



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ**

**“CALIDAD DE VIDA Y DIAGNÓSTICO DE DISCINESIA TARDÍA ASOCIADA A  
NEUROLÉPTICOS, EN POBLACION DE LA CLINICA DE GERIATRIA DEL  
HOSPITAL FRAY BENARDINO ALVAREZ”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER ES DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA  
PRESENTA:**

**Isaac Durán Segundo.**

**ASESOR:**

**Dr. Francisco Franco López Salazar.**

**MÉXICO. D.F. 2011.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

---

## **CONTENIDO**

### **Resumen**

#### **1. Introducción**

#### **2. Marco Teórico**

Discinesia Tardía

Nivel de funcionamiento

Discapacidad

#### **3. Justificación, planteamiento e hipótesis**

#### **4. Objetivo, material y métodos**

#### **5. Análisis estadístico y resultados**

#### **6. Discusión**

#### **7. Conclusiones**

#### **8. Bibliografía**

#### **9. Apéndice i. Ficha de identificación.**

**Apéndice ii. WHOQOL**

**Apéndice iii. AIMS**

**Apéndice iv. Consentimiento informado**

---

## **AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA.**

A mi madre,  
a mi esposa,  
a mis hijos,  
a mis maestros y pacientes.

Con agradecimiento a todas las personas  
que contribuyeron en el logro de este trabajo.

---

## INTRODUCCIÓN.

La salud en la población geriátrica está siendo cada vez más relevante dentro de nuestro país consideraron que este grupo etario va en aumento. Si consideramos la población geriátrica portadora de enfermedad mental, la medición y definición tanto de salud como de calidad de vida, es una tarea compleja y representa desafíos prácticos y metodológicos. En esto radica que conceptos tan subjetivos como la calidad de vida comiencen a estudiarse con más detenimiento en los últimos tiempos, considerándola como un indicador de costo-beneficio para los usuarios de servicios psiquiátricos (Rosenheck, 2007).

Los síndromes tardíos en el paciente geriátrico comprenden *un grupo de trastornos constituidos por movimientos involuntarios anormales, colaterales al uso prolongado de fármacos con acción a nivel del bloqueo de dopamina*, y son más frecuentes durante las últimas décadas debido a que el número de pacientes al que se indica éste tipo de medicamentos es creciente, y de manera paralela también el grupo en el que se compromete la calidad de vida por éste complejo síndrome. De ahí que surgiera en nosotros el interés por investigar y conocer el fenómeno en nuestro medio, además de que al revisar la literatura mundial sobre el tema, encontramos que la información disponible proviene principalmente de estudios europeos y estadounidenses, y no hay datos disponibles en población mexicana en edad geriátrica y portadora de psicopatología.

---

## **MARCO TEÓRICO.**

El tratamiento de la esquizofrenia y de otros trastornos relacionados se revolucionó en los años cincuenta con la introducción de los medicamentos neurolépticos (o antipsicóticos). Estos medicamentos son efectivos en el control de síntomas floridos de las psicosis, como percepciones anormales (alucinaciones), trastornos del pensamiento (manifestadas en conductas erráticas) y creencias falsas fijas (delirios). El tratamiento de mantenimiento con neurolépticos se asocia a un riesgo reducido de recidiva (Schooler 1993). Sin embargo, los medicamentos neurolépticos se han asociado con diversos efectos adversos que tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes que toman estos medicamentos. Además, estos efectos adversos pueden llevar a los pacientes a un cumplimiento deficiente del tratamiento con neurolépticos y, así, finalmente, a un aumento del riesgo de recidiva (Barnes 1993). Algunos de los efectos adversos más problemáticos asociados con los fármacos neurolépticos incluyen los trastornos del movimiento, entre ellos la discinesia tardía.

### **DISCINESIA TARDÍA.**

La discinesia tardía (DT) es un trastorno del movimiento asociado con el uso de neurolépticos que se caracteriza por movimientos anormales, repetitivos e involuntarios y se definen como la presencia de al menos un movimiento anormal de intensidad media o dos movimientos de intensidad ligera después de la

administración de un tratamiento neuroléptico durante un período de 3 meses como mínimo en ausencia de cualquier otra razón para explicar estos movimientos anormales. La DT tiende a ser una enfermedad crónica de comienzo insidioso, cuya gravedad fluctúa espontáneamente (APA 1992). La mayoría de las veces, los movimientos de la discinesia tardía se localizan alrededor de la boca y la cara (discinesia orofacial) y, con menor frecuencia, en el tronco y las extremidades. La disquinesia orofacial y la disquinesia de tronco y extremidades pueden tener respuestas diferentes al tratamiento (APA 1992, Jeste 1982). La DT se desarrolla después de que una persona ha estado con neurolépticos durante meses o años. El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en la Cuarta Edición (DSM-IV) requiere la exposición de al menos 3 meses, excepto en pacientes geriátricos en los que puede ser un mes. El inicio ocurre mientras el paciente está todavía con manejo antipsicótico o unas semanas después de su retirada (discinesia emergente post-retirada) puede remitir espontáneamente o continuar y hacerse persistente. Para la mayor parte de pacientes, la DT empeora durante su curso y generalmente tiende a mostrar un patrón de fluctuaciones con algunas remisiones espontáneas. La discinesia tardía aparece en más del 20% de las personas que se encuentran bajo tratamiento con neurolépticos de manera continua durante más de tres meses, y todos los años, entre el 4% y el 5% de las personas que toman estos fármacos de manera continua, comienza a mostrar signos de este trastorno del movimiento (APA 1992). La discinesia tardía puede dar lugar a una discapacidad social y física considerable (Barnes 1993). En un estudio de 5 años de Bergen y Col., el 24 % de pacientes mostró un curso fluctuante; el 11 % mejoró, y el 7 % empeoró. Otros reportes mencionan que a partir de los 5 a 10 años, aproximadamente el 50 % de pacientes demuestra una reducción

de síntomas próxima al 50 %. El resultado del manejo de la DT es más favorable en el paciente joven, especialmente si su condición permite que se suprima el antipsicótico. Otros factores de riesgo se reporta por ejemplo en el grupo de Ganzini (1991) en donde encontró que los pacientes diabéticos tienen un riesgo aumentado de movimientos discinéticos espontáneos (el 21 %) y DT (el 79 % contra el 53 % en no diabéticos), con mayor riesgo en la población geriátrica según Woerner y colaboradores.

