



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Título: Estudio comparativo del nivel de Calidad de Vida en dos grupos de pacientes con el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, que asisten al servicio de Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT) del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Presenta la Tesis para obtener el Diploma de Especialista en Psiquiatría:

Dra. Ana Lizeth Peraza Noriega RIV

Dr. J. Horacio Reza Garduño Treviño

Asesor Teórico

Mtra. Psic. Janet Jiménez Genchi

Asesor Metodológico

México, D.F. Junio del 2013



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.

Agradecimientos

El presente trabajo no es solo una tesis para obtener un título como Psiquiatra, significa más que eso, es el concluir una etapa de mi formación para iniciar realmente la especialidad que me ha hecho crecer como médico, pero sobre todo como ser humano.

Agradezco a Dios que me ha permitido llegar hasta aquí, darme salud y todos los recursos necesarios para servir a mis pacientes.

A mi familia, principalmente a mis padres por su apoyo incondicional desde que decidí iniciar esta travesía en la carrera de Medicina, porque por ellos soy quien soy y sé a dónde quiero llegar. A mis hermanos por estar conmigo aún en la distancia.

A mi compañero de vida, mi esposo Rodrigo, por su amor eterno, gracias por no soltar mi mano y apretarla cuando más lo necesito.

Al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, por ser mi segunda casa desde hace cuatro años y para el resto de mi vida. A los directivos y al departamento de Enseñanza, gracias por apoyarme en todo momento. A mis adscritos, supervisores y tutores porque han sido mi fuente de conocimiento.

A mis asesores de tesis, Dr. Horacio Reza y Mtra. Janeth Jiménez, por compartir conmigo su valioso tiempo, dedicación, experiencia y acertados comentarios. Fue un honor trabajar con ustedes.

A mis compañeros residentes, porque de cada uno he aprendido algo distinto, por su amistad y compañerismo.

Y por quienes estoy aprendiendo y siempre estaré entregada a esta profesión, **mis pacientes.**

Índice	página
Introducción	1
Marco Teórico: Antecedentes y Marco Conceptual	3
Método	12
Justificación	12
Planteamiento del Problema	13
Objetivo General y Específico	13
Hipótesis	14
Variables: Dependiente, Independiente	14
Muestra	14
Sujetos	14
Criterios de Selección: Inclusión, exclusión y eliminación	14
Tipo de Estudio	15
Instrumentos de Evaluación y Medición	15
Procedimiento	18
Análisis Estadístico	19
Resultados	19
Discusión	27
Conclusiones	32
Referencias	34
Anexos	37
Consentimiento Informado	
Instrumentos de Medición	
Autoevaluación de Calidad de Vida	

Lista de tablas, gráficas y abreviaturas

Figura 1 Distribución demográfica por sexo

Figura 2 Distribución demográfica por escolaridad

Figura 3. Distribución Demográfica por tipo de medicación.

Figura 4. Autoevaluación de Calidad de Vida

Figura 5. Autopercepción de Salud Actual

Figura 6. Autopercepción de salud en comparación de un año atrás.

Figura 7. Tabla comparativa entre ambos grupos por área de Calidad de Vida (InCaViSa) aplicando la Prueba T de Student

Figura 8. Gráfica comparativa de medias en las áreas de Calidad de Vida (InCaViSa)

Abreviaturas.

CAT.- Clínica de Adherencia Terapéutica

InCaViSa.- Inventario de Calidad de Vida y Salud

HPFBA .- Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

OMS.- Organización Mundial de Salud

ONG.- Organización No Gubernamental

Resumen

Introducción: La concepción de Calidad de Vida en la medicina actual refleja la necesidad del enfoque biopsicosocial en la salud. En la esquizofrenia, así como en otras psicosis crónicas, la calidad de vida se ve afectada frecuentemente como resultado de los síntomas psicóticos, la cronicidad, la frecuencia de las recaídas, la limitación de los tratamientos antipsicóticos, la frecuente carencia de programas de rehabilitación adecuados y las malas condiciones de vida. En el presente trabajo se evaluó la calidad de vida de los pacientes con el diagnóstico de Esquizofrenia antes de iniciar y posterior a un año de tratamiento recibido en la Clínica de Adherencia Terapéutica, la cual fue creada en el año 2008 en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, teniendo como objetivo la atención integral del paciente y su familia mediante estrategias psiquiátricas y psicológicas específicas, con el fin de favorecer el conocimiento de la enfermedad y conocer la importancia y beneficios del tratamiento; promoviendo con ello, una mayor adherencia al tratamiento y en consecuencia una mejor calidad de vida para el paciente psiquiátrico. **Antecedentes:** En Psiquiatría, el concepto de Calidad de Vida se utiliza con frecuencia como parte de una evaluación multidimensional de la evolución y en la evaluación de los programas de rehabilitación y los ensayos clínicos de nuevos anti psicóticos. Aproximadamente el 50% de los pacientes con esquizofrenia no se benefician del tratamiento anti psicótico debido al incumplimiento, la resistencia terapéutica y los efectos secundarios. **Marco conceptual:** En 1997, se describió un modelo conceptual de calidad de vida en Esquizofrenia basado en la definición de calidad de vida como la percepción subjetiva del resultado de la interacción de la severidad de los síntomas psicóticos, los efectos secundarios, incluyendo la tolerabilidad subjetiva a la medicación anti psicótica y el nivel de logros psico-sociales. **Objetivo:** Evaluar la Calidad de Vida del paciente con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide inicialmente tratado en el servicio de Clínica de Adherencia Terapéutica y compararlo con aquellos pacientes con más de un año de control en el mismo servicio. **Método:** Se capturaron dos grupos de pacientes con el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide en la Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT), el primer grupo se integró con pacientes de primera vez y que cumplieron con los criterios de inclusión para la muestra. El segundo grupo fueron aquellos pacientes que llevan un año y menor a dos de tratamiento en el mismo servicio. Se aplicó a ambos grupos la Escala de Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), posteriormente se procedió a realizar los análisis de la información por medio de la Prueba T de student, se realizaron correlaciones de edad, tiempo de evolución y tipo de tratamiento farmacológico con Calidad de Vida, mediante la Coeficiente de Correlación de Pearson y Prueba no paramétrica U de Mann-Whitney de muestras independientes. **Resultados:** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las áreas de Calidad de Vida entre ambos grupos. En los pacientes subsecuentes se encontraron resultados dentro de la normalidad en las áreas de desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, tiempo libre, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico. **Conclusiones:** Las intervenciones realizadas en la Clínica de Adherencia Terapéutica son eficaces para promover una mejoría en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia.

Palabras claves: Calidad de Vida, Esquizofrenia Paranoide, Clínica de Adherencia Terapéutica.

Introducción

La concepción de Calidad de Vida en la medicina actual refleja la necesidad del enfoque biopsicosocial en salud. En la esquizofrenia, así como en otras psicosis crónicas, la calidad de vida se ve afectada frecuentemente como resultado de los síntomas psicóticos, la cronicidad, la frecuencia de las recaídas, la limitación de los tratamientos antipsicóticos, la frecuente carencia de programas de rehabilitación adecuados y las malas condiciones de vida.(1)

La ausencia de un consenso sobre la definición de calidad de vida, así como la carencia de modelos conceptuales apropiados, han enlentecido el desarrollo de la investigación en este campo. Específicamente la relación entre Esquizofrenia y Calidad de Vida es un problema sobre el cual existe poca información en nuestro medio, la que tenemos proviene de países desarrollados con características sociales, económicas y culturales distintas de las nuestras, por lo que esos resultados no son aplicables a nuestra realidad (2).

