina versus Risperidona en la subescala de Función Social



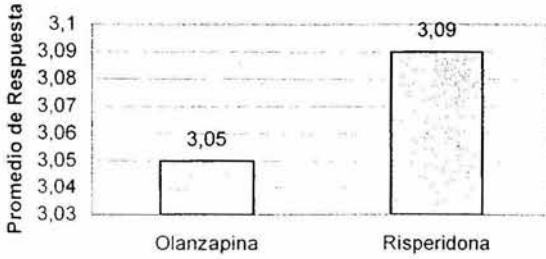
Grupo de Pacientes con Tratamiento

**Gráfica 4.** Comparación de promedio de respuesta, en el grupo tratado con Olanzapina versus Risperidona en la subescala de Función Física



Grupo de Pacientes con Tratamiento

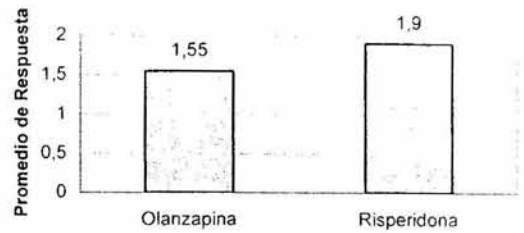
### Salud General



**Gráfica 5.** Comparación de promedio de respuesta, en el grupo tratado con Olanzapina versus Risperidona en la subescala de Salud General

### Grupo de Pacientes con Tratamiento

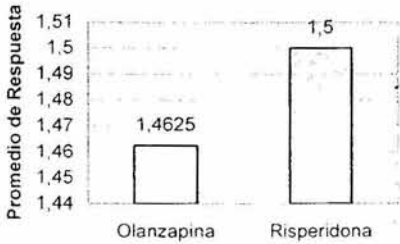
### Transición de Salud



**Gráfica 6.** Comparación de promedio de respuesta, en el grupo tratado con Olanzapina versus Risperidona en la subescala de Transición de Salud

### Grupo de Pacientes con Tratamiento

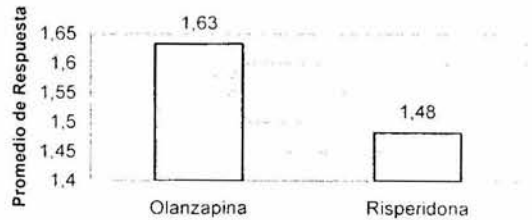
### Rol Físico



**Gráfica 7.** Comparación de promedio de respuesta, en el grupo tratado con Olanzapina versus Risperidona en la subescala de Rol Físico

### Grupo de Pacientes con Tratamiento

### Rol Emocional



**Gráfica 8.** Comparación de promedio de respuesta, en el grupo tratado con Olanzapina versus Risperidona en la subescala de Rol Emocional

### Grupo de Pacientes con Tratamiento

## DISCUSIÓN

Este trabajo evaluó la calidad de vida en un grupo de pacientes adultos con diagnóstico de Esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos, los cuales acudían a control de manera periódica a los servicios de consulta externa y hospital parcial. Dicho grupo estaban recibiendo tratamiento a base de neurolépticos atípicos específicamente Olanzapina y Risperidona.

Se eligieron estos dos fármacos, debido a que actualmente son los que se emplean con mayor frecuencia para tratar a este tipo de pacientes, por las características que poseen; pueden mejorar síntomas positivos y síntomas negativos, no provocan efectos adversos tan frecuentes e intensos como los antipsicóticos típicos.

Se utilizó la encuesta SF-36 de calidad de vida, por ser un cuestionario corto, aplicable a diversos grupos poblacionales, se puede autoadministrar y sus resultados muestran de manera clara los aspectos de salud medidos e incluye aspectos de incapacidad, incomodidad e insatisfacción, lo que permite una mejor evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud.

Esta encuesta ya se encuentra validada previamente como un instrumento útil para comprobar la calidad de vida en diferentes poblaciones, con diferentes áreas geográficas, en distintos períodos cronológicos y en diferentes sistemas de servicios de salud. En este trabajo las dos poblaciones estudiadas mostraron una similitud en estas variables, debido a que se captaron de los servicios de consulta externa y hospital parcial, en donde los pacientes que acuden son seleccionados para su atención (específicamente en el servicio de hospital parcial) debiendo tener las siguientes características: contar con diagnóstico de esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos, escolaridad mínima de secundaria, ser mayores de 18 años, llevar un control y seguimiento constante en estos servicios, tener un familiar responsable que supervisara la ingesta del medicamento. Este grupo de pacientes ya se encontraban con un tratamiento establecido a base de Olanzapina y Risperidona.

La escala de salud y calidad de vida que se aplicó a estos pacientes fue contestada en su totalidad no mostrando dificultad en ninguno de sus parámetros evaluados, los cuestionarios fueron resueltos en un promedio de 10 a 15 minutos.

En otro tipo de trabajos se valora la eficacia de los tratamientos en base a la presencia o disminución de la sintomatología, y en el presente trabajo se abordó de una manera práctica el impacto que tienen en la calidad de vida de los pacientes. Es de extraordinario valor conocer de un modo consistente y confiable la respuesta obtenida al instaurar un tratamiento y evaluarlo comparativamente, para obtener datos de su utilidad y en un futuro, poder elegir el mejor tratamiento para pacientes con esta enfermedad, en base a resultados satisfactorios, obtenidos de la experiencia de un centro hospitalario con la importancia que tiene en México y América Latina.

Este estudio no encontró evidencia para determinar que el tratamiento con Olanzapina versus Risperidona sea de un modo significativamente mejor en cuanto a la modificación en la calidad de vida de estos pacientes, encontrándose solo una pequeña



diferencia en la subescala correspondiente al dolor corporal esto probablemente se encuentra asociado a los efectos secundarios que se presentan en algunos casos como lentitud en los movimientos o rigidez, así como algún efecto sedante, que el paciente lo tradujo como una especie de malestar físico.