Muchos pacientes con movimientos anormales (MA) (en donde cabe la Discinesia Tardia) exhiben dificultades en sus actividades de la vida diaria, particularmente en actividades que involucran conductas motoras y un control cognitivo complejo (Leritz y col. 2004). En la DT, la discapacidad, definida como una función deteriorada, está más comúnmente asociada con los deterioros motores (temblor, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural) que representan las características de base de la enfermedad (Weintraub y cols. 2004). A medida que la DT avanza los síntomas se agravan en un curso lentamente progresivo. Permite llevar al paciente durante un cierto tiempo determinadas actividades y luego las restringe paulatinamente (Chouza y cols. 2000). Es así como, por ejemplo, los trastornos de la marcha constituyen uno de los síntomas más comunes en los MA y uno de los principales aspectos limitantes de la autonomía y la calidad de vida de estos pacientes (Fernández del Olmo y cols. 2004), además de guardar una importante relación con el riesgo de caer, especialmente por el fenómeno de congelamiento o bloqueo y la marcha festinante (Cano de la Cuerda y cols. 2004).



---

## **CALIDAD DE VIDA.**

No existe un consenso en la definición de calidad de vida de las personas mayores (Bowling, 1998). Se ha desarrollado una amplia variedad terminológica para definir el concepto de calidad de vida incluyendo: vida satisfactoria, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituyen una "buena vida". En la práctica, el enfoque más común a la hora de medir la calidad de vida de las personas mayores ha sido el utilizar varios tipos de indicadores de vida satisfactoria (e.j. Neugarten y col., 1961). Estos índices exploran dimensiones absolutas y relativas de calidad de vida. Recientemente, se ha producido una mayor concienciación sobre la importancia de un enfoque fenomenológico del estudio de la calidad de vida mediante el cual se pregunta a las personas que den sentido a sus propias vidas en el contexto cultural y de valores en el que viven y en relación a sus propios objetivos en la vida (Bowling, 1998). En este enfoque, la calidad de vida no es sólo multidimensional, sino que también tiene en cuenta la experiencia vital de las personas tal como la interpretan ellas mismas y los demás. En consecuencia, todo análisis cuantitativo debe complementarse con un análisis cualitativo para dar sentido al estudio de la calidad de vida de las personas mayores. Saber qué es lo que le preocupa a la gente es, desde luego, un ejercicio que requiere su tiempo, pero debe hacerse si se quiere dar sentido a la noción de calidad de vida a nivel individual. Esto es especialmente relevante para las personas con demencia que pueden necesitar diferentes tipos de estímulos, para ayudarles a exponer sus intereses y lo que les preocupa.

En síntesis sobre calidad de vida (CV), podemos decir que:

- Es un constructo multidimensional: contiene dimensiones personales tanto como socio-ambientales.
- Ha de contener condiciones e indicadores objetivos y subjetivos
- Es contextual (en relación con el tipo de población y el contexto socio-cultural)
- Ha de tener una consideración nomotética e ideográfica
- Exige conocer la teoría implícita de la población a la que va dirigida, en este caso, de los adultos mayores.

### **CALIDAD DE VIDA Y DISCINESIA TARDIA**

No obstante lo anterior, se ha visto que síntomas no motores, tales como la depresión y el deterioro cognitivo, los que se presentan en un alto porcentaje de la población enferma, contribuyen significativamente al deterioro funcional, además complican el manejo y afectan la calidad de vida de las personas que presenta MA (Weintraub y cols. 2004). Apoyando estos datos Roseheck y cols. Encontraron que el prevenir la aparición de DT mejoraba la calidad de vida, redituando en un mejor costo-beneficio en los tratamientos antipsicóticos de tipo atípico. En el estudio CATIE Swartz y colaboradores (2007) y en el CUtLASS Jones y colaboradores (2006) también se apoyo el uso de antipsicóticos atípicos o de segunda generación para una mejor calidad de vida, percibida por pacientes. Además que los costos percibidos por la familia en razón de mayores cuidados hacia los pacientes que a la

larga presentaban comorbilidad con DT era mayor y a su vez esto era percibido por el paciente como un motivo de pobre sentido a su vida, lo cual forma parte de la calidad de vida (Rössler y cols. 2005, Brown y cols. 2000).

---

## **JUSTIFICACIÓN.**

Dado el progresivo envejecimiento de la población, uno de los objetivos planteados por la OMS para los adultos mayores es mantener su funcionalidad, por lo que se hace necesario antes de intervenir en ellos realizar una evaluación acuciosa de su estado funcional para determinar acciones terapéuticas acordes a las necesidades reales de los pacientes. Según la OMS la evaluación funcional es necesaria dado que el grado de deterioro funcional no puede estimarse a partir de los diagnósticos médicos en un adulto mayor, y el deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para numerosos eventos adversos como las caídas y la institucionalización (OMS 2001).

La Valoración Geriátrica Integral (VGI), la que es un proceso diagnóstico multidisciplinario e idealmente trans-disciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, sociales y psíquicos que puede presentar el anciano, tiene como objeto desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como procurar la óptima utilización de los recursos necesarios para afrontarlos, por lo que su aplicación como herramienta evaluativa cobra gran importancia a la luz de los actuales objetivos planteados en la atención geriátrica, encontrándose entre sus beneficios la mejoría del estado funcional de los pacientes (Marín, 2002).

Ésta VGI debe incluir, además del aspecto biomédico, a aspectos cognitivos, emocionales y funcionales, entre otros, para conseguir una visión integral del paciente geriátrico y toda su problemática (Marín, 2002).

Para una correcta VGI, aparte de utilizar los métodos clásicos como la historia clínica y la valoración física, se usan, como instrumentos más específicos, las escalas de valoración validadas internacionalmente, ya que éstas facilitan la detección de problemas y su evaluación evolutiva. Además, incrementan la objetividad y reproductividad de la valoración y, ayudan a la comunicación-entendimiento entre los diferentes profesionales que atienden a un paciente (Marín, 2002).

En la DT, entidad inducida secundariamente al uso terapéutico de neurolépticos – entre otros medicamentos que pueden causarla – y, más frecuente en la etapa geriátrica, se ha discutido la existencia de una disminución del estado funcional de los afectados, por lo que la VGI cobra vital importancia en ellos a la hora de plantear objetivos de tratamiento para y con los pacientes.

En México existe poca información acerca de la epidemiología de la DT (Chiófalo y cols. 1992; Chaná y col. 1998), y no existen datos sobre el estado en el que se encuentran los pacientes, lo que dificulta la toma de medidas que vayan en su beneficio.

Dado lo anterior, el presente estudio pretendió ser un acercamiento a la CV de los pacientes con DT, evaluando el estado anímico y funcional de ésta población, con el fin de obtener información relevante para los profesionales de la salud que se interesen en trabajar con las personas afectadas por la DT y para el planteamiento de objetivos de tratamiento en éstas personas.