Para que este concepto sea útil en el campo de las psicosis crónicas, en este caso la esquizofrenia, debe ser incluido como objetivo de la práctica clínica cotidiana y buscar las acciones adecuadas para actuar sobre los problemas identificados.

Si bien la calidad de vida en sí misma es una medida de resultado de tratamiento, también puede ser un importante intermediario de otras variables significativas como la satisfacción, la adherencia terapéutica así como el logro de roles sociales y vocacionales significativos para el paciente (3).

En el hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se han realizado trabajos de tesis enfocados a evaluar la calidad de vida de sus pacientes, en el año 2009 la Dra. Olmedo Figueroa en su tesis sobre Calidad de Vida en pacientes con trastorno bipolar en fase de

eutimia, encontró que en su muestra de pacientes con este trastorno en fase de eutimia estuvo disminuida su calidad de vida comparada con sujetos sanos correlacionándola con la edad de inicio de tratamiento, el número de eventos de manía y el número de internamientos (4).

Más recientemente en el año 2010, la Dra. Rodríguez Lira realizó su investigación sobre la Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Angustia y Trastorno de Ansiedad Generalizada, observando que existen diferencias estadísticamente significativas entre variables sociodemográficas de síntomas físicos, bienestar y salud, así como calidad de vida (5). En ese mismo año el Dr. Espinosa Hernández, realizó un trabajo de investigación enfocado en Calidad de Vida de pacientes con Esquizofrenia, comparando un grupo tratado en una Organización no Gubernamental (ONG), con un grupo control que solo recibía tratamiento farmacológico, encontrando que el nivel de calidad de vida fue mayor en el grupo experimental, quienes recibieron atención con el programa de la ONG, que en el grupo control; por lo que concluyó que es necesaria la extensión de dicho programa (6).

En el presente trabajo se evaluó la calidad de vida de los pacientes con el diagnóstico de Esquizofrenia antes de iniciar y posterior a un año de tratamiento recibido en la Clínica de Adherencia Terapéutica, la cual fue creada en el año 2008 en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, teniendo como objetivo la atención integral del paciente y su familia mediante estrategias psiquiátricas y psicológicas específicas, con el fin de favorecer el conocimiento de la enfermedad y conocer la importancia y beneficios del tratamiento; promoviendo con ello, una mayor adherencia al tratamiento y en consecuencia una mejor calidad de vida para el paciente psiquiátrico.

Marco teórico

Antecedentes

La calidad de vida como concepto está presente desde la época de los antiguos griegos, aunque no se está seguro acerca de los orígenes primarios del mismo, su uso empezó posiblemente dentro de la producción conceptual posterior a la Segunda Guerra Mundial (1). Dentro del campo de la salud este concepto es relativamente reciente, con auge evidente en la década de los noventa, el cual se mantiene en estos años del siglo XXI.

La definición de calidad de vida introducida por la Organización Mundial de la Salud, se establece como la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses (7). Por tal motivo, esta misma organización, que en 1947 ya definía el término de salud como “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad”, posteriormente lo ampliaría incluyendo los sentimientos de bienestar psicológico y satisfacción social, abriendo las puertas para que el concepto de calidad de vida pasara a ser una meta con relación a la salud (8).

En Psiquiatría, el concepto de Calidad de Vida se utiliza con frecuencia como parte de una evaluación multidimensional de la evolución y en la evaluación de los programas de rehabilitación y de ensayos clínicos de nuevos antipsicóticos (9). Aproximadamente el 50% de los pacientes con esquizofrenia no se benefician del tratamiento antipsicótico debido al incumplimiento, la resistencia terapéutica y los efectos secundarios (10).

Siendo la adherencia terapéutica un factor tan importante para mejorar la Calidad de Vida de los pacientes con Esquizofrenia, en nuestro país, la falta de instrucción sobre estos temas, y las severas dificultades económicas de la población lo agravan aún más.

A pesar de que en el área de la Salud Mental el problema de la falta de adherencia es de gran importancia, comenzó a recibir atención hasta hace pocos años; esto sumado al estigma que acompaña a las enfermedades mentales agrava el problema de forma notable (11).

Por tal motivo, ha sido de gran importancia diseñar servicios de salud con estrategias de intervención adecuadas, con el fin de favorecer la adherencia y así disminuir los costos directos del tratamiento, mejorando el pronóstico y la calidad de vida de nuestros pacientes.

A pesar de la importancia del tema, en nuestro país no existían antecedentes de este tipo de abordaje en los pacientes psiquiátricos y ante todas estas necesidades, las autoridades del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” decidieron poner en marcha la Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT), la cual se inauguró oficialmente en el año 2008, con el objetivo de trabajar de manera integral en el tratamiento del paciente psiquiátrico, ofreciendo seguimiento estrecho y constante del tratamiento farmacológico, con estrategias específicas que favorezcan el cumplimiento del paciente (aplicación de antipsicóticos de depósito), además de generar espacios psicoeducativos y terapéuticos tanto para los pacientes como para sus familiares, en los que el aprendizaje y la creatividad juegan un papel muy importante.

En el año 2010, la Dra. Martínez Bustamante realizó un estudio observacional, longitudinal, comparativo de pacientes tratados en la Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT) del HPFBA, encontrando que el programa de tratamiento llevado en este servicio resultó una estrategia útil para mejorar el apego al tratamiento y por tanto la evolución clínica de los pacientes portadores de enfermedad mental particularmente del tipo de las psicosis, siendo el diagnóstico más frecuente Esquizofrenia Paranoide. De acuerdo a los

resultados del estudio se concluyó que el programa de la CAT incrementa el apego al tratamiento, mejora la actitud hacia la medicación y disminuye la sintomatología positiva y negativa en pacientes con Esquizofrenia (12).

Marco conceptual

Un estado de salud satisfactorio es un elemento medular para el desempeño de cualquier actividad, por lo que su pérdida también altera el funcionamiento cotidiano de quien enfrenta esta situación, comprometiendo su calidad de vida. Desde la óptica de la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud, la calidad de vida denota la forma de responder del individuo ante las situaciones cotidianas. La salud, como componente de la calidad de vida se ha tornado en una de las variables que al verse afectada aglutina otros componentes como trabajo, autonomía, relaciones sociales, ocio, etc., por lo que progresivamente ocupa un lugar central en el estudio de aquélla. Así, un número cada vez mayor de investigaciones busca evaluar los efectos de las intervenciones en el cuidado de la salud, a fin de mejorar las decisiones clínicas y profundizar en el conocimiento de sus condiciones y consecuencias (13).

Puesto que la calidad de vida y la adherencia terapéutica difícilmente se pueden mejorar si se ignoran sus componentes, un objetivo básico en estudios de este tipo ha consistido en analizarlos, examinando su contribución relativa al bienestar del paciente. Se busca que este conocimiento permita diseñar y en su caso, instrumentar intervenciones que restauren ó mejoren la calidad de vida.