En otra parte del estudio se evidenció una pequeña diferencia en la subescala de rol físico, en la cual hubo mejor resultado con Olanzapina esto asociado al predominio de la sintomatología( positiva o negativa ), así como también pudo influir la aparición de mínimos efectos secundarios, lo cual no limitó a los pacientes en llevar a cabo sus actividades cotidianas.

Los resultados obtenidos no muestran que exista diferencia a favor de alguno de los dos tratamientos, ambos modifican la calidad de vida de manera similar, por lo que se deberán realizar mas estudios en series de pacientes mas grandes, por períodos de tiempo mas prolongados, aplicar estudios prospectivos, aleatorizados y correlacionar con otras variables que indirectamente modifiquen la calidad de vida.

## CONCLUSIONES

Este estudio permitió comprobar que la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia se modifica satisfactoriamente cuando reciben tratamiento con antipsicóticos atípicos.

La calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia se pudo evaluar de manera practica y eficaz con la encuesta SF-36.

No se encontró una diferencia significativa en la respuesta al tratamiento con Olanzapina versus Risperidona.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.AARONSON, N.K; ACQUADRO, C.M. International quality of life assessment (IQOLA) project. *Qual life Rev.* (1992), 1; 349-351
- 2.ALONSO; PRIETO, L; ANTON, J.M; The Spanish Survey; An. Instrument for measuring clinical results. *Med. Clin.* (1985), 104(20) 771-777.
- 3.AMADOR, X. F; FLAUM, M; ANDREASEN, N. C y cols. (1994) Awareness of illness in schizophrenia and mood disorders *Archives of General Psychiatry.* 51, 826-836.
- 4.BROWNE, S; GARAVAN, J; GERVIN, M; y cols (1998) Quality of life in schizophrenia: insight and subjective response to neuroleptics. *Journal of Nervous and Mental Disorders;* 186, 74-78.
- 5.CALMAN, K.C; (1984) Quality of life in Cancer patients. An. Hypothesis. *Journal of Medical Ethics,* 10, 124-127.
- 6.CHAMBON, O; ECKMAN, T; TRINH, A; LIBERMAN, R.P; Social skills training as a way of improving quality of life among chronic mentally ill patients: presentation of a theoretical model. *European Psychiatry.* 7; 213-220.
- 7.ELKINTON, J.R. (1960) Medicine and the quality of life. *Annals of International Medicine,* 64, 711-714.
- 8.EY, HENRY; BERNARD, P; (1980) *Tratado de Psiquiatría* , Editorial Masson , 8ª.edición, 52-66.
- 9.FEINSTEIN, A.R; (1985) *Clinimetrics.* Yale New Haven Press.
- 10.GUYATT, G.H; FEENEY, D.H; PATRICK, D.L; Measuring health related to quality of life. *Ann. Intern. Med.*(1993),118:622-629.
- 11.HERRERA, E, M. (2003) *Esquizofrenia una revisión.* Intersistemas, 1-12.
- 12.LARA-MUÑOZ, M. C; PONCE DE LEON, S. E; DE LA FUENTE, J. R (1996) Desarrollo de un instrumento para medir la calidad de vida de pacientes con cáncer. *Salud Mental,* 19; 30-35.

13. LEHMAN, A. (1983) The well-being of chronic mental patients. Assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry*, 40; 369-373.
14. LEHMAN, A.F; WARD, N.C; LINN, L.S (1982) Chronic mental patients: the quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 139; 1271-1276.
15. MALM, U; MAY, P.R; DENCKER, S.J. (1981) Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: a checklist. *Schizophrenia Bulletin*, 7; 477-482.
16. MC. HORNEY, CA; KOSINSKI, M; WARE, J.E. The MOS 36-item shorth form health survey (SF-36) III; Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med. Care*, (1994); 32(1); 551-567.
17. PATRICK, D.L; BERGNER, M. (1990) Measurement of health status in the 1990's. *Ann. Rev. Public Health*, 11; 165-183.
18. RUIZ DE CHAVEZ M, MARTINEZ- NARVÁEZ G; CALVO-RIOS, J; LARA-CARRERO; R y cols. Bases para la evaluación de la atención de las unidades médicas del Sector Salud. *Salud Pública Mexicana*. (1990); 32(2); 156-169.
19. SKANTZE, K; MALM, U, DENCKER, S. J; (1992) Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *British Journal of Psychiatry*; 161, 797-801.
20. ALE-TONEY,S; DURAN-ARENAS. La medición del estado de salud de la población, una actividad fundamental para los servicios de salud. *Salud Publica Mexicana*. (1985); 27(2) : 116-123.
21. VORUGANTI, L. N; HESLEGRAVER, R; AWAD, E. G; SEEMAN, M. V. (1988) Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with. The question of reliability. *Psychological Medicine*; 28, 165-172.
22. WARE, J. E; (1984) Conceptualizing Disorders impac and treatment outcomes. *Cancer*, 53, 2316-2323.
23. WARE, J. E; SF-36 Health survey manual and interpretation guide Boston; the health Institute. New England Medical Center. 1993.
24. WARE, J. E Jr. The Status of health assessment. (1994), *Ann. Rev. Public Health*, 16:327-354.

25. WARE, J; KELLER, S; GANDEK, B; BRAZIER, J; SULLIVAN; M. The IQOLA, Project Group Evaluating translation of health status questionnaires: Methods from the IQOLA Project. *Int. J. Technol. Assess Health Care* (1995); 11(3): 525-551.

26. MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. DSM IV Ed. Masson .1995.