A esto se debe agregar que el estudio se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, institución que agrupa un número importante y creciente de personas afectadas por éste padecimiento, validándose así que la información recogida, a la vez resulta útil para la toma de decisiones administrativo - terapéuticas de la institución, tales como el tipo de profesionales de la salud necesarios para la atención de los pacientes con DT o que talleres implementar, decisiones que van en directo beneficio de las personas afectadas, mejorando así la calidad de vida de los pacientes.

El conocimiento de la frecuencia con que se presenta la merma en la calidad de vida en pacientes geriátricos previamente diagnosticados con DT, permitirá tanto que mejore el enfoque del manejo terapéutico hacia la limitación del daño, como una intervención de prevención primaria en el resto de pacientes psicogeriátricos.

El cuestionario empleado podría emplearse de forma rutinaria para ayudar al clínico a objetivar en la medida posible la “medida” de calidad de vida en los pacientes del servicio.

---

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

¿Cuál es el nivel de Calidad de Vida (CV) en los pacientes portadores y no portadores de DT, ingresados al servicio de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (HPFBA)?

## **OBJETIVOS.**

### **Primarios.**

- Describir con qué frecuencia los pacientes con diagnóstico de DT obtienen puntajes globales en el WHOQOL-100, que corresponden a déficit en CV.

### **Secundarios.**

- Describir las características de la muestra en cuanto a sexo, edad, ocupación y escolaridad.

## **HIPÓTESIS.**

Es frecuente la detección de déficit en CV, conforme al puntaje global obtenido en el WHOQOL-100, por pacientes integrantes de nuestra muestra, internados en psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”



## **METODOLOGÍA.**

**a) Diseño del estudio.** Estudio transversal, prospectivo, descriptivo y observacional.

**b) Sujetos.** Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de DT -establecido previamente-, que cumplieran con los criterios de inclusión de nuestro proyecto y que estuvieran en Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (HPFBA) entre julio y diciembre del 2006, N=61.

Los sujetos de estudio fueron reclutados por el investigador contando con el consentimiento informado de cada uno de los pacientes. (Apéndice 4.)

**c) Criterios de inclusión.** Se incluyó a todos aquellos pacientes de psicogeriatría con diagnóstico de DT ingresados durante el lapso que duró el estudio. De ambos sexos, con edad mayor a 55 años, con tratamiento neuroléptico previo de al menos un mes de duración, con o sin comorbilidad médica, sin presencia de síntomas que los incapacitaran tanto para la entrevista clínica como para la aplicación del instrumento diagnóstico para evaluación de calidad de vida, y que aceptaran participar en el protocolo a través de la carta de consentimiento informado anexa a manera de apéndice en éste trabajo.

**d) Criterios de exclusión.** Se excluyó del estudio a pacientes menores de 55 años de edad, ambulatorios, con cuadros agudizados que afectaran su conducta de modo que no pudieran responder a una entrevista o al cuestionario escrito, y a aquellos que retiraron su consentimiento informado.

## **e) Variables de Estudio (Definición conceptual y operacional)**

### 1. Calidad de vida.

*Definición conceptual:* "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (OMS, 2001).

*Definición operacional:* mediante la escala WHOQOL-100 con un punto de corte de 6.2.

### 2. Edad.

Definida a partir de la edad cronológica del paciente al momento de ingresar al estudio, obteniéndose mediante pregunta directa durante la entrevista clínica a los pacientes examinados, corroborando la información en la revisión posterior de la fecha de nacimiento incluida en cada uno de los expedientes clínicos. El nivel de medición es de tipo dimensional y los resultados serán exhibidos en forma de medias y desviaciones estándar.

### 3. Sexo.

Determinado como "masculino" o "femenino" a partir del género del paciente. Se obtuvo a través del fenotipo (apreciado durante entrevista), además de la revisión de rubro en expediente. El nivel de medición es de tipo categórico y para los resultados se usarán frecuencias y porcentajes.

### 4. Discinesia Tardía (DT).

## Criterios de investigación para Discinesia Tardía inducida por neurolépticos (G24.0)

### Criterios de Schooler-Kane \*

- Por lo menos tres meses de exposición acumulada a neuroléptico.
- Ausencia de otras condiciones patológica que puedan causar movimientos involuntarios.
- Movimientos de severidad leve (resultado de 2 en la AIMS) en por lo menos dos zonas corporales o, movimientos de severidad moderada (resultado de 3 en la AIMS) en un área corporal.

### Criterios diagnósticos del DSM-IV \*\*

- A. Aparición de movimientos involuntarios en lengua, mandíbula, tronco o extremidades, relacionados con la toma de medicamentos neurolépticos.
- B. Estos movimientos involuntarios duran más de 4 semanas y adquieren cualquiera de las siguientes formas: movimientos coreicos, atetósicos o rítmicos.
- C. Los signos o síntomas de los criterios A y B aparecen durante la exposición al fármaco o en las primeras 4 semanas que siguen a su abandono para pautas orales (o en las primeras 8 semanas para pautas depot).
- D. El individuo ha seguido el tratamiento neuroléptico como mínimo 3 meses (o 1 mes en mayores de 60 años).
- E. Los síntomas no se deben a una enfermedad neurológica o médica (p. Ej. Enf. de Huntington, corea de Sydenham, discinesia espontánea, hipertiroidismo, enfermedad de Wilson), dentaduras mal ajustadas o exposición a otros tratamientos que pueden dar lugar a discinesias de carácter agudo y reversible (p. Ej., L-dopa, bromocriptina). Las pruebas que confirman la asociación de los síntomas a alguna de estas etiologías incluye las siguientes: los síntomas preceden a la toma del neuroléptico o se detecta la presencia de signos neurológicos focales inexplicados.
- G. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un trastorno motor agudo inducido por neurolépticos (p. Ej., distonía aguda inducida por neurolépticos, acatisia aguda inducida por neurolépticos).

Referencias:

\* (22)

\*\* (1)

## **g.) Instrumentos clínicos.**

### **Escalas de medición de Calidad de Vida (CV).**

La evaluación de la calidad de vida es sumamente importante, pero difícil de cuantificar objetivamente. La calidad de vida es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad como por los efectos adversos del tratamiento. Las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes, con referencia al inicio de la enfermedad, su diagnóstico y a los cambios de síntomas a través del tiempo. Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones blandas con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. Actualmente contamos con métodos objetivos que mediante cuestionarios generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud. Los instrumentos para medir calidad de vida deben verse como herramientas adicionales del clínico en la evaluación integral del paciente, y en la conducción de ensayos clínicos. Los instrumentos para medir calidad de vida se clasifican en instrumentos genéricos y específicos. Los primeros son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, pero tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es meramente descriptiva. Los instrumentos específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo. Estos nos dan mayor capacidad de discriminación y predicción, y son particularmente útiles para ensayos clínicos. Ambos tipos de instrumentos se analizan en relación con su objetivo, dimensiones y función.