El término “cumplimiento” establece una actitud pasiva por parte del paciente, en donde éste se concreta a obedecer las indicaciones del experto. En cambio el término “adherencia”, establece una actitud activa y primordial por parte del paciente, en donde a

través de una adecuada alianza terapéutica y en forma totalmente voluntaria, decide y adquiere un compromiso con el médico para lograr un resultado terapéutico; de tal forma que ese compromiso se verá reflejado en todas las conductas que lo llevarán a lograr un mejor estado de salud y por lo tanto a una mejor calidad de vida (14). En el año 2003 la Organización Mundial de la Salud definió el término adherencia como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (15).

Calidad de vida en Esquizofrenia

Los trastornos psicóticos y entre ellos especialmente la Esquizofrenia, están caracterizados por un importante deterioro en el funcionamiento cotidiano (social, cognitivo y afectivo) de aquellos que los padecen.

La relación entre calidad de vida y esquizofrenia es actualmente un problema de investigación que ha adquirido gran importancia dado el interés en conocer la apreciación que hacen los pacientes de su situación (16).

La esquizofrenia es una enfermedad mental de comienzo agudo ó insidioso, de evolución crónica, caracterizada por una disociación cognoscitivo-afectiva que produce deterioro de la personalidad con la consecuente afectación de la capacidad creadora y relacional del individuo con su medio circundante (17). La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración de la percepción, pensamiento, sentimientos, y la relación con el mundo exterior (18). En los países con una economía desarrollada la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que la prevalencia de Esquizofrenia es del 0.89% en la población general, siendo del 0.32% para países subdesarrollados. El

valor de la incidencia de la Esquizofrenia en países desarrollados se estima en 19.68% de nuevos casos por cada 100,000 habitantes según datos de la OMS. Estos valores son congruentes con los encontrados en un trabajo de revisión de los principales estudios publicados estimando la prevalencia (19) y la incidencia (20) de la Esquizofrenia en distintos países. La prevalencia de la Esquizofrenia se acepta que es similar en hombres y mujeres, aunque el primer brote psicótico se presenta en edades más tempranas en los varones. La política sanitaria de un país se verá afectada por las prevalencias aceptadas siendo de máxima importancia la prioridad que demos a la discapacidad producida por la enfermedad mental. Sin duda, la esquizofrenia es un padecimiento con un tratamiento muy caro debido a la gran carga no sólo sobre los pacientes, sino también sobre sus cuidadores, el sistema sanitario y la comunidad entera (21).

En 1997, se describió un modelo conceptual de calidad de vida en Esquizofrenia basado en la definición de calidad de vida como la percepción subjetiva del resultado de la interacción de la severidad de los síntomas psicóticos, los efectos secundarios, incluyendo la tolerabilidad subjetiva a la medicación antipsicótica y el nivel de logros psico-sociales. Además de estos determinantes primarios, se incluyeron una serie de moduladores secundarios, como las características de personalidad, el ajuste premórbido, los recursos y su disponibilidad, los valores y actitudes hacia la salud y la enfermedad (22). En las últimas dos décadas han existido serios esfuerzos para avanzar en la conceptualización de la calidad de vida en la Esquizofrenia. Dado lo multidimensional del trastorno, así como los múltiples abordajes terapéuticos, puede que no sea posible lograr un único modelo conceptual capaz de capturar e integrar la diversidad de factores que pueden incidir en los diversos estadios de la enfermedad. Sin

embargo, el desarrollo de esta área requiere aun de más modelos clínico-conceptuales que estimulen la investigación y permitan refinar los enfoques terapéuticos (1).

Calidad de Vida y antipsicóticos de depósito.

Los antipsicóticos de depósito se han definido como fármacos que luego de ser administrados en una dosis única logran concentraciones plasmáticas y tisulares terapéuticas de al menos una semana de duración. Posterior a la inyección el antipsicótico de depósito ideal debe lograr que la sustancia activa se libere de forma constante, tenga las menores fluctuaciones plasmáticas (mantener un nivel constante) y al mismo tiempo debe ser posible utilizarlo con intervalos de tiempo adecuado (dos a cuatro semanas).

Una cuestión importante en cualquier enfermedad es cómo una persona medicada se siente y funciona en la vida diaria. La Calidad de Vida es una de las medidas de evolución y proporciona también cierta información sobre la eficacia del tratamiento psiquiátrico. Los autores Awad y Hogan (23) propusieron un modelo que indica que en la Calidad de Vida en los pacientes esquizofrénicos con medicación neuroléptica influyen tres factores: los síntomas psicopatológicos, el funcionamiento psicosocial y los efectos secundarios de los neurolépticos. Un estudio confirmó la validez y la utilidad de este modelo en pacientes con primer episodio de Esquizofrenia (24).

Otros países como Eslovenia, han tenido directrices nacionales para el tratamiento de antipsicóticos a largo plazo de la esquizofrenia desde 1988. Estas directrices recomiendan el uso de antipsicóticos de depósito y ésta es la razón del uso frecuente y la "popularidad" del tratamiento de depósito en ese país. Por ejemplo, en 1996 casi las tres cuartas partes de los pacientes dados de alta con esquizofrenia recibían tratamiento

antipsicótico de depósito (25). En la actualidad, Eslovenia tiene todavía un sistema de seguro sanitario no restrictivo, sin limitaciones en el uso de los neurolépticos atípicos o la duración de la hospitalización.

Adherencia terapéutica en México

La adherencia terapéutica se define como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta ó la modificación en su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico; siendo por tanto el incumplimiento el grado en que no se realizan estas indicaciones. La adherencia terapéutica, es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados, existiendo factores relacionados con el paciente, con el médico, el sistema sanitario, la enfermedad y con los propios fármacos (26).

El incumplimiento con los fármacos antipsicóticos es la primer causa de recaídas, contribuyendo en gran medida al “fenómeno de puerta giratoria” de los pacientes que padecen Esquizofrenia. En algunos estudios se ha encontrado que el incumplimiento alcanza el 80% en pacientes psicóticos, tasas de incumplimiento farmacológico que llegan al 50% un año después de un egreso psiquiátrico y al 75% al cabo de dos años (27).

Sorprende observar que un problema tan importante para la eficacia del tratamiento de la Esquizofrenia no haya recibido atención hasta hace relativamente pocos años. Los primeros estudios sobre cumplimiento terapéutico se empezaron a desarrollar 30 años después de la introducción de los antipsicóticos (28). Los autores concluyen que el

incumplimiento es un problema clínico multideterminado y por lo tanto, debe realizarse una evaluación y una intervención individualizada del mismo, que se centre en la buena relación médico-paciente. Por lo tanto en los estudios consultados se establecen una serie de estrategias para incrementar la adherencia terapéutica en los pacientes psicóticos crónicos (29),(30):

- 1.- Evaluar extensamente la historia del cumplimiento del paciente y detectar los factores de riesgo.
- 2.- Dejar suficiente tiempo como para conocer al paciente como persona y para entender sus objetivos personales y preocupaciones.
- 3.- Utilizar un acercamiento negociado a la medicación. Discutir con el paciente cualquier duda que tenga sobre el tema y emplear un estilo de comunicación no autoritario.
- 4.- Escoger el fármaco y la dosis que maximice la eficacia y minimice los efectos secundarios; así como simplificar el tratamiento evitando la polifarmacia.
- 5.- Educar al paciente y a la familia sobre la biología de la enfermedad, la prevención de recaídas y los efectos secundarios de la medicación.
- 6.- Comprometer al entorno social del paciente para que supervisen la administración de la medicación si es necesario.
- 7.- Utilizar estrategias cognoscitivas y mnemotécnicas si hay problemas de olvidos y desorganización.