## **WHOQOL-100.**

El WHOQOL-100 consta de 100 ítems que evalúan la calidad de vida percibida por el sujeto. Estructuralmente, se compone de 6 áreas, las cuales a su vez están subdivididas en un total de 24 fases (además de otra que integra la calidad global de vida y la salud general), que son: Salud Física, Funciones Psicológicas, Independencia, Relaciones sociales, Entorno y Espiritualidad – religión - creencias personales. Con punto de corte = 6.2.

El WHOQOL-BREF es una versión reducida del WHOQOL-100 que consta de 26 ítems.

Tanto el WHOQOL-100 como el WHOQOL-BREF tienen una buena validez discriminante y de contenido y una adecuada fiabilidad test-retest. Las puntuaciones en las áreas del WHOQOLBREF se correlacionan con un coeficiente de 0,9 con las del WHOQOL-100. Ambos instrumentos están disponibles en más de 20 idiomas diferentes. La versión idiomática apropiada en cada país, puede obtenerse en cada centro nacional de la OMS.

### **AIMS (Abnormal Involuntary Movement Scale)**

La escala de movimiento involuntarios anormales (The Abnormal Involuntary Movement Scale, AIMS) fue diseñada por Gut en 1976. Posteriormente, Fann y cols realizaron, mediante sistemas de grabación en video, un análisis de la misma.

Su objeto es la valoración de la discinesia en pacientes que reciben tratamiento con neurolépticos. El Instituto Nacional de la Salud Mental, editó unas monografías, donde mostraba el desarrollo de la escala. Posteriormente, en 1980, Munetz y cols, sistematizaron sus condiciones de aplicación y utilización.

### **Procedimiento detallado.**

- ⇒ De inicio se seleccionó el tema de la investigación a realizar, esto en base al interés del investigador principal y al posterior visto bueno por parte del tutor elegido.
- ⇒ Se eligieron las fuentes documentales y se accedió a la información para analizarla de manera crítica y formar juicios bien sustentados.
- ⇒ En seguida se inició la elaboración del protocolo de la investigación a manera de reporte escrito, donde se expuso el tema a desarrollar, el procedimiento a seguir y la metodología tentativa.
- ⇒ Finalizado se presentó al Comité de Bioética e investigación del HPFBA para la aprobación necesaria, luego de la cual se inició el trabajo de campo en el área de internamiento de psicogeriatría, con los pacientes ingresados durante el lapso comprendido por el estudio (julio a diciembre, 2006), que cumplieron con los criterios de inclusión, y a los cuales se les invitó a participar, explicándoseles de manera sencilla pero detallada antes de que dieran su consentimiento informado conforme al formato anexo a manera de apéndice.
- ⇒ Para la aplicación de los instrumentos se explicó de forma simple, clara y concisa tanto lo más relevante sobre la WHOQOL-100, como el procedimiento de aplicación y la traducción clínica de la puntuación obtenida finalmente. Cabe



mencionar que la escala es autoaplicable - aunque puede ser heterodirigida de requerirse -.

- ⇒ Después se revisó expediente clínico para corroborar y/o complementar la información general del paciente.
- ⇒ Se decodificaron los instrumentos empleados y se construyó la base de datos con el programa SPSS 15.0 versión inglés.
- ⇒ Finalmente se estructuraron y elaboraron los productos de la investigación, a través de un reporte escrito, de forma narrativa, dividiéndolo en cuatro ejes: introducción, marco teórico, discusión, conclusiones y referencias documentales.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

Se utilizó el programa SPSS versión 15.0 para la elaboración de la base de datos y el análisis estadístico.

Pruebas de resumen para describir las características sociodemográficas del grupo (promedios, medias, desviación estándar y porcentajes).

Chi cuadrada (análisis de asociación para la prueba de hipótesis) considerando el número detectado de casos con mala calidad de vida y las variables dependientes.

Análisis de correlación de Pearson entre el puntaje obtenido en la sección II de la AIMS y las puntuaciones obtenidas en la WHOQOL-100.

## RESULTADOS

La mayoría de la muestra fue conformada por varones con una 59% (n=36) versus 41% en mujeres (n=25). La mayoría de los participantes se encontraban con conyuge o pareja (65.56%, n=40). Es de resaltar un poco más de la mitad tenían estudios de primaria o eran analfabetas (54.09%, n=35) y que en cuanto a ocupación se encontraron cifras similares entre ama de casa, empleado, jubilado y desempleado. Ver cuadro 1.

**Cuadro 1. Descripción de la población (N=61)**

Variable	Frecuencia
Sexo	
Masculino	36 (59%)
Femenino	25 (41%)
Edad	Rango de 55-85 (promedio 65.8, DS=11.9)
Casado	24 (39.34%)
Divorciado	1 (1.63%)
Soltero	5 (8.19%)
Unión libre	16 (26.22%)
Viudo	15 (24.58%)
Analfabeta	7 (11.47%)
Primaria	26 (42.62%)
Secundaria/Bachillerato	19 (31.14%)
Licenciatura	8 (13.11%)
Postgrado	1 (1.63%)
<i>Ama de casa</i>	15 (24.58%)
<i>Desempleado</i>	20 (32.78%)
<i>Empleado</i>	15 (24.58%)
<i>Jubilado</i>	11 (18.03%)

La mayoría tenía menos de 30 años de esta utilizando el neuroléptico (67.21%, n=41) y también en el uso de un neuroléptico típico (75.40%, n=46).

**Cuadro 2. Descripción de datos clínicos de importancia en el trastorno del movimiento actual (n=61)**

<b>Datos Clínicos</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Años de exposición al NLP</b>	
Menos de 30 años	41 (67.21%)
30 años y más	20 (32.78%)
<b>Numero de Hospitalizaciones HP</b>	
1	21 (34.42%)
2 ó mas	40 (65.57%)
<b>Tipo de NLP en Tx actual</b>	
<i>NLP Típico</i>	46 (75.40%)
<i>NLP Atípico</i>	15 (24.58%)

El diagnostico más frecuente encontrado en nuestra muestra fue de Esquizofrenia (52.45%, n=32), seguido de trastorno bipolar (24.58%, n=15). Ver Cuadro 3.

**Cuadro 3. Diagnóstico Psiquiátrico en Eje I conforme a la MINI.**

Diagnóstico Psiquiátrico	Frecuencia
Esquizofrenia	32 (52.45%)
Otros Trastornos psicóticos	4 (6.55%)
Trastorno Bipolar	15 (24.58%)
Trastorno Depresivo Mayor	10 (16.39%)

Todos los sujetos (n=61) mostraron déficit en la calidad de vida según la valoración global realizada en la WHOQOL, con una media de 3.07 en la calificación obtenida globalmente en dicha escala. La subescala de Incapacidad debida a movimientos anormales (MA) fue en la que mayores puntajes se obtuvieron con una media de 2.73. (Ver cuadro 4).

**Cuadro 4. Resultados obtenidos en segunda sección de la AIMS. Ítems para correlación con áreas de la WHOQOL-100. (n=61)**

Sección evaluada	Rango	Media
<i>Gravedad total de movimientos anormales (MA)</i>	0-4	3.07 (DS=0.27)
<i>Incapacidad debida a MA</i>	0-4	2.73 (DS=0.60)

En el cuadro 5 se describen los resultados obtenidos en el WHOQOL-100, los puntajes generales estuvieron en rango bajo, con un promedio de 2.90 en el global de áreas, y en general con tendencia a mayor afectación en el rubro de Salud Física-Nivel de Independencia (SF-NI).

**Cuadro 5. Resultados por áreas, WHOQOL-100 (N=61)**

<b>Área y faceta evaluada</b>	<b>Rango</b>	<b>Promedio</b>	<b>Desviación estándar</b>
SF-NI *	0-4	.80	1.13
AMBT **	0-3	.49	.86
RS ***	0-5	.90	1.02
Psc-ERCP ****	0-3	.63	.78
<b>Total</b>	0-14	2.90	3.32

\* Salud Física y Nivel de Independencia

\*\* Ambiente

\*\*\* Relaciones Sociales

\*\*\*\* Psicológica/Espiritualidad/Religión/Creencias Personales

En el cuadro 6 observamos que la correlación entre lo obtenido en la sección II de la AIMS y los hitos de calidad de vida, tendieron a la significancia, sin embargo sólo lo fueron los puntajes totales obtenidos en la sección II de la AIMS, con las Relaciones Sociales (RS) ( $p=0.049$ ), la Psicológica/Espiritualidad/Religión/Creencias Personales (Psc-ERCP) ( $p=0.047$ ) y el puntaje conjunto de la WHOQOL-100 ( $p=0.045$ ).

<b>Áreas y Facetas de calidad de vida</b>	Total WHOQOL-100
Psc-ERCP *	$p=0.047$
SF-NI **	$p=0.059$
AMBT ***	<b><math>p=0.051</math></b>
RS ****	$p=0.049$
Total	$p=0.045$

\* Psicológica/Espiritualidad/Religión/Creencias Personales

\*\* Salud Física y Nivel de Independencia

\*\*\* Relaciones Sociales

\*\*\*\* Ambiente

## DISCUSIÓN.

Expertos en Salud Mental han concluido que la reducción en la psicopatología mejora la calidad de vida, sin embargo se tiene que considerar los efectos adversos que muestran los neurolépticos, en particular los llamados *típicos*, hay que hay estudios que han encontrado que la aparición de efectos extrapiramidales y mas a largo plazo de Disquinesia Tardia reducen la Calidad de Vida sin embargo estos resultados no han podido ser replicados (Kilian y cols, 2004; Ristner y cols. 2004). Algunos estudios realizados en personas de la tercera edad respecto a su estado general de salud con antipsicóticos, se han realizado en E.U.A. (Dilip y cols. 1994) en donde se mostro que el estado general del salud percibida era menor si aparecían efectos extrapiramidales o disquinesia tardía, sin embargo en este no se hizo una evaluación forma de calidad de vida.

Al compararse el estado de salud reportado por población abierta en edad geriátrica mexicana a través de la auto percepción, con el de sujetos de otras regiones, se observa un patrón interesante. Los valores mexicanos se encuentran en un término medio entre los que se observan en Brasil, España y Suiza. La percepción del estado de salud en los pacientes geriátricos españoles muestra que reportan su estado de salud como bueno o muy bueno entre el 40 al 50%, mientras que en los de origen suizo esta percepción alcanzó hasta el 87%. Por su parte, en México la percepción positiva del estado de salud (bueno o muy bueno reportado por el 35.6%) es menor que la de esos países europeos pero mayor que la reportan a nivel nacional en Brasil. En ese país cerca del 25% considera que su estado de salud es bueno o muy bueno.



Sin embargo, un aspecto que llama la atención es que entre 1994 y el año 2000 la percepción de mal estado de salud en la población de población geriátrica mexicana se ha incrementado. La proporción reportada en la Encuesta Nacional de Salud de 1994 era que el 14% de la población geriátrica percibieron su salud como mala o muy mala, mientras que en la ENSA 2000 fue de 19.8%.

Las diferencias en la auto percepción de la CV en diferentes países hablan principalmente de la influencia de factores de tipo educativo, socioeconómico y cultural, así como de los niveles de la misma, que existen en las diversas poblaciones lo cual ya ha sido constatado por otros estudios.

No obstante, el incremento en la percepción de mal estado de salud debe ser explicado con base en un análisis más detallado de estos mismos y de los cambios en la sociedad y la economía que ha enfrentado la población mexicana. En este sentido, el presente estudio sugiere la existencia de puntos “comunes” con las experiencias de otros países, así como algunos aspectos que destacan las particularidades del país. Entre los puntos comunes, la edad está directamente relacionada con la mala percepción de la CV, lo que es congruente con la evidencia encontrada en estudios en Europa y en Brasil en los que se presentan que conforme avanza la edad el estado de salud se va deteriorando. En forma similar a lo que ocurre en otros países, la excepción es el grupo de 90 años y más, en donde encontrase un incremento de la percepción de buen estado de salud, la cual es cercana al 20%.

*Estos resultados permiten señalar que los pacientes geriátricos mayores a los 90 años de edad, son el grupo que a través de los años ha sido sujeto a una selección natural por lo cual los sobrevivientes tienen a ser más saludables.* La escolaridad es un aspecto importante en la percepción del estado de salud, de la misma forma que lo

han señalado otros estudios, los individuos tienden a percibir mejor su salud cuando tienen un mayor nivel de estudios.

Los resultados sugieren que las condiciones sociodemográficas y de salud de las mujeres son considerablemente inferiores a las que reportan los hombres, lo que una vez más concuerda con lo observado por otros autores en otros países. Las mujeres a diferencia de los varones, tienen una expectativa de vida mayor, por lo cual son en mayor proporción viudas. Además, sólo el 10% de éstas cuenta con trabajo remunerado y si a esto sumase que más del 50% son jefes de familia, esto las coloca en una franca situación de desventaja. No obstante que en este estudio no se midieron todos los factores potenciales asociados al estado de salud de las mujeres del país en edad geriátrica, los resultados aportan elementos para futuras investigaciones. Como ejemplo están en los resultados de estudios hechos por Lahelma y Emslie en los que se concluyó que en condiciones laborales similares las diferencias en el estado de salud son menores entre ambos sexos.