8.- En caso de que el paciente se encuentre incapacitado por la enfermedad (posibilidad de ser interdictado) es conveniente estar preparados para buscar asesoría legal.

9.- Si el paciente no cumple con el tratamiento pero es consciente de los riesgos que corre, respetar su decisión y continuar con una relación terapéutica no crítica, esperando la posibilidad de un tratamiento futuro.

10.- Promocionar la participación del paciente en actividades que le produzcan gratificación y mayor autoestima.

En nuestro país no existía un programa que llevara a cabo la realización de estrategias sugeridas en la literatura médica para favorecer la Adherencia Terapéutica en pacientes con trastornos mentales crónicos, hasta que las autoridades del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA), percatándose del número de pacientes que reingresan a la Institución, pensaron en ofrecer una alternativa más para ellos, la Clínica de Adherencia Terapéutica (31), teniendo como objetivo general la atención integral del paciente y su familia, mediante estrategias psiquiátricas y psicológicas específicas que tienen como fin favorecer el conocimiento de la enfermedad, así como también la importancia y los beneficios del tratamiento y su cumplimiento, logrando así el fortalecimiento de la adherencia terapéutica y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Teniendo como objetivos específicos en el último año: Favorecer el cumplimiento y la adherencia terapéutica, brindar información clara, precisa y oportuna acerca de la enfermedad mental, fortalecer la consciencia de enfermedad mental a través del reconocimiento de los síntomas de la enfermedad, facilitar la identificación de mitos que favorecen el abandono al tratamiento, propiciar la modificación de esquemas

conceptuales acerca de la enfermedad mental que determinen un mayor apego, controlar los síntomas de la enfermedad mediante un tratamiento de mantenimiento a largo plazo, facilitar el tratamiento de mantenimiento mediante la administración de medicamentos antipsicóticos de acción prolongada, disminuir los efectos adversos de la medicación antipsicótica, reducir la polifarmacia, reducir la frecuencia de rehospitalizaciones, promover la reintegración familiar y social del paciente, disminuir los costos hospitalarios a mediano y largo plazo, evaluar recaídas y deserciones de los pacientes atendidos en la C.A.T y evaluar mejoría en el cumplimiento y la adherencia en los pacientes que acuden a la misma.

Para llevar a cabo estos objetivos la C.A.T, que se encuentra ubicada en el tercer piso del edificio de hospitalización continua del HPFBA, ofrece una consulta psiquiátrica de 45 min a 1 hora encaminada a favorecer el cumplimiento y la adherencia, vigilando de forma estrecha la evolución y el tratamiento y por otra parte, a través de los grupos psicoeducativos se ofrece información clara y útil, con el fin de dar a conocer la enfermedad. Además de psicoterapia individual a quienes la requieran. A los familiares se les ofrece la información requerida para conocer y entender más la enfermedad de su paciente. Día con día se evalúa el trabajo y los resultados de este y se mantiene una actitud abierta al cambio con el fin de mejorar y ofrecer alternativas a los pacientes.

-Método

Justificación:

Dado que se conoce que los padecimientos mentales crónicos repercuten sensiblemente en el bienestar y en la Calidad de Vida de quienes los padecen, es necesario evaluar el nivel de Calidad de Vida en los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide en

el servicio de Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT), al inicio y después de un año de tratamiento en este servicio. De esta forma, es necesario saber si servicios como éste, con un enfoque multidisciplinario influyen de manera positiva en la Calidad de Vida de estos pacientes. En caso de ser así, plantear intervenciones a futuro destinadas a mejorar o mantener una óptima calidad de vida, así como también proponer mayor cobertura de programas enfocados a la adherencia terapéutica en la comunidad.

Planteamiento del problema:

Por lo anteriormente expuesto, el problema que aborda este trabajo de investigación está orientado a conocer la calidad de vida y los factores relacionados a ella en los pacientes esquizofrénicos que inician su tratamiento en la Clínica de Adherencia Terapéutica del HPFBA y comparar los mismos con aquellos pacientes que llevan más de un año de tratamiento en ese servicio.

Objetivo General:

Evaluar la Calidad de Vida del paciente con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide inicialmente tratado en el servicio de Clínica de Adherencia Terapéutica y compararlo con aquellos pacientes con más de un año de control en el mismo servicio.

Objetivos específicos:

1. Examinar la asociación entre edad, tiempo de evolución de la enfermedad y las áreas de Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide.
2. Determinar si existen diferencias entre los dos tipos de tratamientos farmacológicos (anti psicóticos vía oral/ de depósito), en cuanto a la Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide.

Pregunta de investigación:

¿Existe una diferencia significativa en el nivel de Calidad de Vida de los pacientes diagnosticados con Esquizofrenia Paranoide al inicio, y posterior a un año, en el servicio de Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT)?

Hipótesis Alternativa: Existe una diferencia significativa entre el nivel de Calidad de Vida del paciente con Esquizofrenia Paranoide tratado en el servicio de Clínica de Adherencia Terapéutica por más de un año, que en aquellos pacientes que inician por primera vez en el mismo servicio.

Hipótesis Nula: No existe una diferencia significativa en el grado de Calidad de Vida en los pacientes diagnosticados con Esquizofrenia Paranoide tratados al inicio y posterior a un año en el servicio de Clínica de Adherencia Terapéutica

Variables:

Variable independiente: Esquizofrenia Paranoide

Variable dependiente: Calidad de vida

Variables demográficas: Edad, sexo, Escolaridad, estado civil, ocupación, tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de tratamiento antipsicótico (vía oral/ de depósito)

Muestra: No probabilístico, intencional y por cuota.

Sujetos: Se trabajó con 60 pacientes con el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide en el servicio de Clínica de Adherencia Terapéutica, de los cuales 30 fueron de primera vez y 30 pacientes con más de un año de tratamiento en el mismo servicio.

Criterios de selección

Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide que fueron tratados en la Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT) por primera vez, y pacientes con el mismo diagnóstico y tratados en ese servicio por un periodo de un año

cumplido y menos de 2 años, los cuales deben saber leer y escribir, con un rango de edad entre 18 y 59 años de edad cumplidos, de ambos sexos, en condiciones de responder a las preguntas de la encuesta aplicada, así como haber dado su consentimiento informado. Sin importar el tiempo de evolución de la enfermedad.

Criterios de exclusión: Pacientes sin el criterio diagnóstico de Esquizofrenia, que presenten comorbilidad de Retraso mental ó deterioro cognoscitivo evidente.

Criterios de eliminación: Pacientes que no cumplieron con el llenado de las escalas clínicas, y/ó que no hayan otorgado el consentimiento informado.

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal, comparativo.

Instrumento de evaluación y de medición:

Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) Autores: Riveros Rosas Angélica, Sánchez-Sosa Juan y Del Águila Mark (32)

Este inventario InCaViSa, se construyó con el objetivo de medir la calidad de vida de pacientes, en una escala lo suficientemente inclusiva como para emplearse en cualquier condición crónica o aguda y sensible al efecto de las intervenciones.

El presente inventario fue diseñado a partir de la consideración inicial de diferentes escalas de calidad de vida para padecimientos crónicos, seleccionados por su pertinencia en la literatura de investigación. Se tomaron en cuenta aquellas dimensiones que se mencionan en casi todos los instrumentos por considerarse representativas de los aspectos medulares que se van a evaluar en la calidad de vida de diferentes padecimientos crónicos.

El Inventario de Calidad de Vida y Salud evalúa una serie de áreas que abarcan diferentes aspectos de la vida del paciente. Éstas se presentan a continuación:

- Preocupaciones: Se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros, como “Me preocupa que alguien se sienta incómodo (a) cuando está conmigo, por mi enfermedad”.
- Desempeño físico: Se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo, contiene reactivos como “Puedo cargar as bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos”.
- Aislamiento: Explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual, por ejemplo “Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes”.
- Percepción Corporal: Se refiere al grado de satisfacción-insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente como “Me da pena mi cuerpo”.
- Funciones cognoscitivas: Revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración, como “Se me olvida en dónde puse las cosas”
- Actitud ante el Tratamiento: Revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico, por ejemplo “Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad”.
- Tiempo libre: Explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas; contiene reactivos como “Desde que enfermé dejé de pasar el rato con mis amigos”.
- Vida cotidiana: Revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios en las rutinas a partir de la enfermedad, por ejemplo “Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida”.
- Familia: Explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia, contiene reactivos como “mi familia cuida mis sentimientos”.

-Redes sociales: Explora el apoyo familiar y social con el que cuenta el paciente para resolver problemas; contiene reactivos como “Cuando las cosas me salen mal hay alguien que me puede ayudar”.

-Dependencia Médica: Se refiere al grado en que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante, por ejemplo “No me importa qué tengo, solo quiero que el médico me cure”.

-Relación con el médico: Se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo (a) con la atención del médico tratante, por ejemplo “Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad”.

El inventario incluye también secciones para el análisis de situaciones transitorias que pudieran estar afectando los resultados de la escala, comentarios generales sobre el padecimiento o el instrumento y una sección de datos socio-demográficos. Los reactivos se califican en escala de opción forzada con tres componentes cuantificables: a) porcentual que va de 0% a 100% b) semántico que va de “nunca” a “siempre”; y c) visual al colocarse en una recta continua que permite visualizar como extremos las respuestas de 0% (nunca) hasta 100% (siempre). Los reactivos se califican de 0 a 5 puntos.

Aplicación y uso del InCaViSa

Es un inventario auto aplicable cuya administración toma entre 15 y 20 minutos; es confiable, válido, sensible y sencillo de aplicar. En la experiencia de los autores, el instrumento debe administrarse en una situación tranquila, con el aplicador presente. Frecuentemente, las preguntas evocan anécdotas o historias de vida que pueden coadyuvar de manera importante en la recolección de datos cualitativos del caso; puede suceder que el paciente quiera referirse a un aspecto muy específico de la pregunta que modifica el sentido de la respuesta. Aunque esto sucede poco, es esencial que el

entrevistador tome nota del significado exacto que quiere dar el paciente. El instrumento puede utilizarse en población analfabeta que pueda entender los valores numéricos; en este caso, por cautela metodológica, los entrevistadores deben estar entrenados en la administración de una escala y en sus opciones para no inducir ninguna respuesta y de preferencia, ser alguien distinto de quien aplicó la intervención que se desea evaluar.

Implicaciones clínicas

El resultado en las diferentes áreas es indicativo de necesidades específicas que deben interpretarse por área y por combinación de áreas. El Inventario es un importante apoyo para precisar las áreas que requieren atención y permite evaluar el resultado de las metas de tratamiento de manera objetiva tal y como las percibe el paciente.

La aplicación de las estrategias para el manejo de la problemática identificada con el InCaViSa se ve ampliamente beneficiada por el trabajo interdisciplinario de médicos, psiquiatras, neurólogos y psicólogos.

Procedimiento:

Se captaron a dos grupos de pacientes con el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide en la Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT), el primer grupo son pacientes de primera vez y que cumplieron con los criterios de inclusión para la muestra. El segundo grupo fueron aquellos pacientes que llevan un año y menor a dos de tratamiento en el mismo servicio. Se aplicó a ambos grupos la Escala de Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), posteriormente se procedió a realizar el análisis de la información, se elaboraron una discusión y las conclusiones.

Análisis estadístico

Para evaluar la Calidad de Vida en los pacientes inicialmente tratados en el servicio de Clínica de Adherencia Terapéutica y compararlo con aquellos pacientes con más de un año de control en el mismo servicio se realizó la Prueba t de Student analizando los resultados por cada área de la escala.

Para examinar la asociación entre la edad, tiempo de evolución de la enfermedad y las áreas de Calidad de Vida se utilizó el Coeficiente de correlación de Pearson. Para determinar si existían diferencias entre los dos tipos de tratamientos farmacológicos (antipsicóticos vía oral/ de depósito), en cuanto a la Calidad de Vida se utilizó la Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes.

Consideraciones éticas

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el trabajo realizado se clasifica en categoría 1, en base al título segundo, artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo, ya que no hubo manipulación de variables. Así mismo se solicitó consentimiento de participación voluntaria, el que fue leído y firmado de enterado por cada participante.

Se realizó el presente trabajo de acuerdo a las recomendaciones de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52^a Asamblea general Mundial Celebrada en Edimburgo, Escocia en 2002, que guía a los profesionales de salud en las investigaciones médicas.

Resultados

Se capturaron 60 pacientes en total, no existieron pacientes eliminados. Se recabaron datos y se hicieron las valoraciones completas de estos 60 pacientes, siendo 30 de

primera vez y 30 subsecuentes, en el grupo de primera vez 60 % fueron hombres y 40 % mujeres, del grupo subsecuente 80% hombres y 20 % mujeres. Por su estado civil, encontramos que en el grupo de primera vez hubieron 63.3% solteros, 16.7 % casados y 20.0 % separados; en el grupo subsecuente 86.7% solteros, 3.3% casados, 6.7% separados y 3.3% en unión libre.

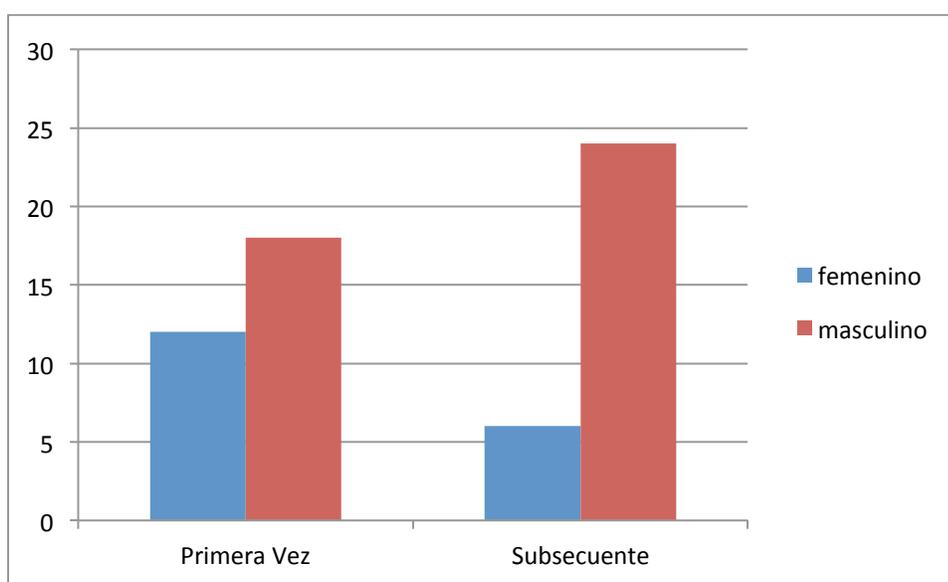


Figura 1 Distribución demográfica por sexos.