En la misma línea, de acuerdo con los hallazgos de la presente investigación, son también las mujeres quienes reportan en mayor proporción problemas de salud. Estas variables se destacan dentro de los principales factores que explican que el sexo femenino este asociado a una mala percepción de estado de salud, lo cual también ha sido planteado por otros autores. La morbilidad tanto aguda como crónica así como presentar alguna discapacidad o limitación física o mental de por sí son factores relacionados con un mal estado de salud, resultados consistentes con otros estudios.

En los últimos años, las encuestas de salud desarrolladas en diversos países se han utilizado como instrumentos valiosos que permiten tanto conocer el estado de salud de la población, como hacer estimaciones de la variación en la CV en la población

geriátrica y de otros grupos etarios mexicanos. En este tipo de estudios se toma en cuenta la declaración que el sujeto hace sobre la percepción de su salud, y a pesar de que está muy relacionada con la morbilidad clínica, está influida también por aspectos de tipo sociocultural y emocional. Además, hay una valoración tanto subjetiva como global que los individuos hacen sobre su estado de funcionamiento físico, mental y social y que incluye la percepción de pequeñas variaciones de tipo fisiológico, posturas negativas o positivas en la vida y, disposición de conductas saludables.

A pesar de que son percepciones personales las que cada paciente geriátrico hace de su salud, algunos estudios han mostrado que la morbilidad que perciben coincide en dos terceras partes con la diagnosticada por los profesionales de la salud. Es por esas razones, que los resultados del presente estudio tienen limitaciones, siendo necesario que otras investigaciones destaquen las variables más fuertemente asociadas a mala percepción del estado de salud (las de morbilidad): crónica, aguda y de funcionamiento. Esta información debe ayudar a la toma de decisiones relacionadas con acciones y programas concretos de atención médica y social de los ancianos con trastornos mentales que ameriten manejo antipsicótico en México. De la misma forma, auxiliar a la definición de una agenda de líneas de investigación sobre la población geriátrica enferma, que permita responder de mejor forma a los retos que los sistemas de salud de países de ingresos medios enfrentan y enfrentarán con mayor intensidad en los próximos 15 años.

Con ésta investigación se pretende originar el interés por estudiar a ésta población dado que existen muy pocos estudios en la literatura mundial y ninguno en México. Para futuros estudios será importante obtener muestras más numerosas que permitan

extrapolar los resultados obtenidos a la población general, también el que fuera de tipo longitudinal para incrementar la fortaleza metodológica de la investigación.

Partiendo de que el objetivo de nuestro estudio consistió en determinar la presencia de sub-diagnóstico de merma en calidad de vida asociadas a síndromes motores tardíos, se cumplieron las expectativas al haberse comprobado la hipótesis de trabajo.

## CONCLUSIONES

- 1) En una muestra de 61 adultos geriátricos mexicanos, pacientes hospitalizados en el HPFBA y, que previamente habían sido estudiados, dictaminándoles la presencia de DT, se encontró un déficit en la calidad de vida en toda la muestra.
- 2) Nuestro estudio es valioso porque no existen muchos estudios formales similares tanto en el mundo, y ninguno en México, debido a que la mayoría de éste tipo de estudios se han sido hechos en poblaciones con síndromes parkinsónicos de otra etiología.
- 3) Queda entonces como parte de los aportes de esta investigación el insistir en el uso de fármacos que no condicionen por sus efectos colaterales a estados de incapacidad, que son los que particularmente disminuyen la calidad de vida en global.
- 4) Las debilidades que muestra el estudio es que se trata de una muestra pequeña y en población propia de la consulta externa de un Hospital psiquiátrico por lo que sería interesante llevar a cabo un estudio similar con una muestra mayor, que fuera comparativo y en población abierta o que acuden a consulta externa en un primer nivel.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Trends in aging: United States and worldwide. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2003;52:101-4,106.

Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública.* 2005;17(5-6):333-41.

American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edn. American Psychiatric Association: Washington, DC.

American Psychiatry Association. Tardive dyskinesia: a task force report of the American Psychiatric Association. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1992.

Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: the new paradox? *Soc Sci Med.* 1999;48:61-76.

Aspiazu Garrido M, Cruz Jenfoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Valero de Bernabé FA. Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76(6):683-99.

Bath PA. Differences between older men and women in the self-rated health -mortality relationship. *Gerontologist*. 2003;43:387-95.

Barnes TRE, Edwards JG. In: Barnes TRE, editor(s). Antipsychotic drugs and their side-effects. Vol. I. CNS and neuromuscular effects, London: Harcourt Brace & Company, 1993.

Bonomi AE, Donald PL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol* 2000;53:71-112.

Borges-Yañez SA, Gómez-Dantés H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública Méx.* 1998;40:13-23.

Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Soc Sci Med*. 2004;58:1869-87.

Bowling, A. (1998). *Medir la Salud: Un Repaso a las Escalas para medir la Calidad de Vida*. Buckingham. Open University Press

Bronskill SE, Anderson GM, Sykora K, et al. Neuroleptic drug therapy in older adults newly admitted to nursing homes: incidence, dose, and specialist contact. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52(5):749-55.

Bush TL, Miller SR, Golden AL, Hale WE. Self-reported and medical record report agreement of selected medical conditions in the elderly. *Am J Public Health*. 1989;79:1554-6.

Dachs JN, Ferrer M, Florez CE, Barros AJ, Narváez R, Valdivia M. Inequalities in health in Latin American and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;11(5-6):335-55.

Damian J, Ruigomez A, Pastor V, Martín-Moreno JM. Determinants of self assessed health among spanish older people living at home. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53:412-6.

Discinesias tardías y antipsicóticos: una revisión. M. Llorca, a I. Chereau, a F-J. Bayleb y C. Lanconc *Eur Psychiatry Ed. Esp.* (2002); 9: 359-369.

Dilip V, Enid M, Jackuelin H, et. al. Convetional vs. newer Antipsychotics in Ederly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 1999; 7: 70-76.



Emslie C, Hunt K, Macintyre S. Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full time bank employees. *Soc Sci Med*. 1999;48:33-48.

Fann WE, Stafford JR, Malone RL, Frost JD Jr, Richman BW. Clinical Research Techniques in Tardive Dyskinesia. *A. J Psychiatry* 1977; 134(7): 759-62.

Gill T, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of life measurements. *JAMA* 1994;272:619-625.

Gazini L, Heintz RT, Hoffman WF, Casey DE: The prevalence of tardive dyskinesia in neuroleptic-treated diabetics: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:259-263

Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised ed. Washington, DC, US Department of Health Education, and Welfare, 1976.

Jeste DV, Wyatt RJ. Understanding and treating tardive dyskinesia. New York: Guilford Press, 1982.