En cuanto a la distribución por edades encontramos que para el grupo de primera vez las edades se encontraron entre los 21 y 51 años siendo la media de 38.2, para el grupo subsecuente las edades se encontraron entre 22 y 59 años, siendo la media de 42.9. En la escolaridad observamos que para el grupo de primera vez la educación primaria obtuvo un 16.7% al igual que el grupo subsecuente, en secundaria el grupo de primera vez 36.7% y el subsecuente 30.0%, en educación técnica el grupo de primera vez 13.3%

y el subsecuente 10.0%, bachillerato 23.3 % en ambos grupos, en universidad en el grupo de nuevo ingreso 10.0% y en el subsecuente 20.0 %.

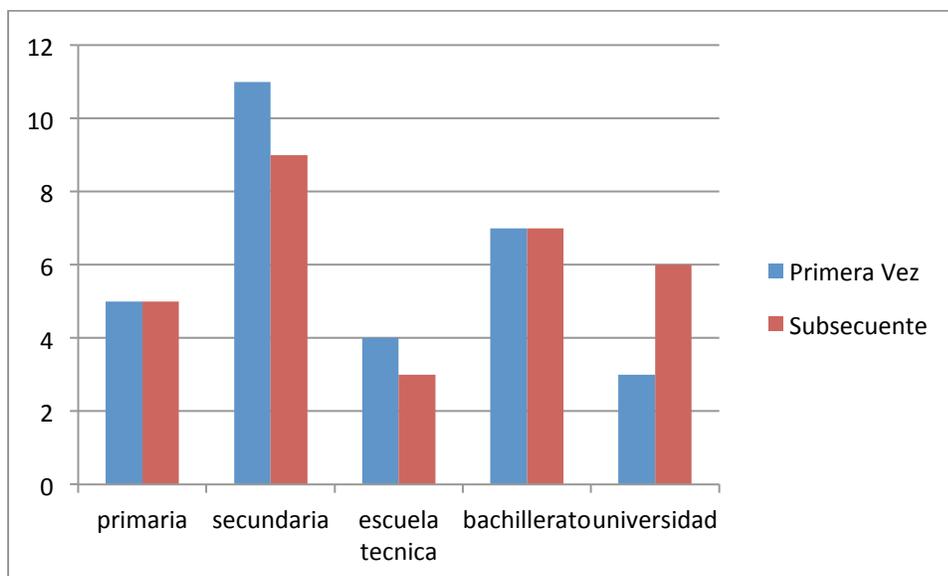


Figura 2. Distribución demográfica por escolaridad

En cuestión de ocupación obtuvimos que en el grupo de primera vez el 36.7% no cuenta con ninguna ocupación, 16.7% se dedica al hogar, 10.0% es comerciante, 33.3 % son empleados y 3.3 % son estudiantes. En el grupo de pacientes subsecuentes, el 40.0% no tiene ocupación, 6.7% se dedica al hogar, 16.7% es comerciante, 36.7% es empleado.

En el tratamiento farmacológico encontramos que en el grupo de primera los pacientes que recibían tratamiento de depósito alcanzaban el 70%, siendo el restante 30% la vía oral; en el grupo subsecuente el uso de medicamentos de depósito alcanzó un 93.3% dejando un 6.7% para la vía oral.

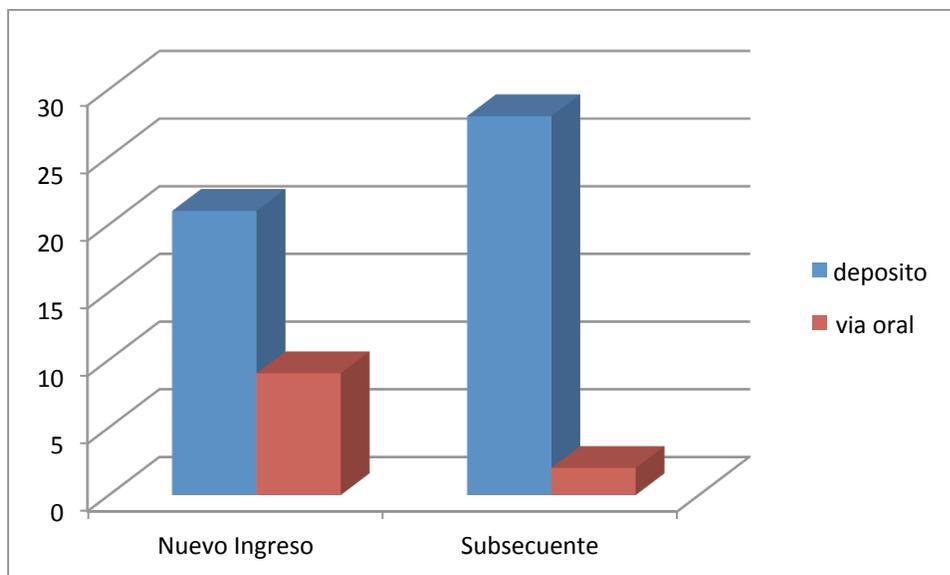


Figura 3. Distribución Demográfica por tipo de medicación.

En la autoevaluación de Calidad de Vida, según se muestra en la Fig.4 existe una diferencia significativa favoreciendo a los pacientes subsecuentes en las escalas buena y muy buena, esta relación es inversa en el caso de los pacientes de primera vez, donde se aprecia que existe una predominancia en las áreas de pésima, muy mala y mala. Es conveniente recordar que esta subescala de calidad de vida la realizan los pacientes con base en una escala gráfica de rostros que denotan en un extremo insatisfacción total y en el otro extremo alegría o satisfacción. (Ver en el anexo 3).

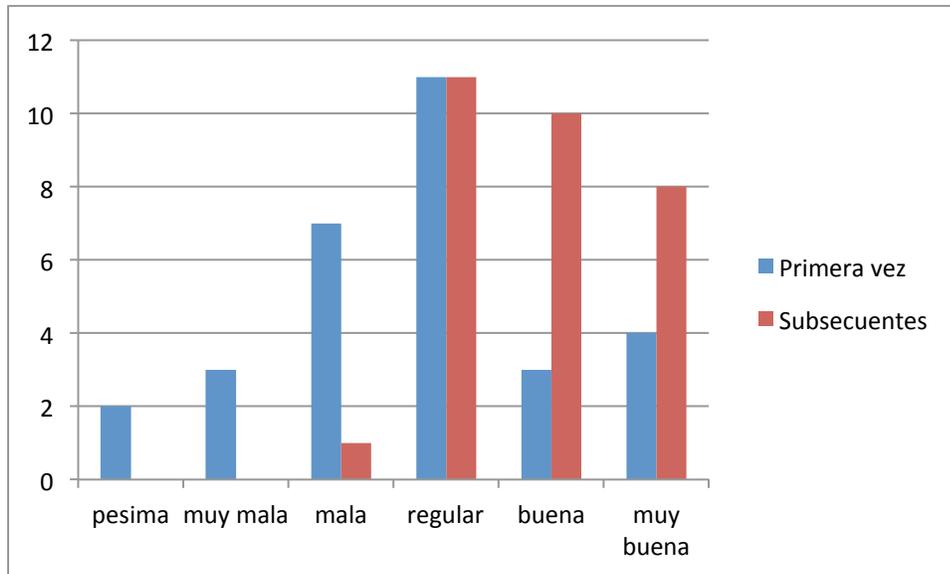


Fig. 4 Autoevaluación de Calidad de Vida

En cuanto a la autopercepción de salud actual se aprecia, según la Fig. 5 que el grupo de pacientes subsecuentes se mantienen significativamente por debajo del grupo de primera vez en las escalas: “pésima, muy mala y mala”, hasta llegar al denominado “regular” donde observamos un aumento substancial respecto al grupo de primera vez.

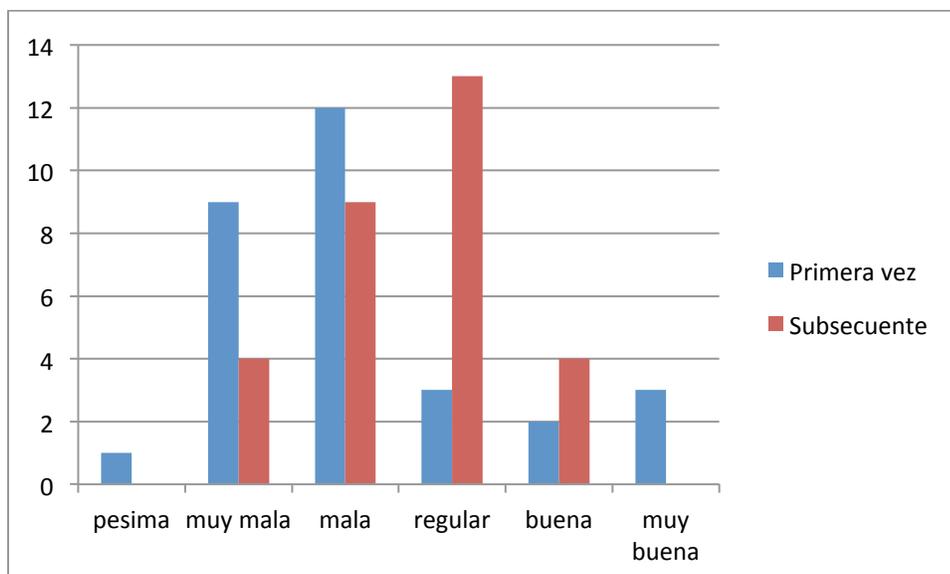


Fig. 5 Autopercepción de salud actual.

Como se observa en la Fig. 6 de Autopercepción de salud en comparación a la de hace un año, los pacientes del grupo subsecuente presentan una marcada diferencia que los favorece en los grupos: “regular, buena y muy buena”. Esta diferencia es menor en la última escala “ muy buena” sin embargo aún notable, así como es el hecho de la ausencia del grupo subsecuente para la calificación de “muy mala”.

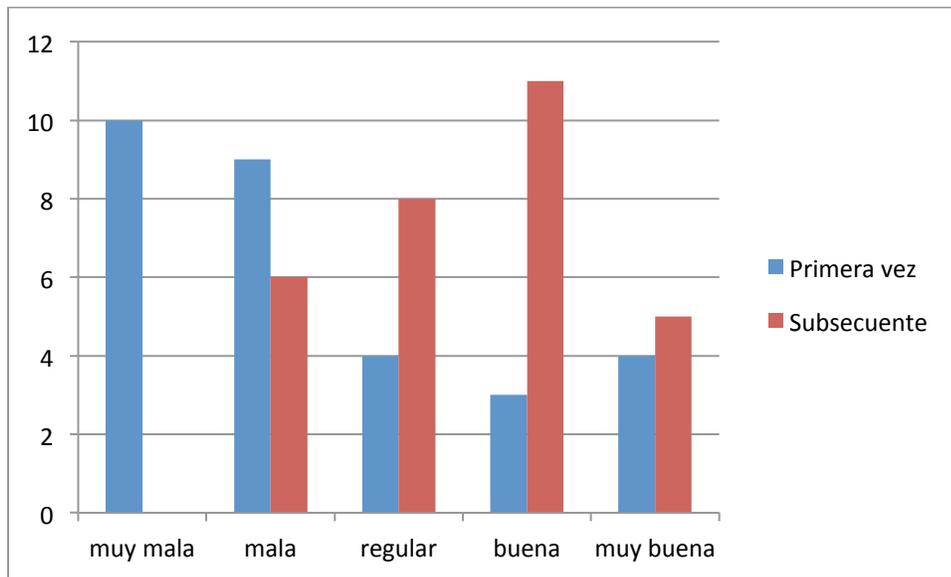


Fig. 6 Autopercepción de salud en comparación de un año atrás.

Los resultados de la prueba aplicada: Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) por área, comparando los dos grupos fueron los siguientes:

Área	Grupo	N	Media	Desviación tip	t	Sig (bilateral)
Preocupaciones	Primera vez	30	10.87	4.501	0.72	0.474
	Subsecuente	30	9.97	5.156	0.72	0.474
Desempeño físico	Primera vez	30	11.97	4.867	-2.365	0.021
	Subsecuente	30	14.63	3.801	-2.365	0.022
Aislamiento	Primera vez	30	11.03	5.366	3.656	0.001
	Subsecuente	30	6.27	4.712	3.656	0.001
Preocupación corporal	Primera vez	30	8.37	5.242	3.015	0.004
	Subsecuente	30	4.5	4.674	3.015	0.004
Funciones cognitivas	Primera vez	30	10.3	5.972	2.373	0.021
	Subsecuente	30	6.8	5.442	2.373	0.021
Actitud ante el tratamiento	Primera vez	30	9.3	5.838	5.559	0.018
	Subsecuente	30	2.73	2.791	5.559	0.018
Tiempo libre	Primera vez	30	12.07	5.219	4.006	0.032
	Subsecuente	30	6.73	5.092	4.006	0.032
Vida cotidiana	Primera vez	30	11.4	6.201	3.468	0.001
	Subsecuente	30	6.1	5.622	3.468	0.001
Familia	Primera vez	30	12.53	5.958	-1.237	0.221
	Subsecuente	30	14.3	5.066	-1.237	0.221
Redes sociales	Primera vez	30	9.57	4.415	-2.244	0.029
	Subsecuente	30	12.23	4.783	-2.244	0.029
Dependencia medica	Primera vez	30	11.97	4.476	0.15	0.881
	Subsecuente	30	11.8	4.131	0.15	0.881
Relación con el medico	Primera vez	30	11.4	5.354	-2.543	0.014
	Subsecuente	30	14.7	4.677	-2.543	0.014

Fig. 7 Tabla comparativa entre ambos grupos por área de Calidad de Vida (InCaViSa) aplicando la Prueba T de Student.