Kane JM, Woerner M, Lieberman J. Tardive dyskinesia: prevalence, incidence, and risk factors. *J Clin Psychopharmacol* 1988; 8: 52S-56S

Kane JM. A prospective study of tardive dyskinesia in the elderly (Abstracts en: Syllabus and Proceedings of the 1999 of the American Psychiatry Association Annual Meeting; Mayo 15-20, 1999; Washington D.C. Abstrac NO32C:79.

Kilian R, Dietrich S, Toumi M, et. al. Quality of Life of persons with Schizophrenia in out-patient treatment with first- or second generation antipsychotics. *Acta Scandinavica*; 2004; 24:110:108-118.

Kunst AE, Geurts JJ, Van den Berg J. International variation in socioeconomic inequalities in self reported health. *J Epidemiol Community Health*. 1995;49:117-23.

Lahelma E, Martikainen P, Rahkonen O, Silventoinen K. Gender differences in ill health in Finland: patterns, magnitude and change. *Soc Sci Med*. 1999;48:7-19.

Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003;1:735-43.

Lima-Costa MF, Firmo JO, Uchoa E. The structure of self-rated health among older adults: the Bambui health and ageing study (BHAS). *Rev Saúde Pública*. 2004;38:827-34.

Lindgren AM, Svardsudd K, Tibblin G. Factors related to perceived health among elderly people: the Albertina Project. *Age Ageing*. 1994;23:328-33.

McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS-36-item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinic tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993; 31(3): 247-63.

McHorney CA. Measuring and monitoring general health status in elderly persons: practical and methodological issues in using the SF-36 Health Survey. *Gerontologist* 1996; 36: 571-583.

Munetz MR, Benjamin S. How to examine patients using the Abnormal Involuntary Movement Scale. *Hospital and Community Psychiatry* 1988; 39(11): 1172-7.

Naumann VJ, Byrne GA. 2004. WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression. *Int Psychogeriatr* 16: 159–173.

National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch. Development of a dyskinetic movement scale: Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS). Early Clinical Drug Evaluation Unit. *Intercom*, vol 4, nº 1, January 1975.

Neugarten, B.L., Havighurst, R.J. y Tobin, s.S. (1961). *Medición de una vida satisfactoria*. Periódico de Gerontología, 16: 134-43.

Ristner M, Gibel A, Perelroyzen G, et. al. Quality of Life outcomes of risperidone, olanzapine and typical antipsychotics among schizophrenia patients treated in routine clinical practice. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2004; 24: 582-591.

Rohlfs I, De Andrés J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido por las mujeres. *Med Clin (Barc)*. 1997;108:566-71.

Rosenheck R. Evaluating the cost-effectiveness of reduce tardive dyskinesia with second-generation antipsychotics. *British Journal of Psychiatry*; 2007: 191, 238-245.

Seculi E, Fuste J, Brugulat P, Junca S, Rue M, Guillen M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gac Sanit*.2001;15:217-23.

Simpson G. The treatment of tardive dyskinesia ad tardive dystonia. *J Clin Psychiatry* 2000;61(Suppl. 4):39-44.

Schooler NR, Keith SJ. Clinical research for the treatment of schizophrenia. *Psychopharmacology Bulletin* 1993;29:431-46.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects, 1990. New York; 1991.

Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica Mex* 2002;44:448-463.

Ware JE. Standards for validating health measures: definition and content. *J Chronic Dis.* 1987;40:473-80.

Williams JI. Reflections on assessing quality of life and the WHOQOL-100 U.S. version. *J Clin Epidemiol* 2000;53:13-17

Woerner MG, Alvir JM, Saltz BL, Klein ST, et al. Prospective study of tardive dyskinesia in the elderly rates and risk factors. *The American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 1521-1528.

World Health Organisation Quality of Life Group. 1998. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychologic Med* 28: 551–558.

World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Geneva, 1996.

Yassa R, Nair RP. A 10-year follow-up study of tardive dyskinesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992; 86: 262-266.

Zunzunegui MV, Béland F. La salud de las personas mayores de Leganés. *Rev Gerontol.* 1995;5:245-58.

Zúñiga AM, Carrillo JGT, Fos PJ, Gandek B, Medina MRM. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36. Resultados preliminares en México. *Salud Publica Mex* 1999;41:110-118.

## APÉNDICE 1. Ficha sociodemográfica.

Nombre:

Expediente:

Sexo: M: 1 F:2

Edad: Años

Edo. Civil: S:1 C:2

Escolaridad: Años completados (desde el inicio primaria)

Ocupación: 1: Empleado 2: Desempleado

Edad de inicio de padecimiento actual:

Tratamiento farmacológico actual: (describirlo)

Consumo de sustancias (alcohol, benzodiazepinas, tabaco, café): 1: SI 2: NO

## APÉNDICE 2. Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL).

### 1. Período cubierto por la valoración (marcar el recuadro apropiado)

Actual \_

Último mes \_

Último año \_

Otro período (especificar): \_\_\_\_\_

### 2. Áreas específicas de funcionamiento (marcar con un círculo la cifra apropiada):

#### A) Cuidado personal

Se refiere a la higiene personal, forma de vestirse, forma de alimentarse, etc. Ninguna discapacidad Discapacidad máxima  
Funcionamiento con ayuda

#### B) Funcionamiento ocupacional

Se refiere al funcionamiento esperado en actividades remuneradas, estudios, labores domésticas, etc. Ninguna discapacidad Discapacidad máxima  
Funcionamiento con ayuda

#### C) Funcionamiento familiar

Se refiere a la interacción esperada con el cónyuge, los padres, los hijos, y otros familiares. Al puntuar, prestar especial atención a lo que realiza el paciente en el contexto en el que vive. Ninguna discapacidad Discapacidad máxima  
Funcionamiento con ayuda

#### D) Funcionamiento en el contexto social amplio

Se refiere a las actividades que se espera que realice el enfermo como miembro de una comunidad, su participación en el ocio, y en otras actividades sociales. Ninguna discapacidad Discapacidad máxima  
Funcionamiento con ayuda

### 3. Duración total de la discapacidad (marcar el recuadro apropiado)

Menos de un año \_

Un año o más \_

Desconocida \_



#### **4. Capacidades específicas**

Algunos pacientes pueden tener una alta puntuación de discapacidad en una o más de las áreas arriba mencionadas y, sin embargo, pueden presentar habilidades específicas que son importantes para el manejo y el cuidado del funcionamiento del individuo en la comunidad o en la familia. Ejemplos de ello pueden ser: la habilidad para tocar un instrumento musical, la buena apariencia, la fuerza física, sentirse cómodo en reuniones sociales, etc. Marcar aquí si existen habilidades específicas y describirlas:

---

---

### **APÉNDICE 3. Escala de Movimientos Involuntarios Anormales (Abnormal Involuntary Movement Scale, AIMS).**

#### **Instrucciones.**

**Antes o después de completar el examen, observe al paciente no interfiriendo el descanso (p. ej., en la sala de espera).**

**La silla para ser utilizada en este examen debería ser dura, firme, sin brazos.**

1. Pregunte al paciente si tiene alguna cosa en su boca (como chicle o caramelo) y, si es así, que lo saque.
2. Pregunte por el estado *actual* de la dentadura del paciente. Pregunte si lleva dentadura postiza. Pregunte si los dientes o la dentadura molestan al paciente *ahora*.
3. Pregunte al paciente si nota algún movimiento en su boca, cara, manos o pies. Si es así, invite al paciente a describirlos y a indicar hasta qué grado *actualmente* molestan al paciente o interfiere con actividades.
4. Indique al paciente que se siente en la silla con las manos en las rodillas, las piernas ligeramente separadas y los pies apoyados en el suelo. (Mire todo el cuerpo para detectar movimientos del paciente en esta posición.)
5. Invite al paciente a sentarse con las manos colgando – si es hombre, entre sus piernas, si es mujer y lleva un vestido, que las deje suspendidas sobre sus rodillas. (Observe las manos y otras áreas del cuerpo.)
6. Invite al paciente a abrir su boca. (Observe la lengua en reposo dentro de la boca.) Hacer esto dos veces.
7. Invite al paciente a sacar su lengua. (Observe anomalías del movimiento de la lengua.) Hacer esto dos veces.
8. Invite al paciente a golpear el dedo gordo con cada dedo tan rápidamente como sea posible durante 10 a 15 segundos, primero con la mano derecha, después con la mano izquierda. (Observe los movimientos faciales y de las piernas.) [activado]
9. Flexione y extienda los brazos izquierdo y derecho del paciente, uno cada vez.
10. Invite al paciente a levantarse. (Observe el perfil del paciente. Observe todas las áreas corporales, incluso las caderas.)
11. Invite al paciente a extender los brazos hacia el frente, con las palmas hacia abajo. (Observe el tronco, piernas y boca.) [activado]
12. Indique al paciente que camine unos pocos pasos, gire y vuelva a la silla. (Observe las manos y la marcha.) Esto dos veces. [activado]

**Calificación.** Para las puntuaciones del movimiento (las tres primeras categorías de abajo), evalúe la mayor gravedad observada. Se resta un punto si los movimientos son vistos *solamente en activación*.

- 0. No
- 1. Mínimo/extremo normal
- 2. Leve
- 3. Moderado
- 4. Grave
- NA. No valorable/no aplicable

### **Movimientos faciales y orales**

1. Músculos de expresión facial. Ej.: movimientos de la frente, cejas, área periorbitaria, mejillas; incluye fruncir el ceño, parpadear, hacer muecas con la parte superior de la cara.

**0 1 2 3 4 NA**

2. Labios y área perioral. Ej.: fruncir, hacer muecas, hacer pucheros.

**0 1 2 3 4 NA**

3. Mandíbula. Ej.: comiendo, apretando, masticando, abrir la boca, movimiento lateral.

**0 1 2 3 4 NA**

4. Lengua. Puntúe solamente aumento en ambos movimientos dentro y fuera de la boca, no la incapacidad para mantener el movimiento.

**0 1 2 3 4 NA**

### **Movimientos de las extremidades**

5. Superiores (brazos, muñecas, manos, dedos). Incluyendo movimientos coreicos (p. ej., rápido, objetivamente a propósito, irregular, espontáneo), movimientos atetoides (p. ej., lento, irregular, complejo, serpenteante). *No incluye temblor* (p. ej., repetitivo, regular, rítmico).

**0 1 2 3 4 NA**

6. Inferiores (piernas, rodillas, tobillos, dedos del pie). Ej.: movimiento lateral de rodilla, golpeando con el pie, dejando caer el talón, retorciendo el pie, inversión y eversión del pie.

**0 1 2 3 4 NA**

### Movimientos del tronco

7. Cuello, hombros y caderas. Ej.: balanceo, torsión, retorciendo, giros pélvicos.  
**0 1 2 3 4 NA**

### Juicio global

8. Gravedad total de movimientos anormales.

**0 1 2 3 4 NA**

9. Incapacidad debida a movimientos anormales.

**0 1 2 3 4 NA**

10. Conciencia del paciente de movimientos anormales. Puntúe solamente el informe del paciente.

**0. No conciencia**

**1. Conciencia, sin malestar**

**2. Conciencia, malestar leve**

**3. Conciencia, malestar moderado**

**4. Conciencia, malestar grave**

### Estado dental

11. Problemas actuales con dientes y/o prótesis. **SÍ NO**

12. ¿Está gastada la dentadura habitualmente? **SÍ NO**

## **APÉNDICE 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

### **Calidad de vida en un grupo de pacientes psicogerítricos internados, en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.**

Esta carta es una invitación a participar en un proyecto de investigación que nos permitirá detectar mejor una condición psiquiátrica conocida como merma en calidad de vida. Se le invita a usted a participar porque participó previamente en la investigación para determinar la presencia o ausencia de discinesia tardía, efectuado en este hospital y, durante su actual internamiento. Las pruebas a realizar ayudarán a entender mejor y de manera integral su problema.

Si usted tuviera una merma en la calidad de vida y no se detectara inicialmente, se retrasaría el enfoque adecuado para tratar ésta condición y, mientras éste no se dé, el paciente puede seguir la evolución natural del menoscabo a la calidad de vida aunque ya este siendo atendido por un médico calificado, prolongando su sufrimiento y entorpeciendo su curación.

En caso de que usted amablemente decida ayudarnos con esta investigación, le pediremos que acepte una nueva entrevista, más enfocada a los trastornos de la calidad de vida únicamente, y que responda a 1 escala para saber si cumple con ciertas condiciones o no. Se calcula que esto tomará como máximo 30 minutos de su tiempo. Usted será escuchado y atendido por un profesional durante todo el procedimiento.

Toda la información que usted comparta con nosotros será estrictamente confidencial y anónima, y será usada EXCLUSIVAMENTE para esta investigación. Usted se beneficiará de un diagnóstico clínico más oportuno y de mejores posibilidades de recuperación. En cualquier momento puede hacer preguntas sobre el procedimiento y en caso de desacuerdo podrá retirar su participación en el momento que usted lo deseé.

---

**Nombre y firma del paciente**

---

**Nombre y firma del entrevistador principal.**

---

**Nombre y firma de testigo**

---

**Nombre y firma de testigo**

**Fecha:** \_\_\_\_\_