Observamos en la tabla anterior diferencias estadísticamente significativas con significancia menor a 0.05 en las áreas de: desempeño físico, aislamiento, preocupación corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, redes sociales y relación con el médico. (Ver Fig. 4)

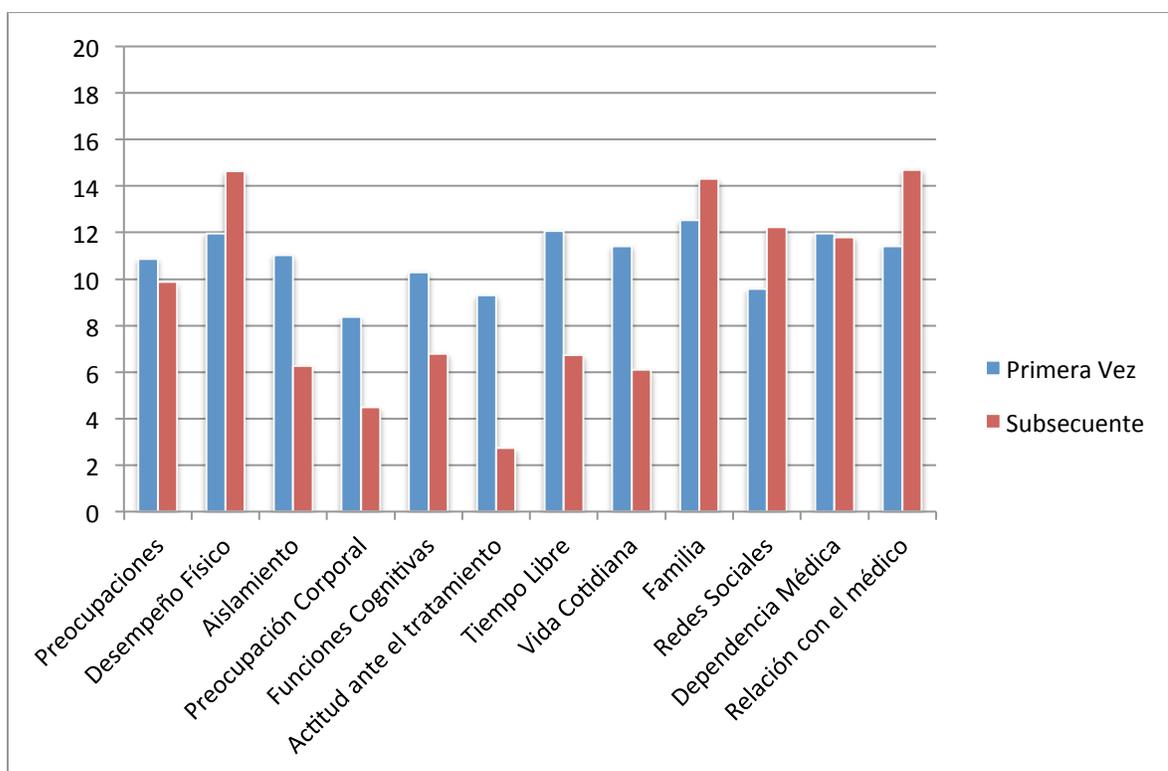


Figura 8. Gráfica comparativa de medias en las áreas de Calidad de Vida. (InCaViSa)

Por medio del Coeficiente de Correlación de Pearson se examinó la asociación entre el tiempo de evolución de la enfermedad y la edad del paciente con las áreas de Calidad de Vida, encontrándose que en cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad hubo una diferencia mínimamente significativa, solo en el área de Preocupaciones con un coeficiente de correlación de 0.269 y una significancia de 0.038, mientras que en otras áreas de esta prueba no se encontró asociación significativa. Para la edad del paciente no se encontraron asociaciones significativas en ningún área.

Para determinar si existen diferencias entre los tipos de tratamientos farmacológicos (depósito / vía oral) en cuanto a las áreas de Calidad de Vida se utilizó la Prueba no paramétrica U de Mann-Whitney de muestras independientes, encontrando solo diferencias significativas en las áreas de Preocupaciones y Aislamiento siendo mayor en ambas con tratamiento antipsicótico vía oral, con una significancia de 0.018 y 0.028 respectivamente.

Discusión

Posterior a haber realizado el análisis estadístico de los resultados obtenidos, es menester realizar una discusión sobre algunos puntos.

En forma general podemos apreciar que en los dos grupos, primera vez y subsecuente que conformaron este estudio, existió alteración en la calidad de vida. En investigaciones médicas recientes existen reportes que demuestran que la Esquizofrenia se asocia con mala calidad de vida (33). Sin embargo también se ha encontrado que las condiciones socioculturales de un país en vías de desarrollo como el nuestro, donde existe un ritmo de vida poco competitivo, con expectativas más modestas, menor ambición y menos necesidades creadas en sus habitantes, menor carestía de la vida, clima agradable y fácil acceso a apoyo religioso, marcan una notable diferencia si se comparan con más desarrollados de donde se derivan los otros estudios de Calidad de Vida, por lo que estos factores pudiera influir en los resultados encontrados(34).

En nuestro estudio de investigación con respecto a los datos socio demográficos, en general predominó el sexo masculino en ambos grupos, siendo el grupo entre 38 y 43 años de edad. Este resultado es de relevancia clínica debido a que se trata de un grupo etario económicamente activo y funcional. El estado civil con mayor frecuencia en los

dos grupos fue el de soltero, lo cual también se ha visto en otros estudios de investigación acerca de Calidad de Vida en Esquizofrenia (35). En cuanto al nivel educativo; la mayoría de los sujetos de estudio tenía la secundaria terminada, lo cual puede relacionarse a la edad de inicio de los síntomas y actualmente la mayoría de los pacientes de ambos grupos no tiene ocupación.

Podemos decir que para el grupo de primera vez esto es, previo a la intervención de la C.A.T, las puntuaciones bajas se concentraron en las siguientes áreas: preocupaciones, desempeño físico, percepción corporal, funciones cognoscitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana y familia. Esto equivale a que estos pacientes experimentan hipervigilancia ante cualquier señal que interpretan como molestia, fastidio o de que están modificando negativamente la vida de los que le rodean, la capacidad para realizar su actividad física esta notablemente deteriorada, puede haber umbrales bajos al dolor, perciben fácilmente sensaciones desagradables, se perciben físicamente desagradable, pueden tener atención selectiva a aparentes señales de desagrado hacia su persona, existe una disminución importante en su capacidad de memoria y concentración, pueden demostrar estados emocionales parecidos a la depresión en los que estas fallas expliquen sentimientos de inutilidad, enojo o ansiedad, recienten el tener que seguir un tratamiento médico y el estar enfermo, el proceso de enfermedad lo conceptualizan como una limitación infranqueable para el disfrute del tiempo libre al que antes estaba acostumbrados(a), implicando además sentimientos de nostalgia por actividades que ha dejado de llevar a cabo, el proceso de enfermedad y su manejo representan una pérdida importante en su salud y estilo de vida, pueden experimentar continuamente sentimientos de enojo, tristeza y desesperanza, poseen problemas serios

de interacción, probablemente por desacuerdos o conflictos importantes o “imperdonables” para el paciente, puede haber un abandono del paciente o hacia él, por parte de su familia.

En relación a las áreas de calidad de vida evaluadas por el InCaViSa para pacientes subsecuentes pudimos observar resultados dentro de la normalidad en las áreas de desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, tiempo libre, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico. En el área de actitud ante el tratamiento encontramos una puntuación alta, esto significa que el paciente comprende la importancia de seguir el tratamiento médico en el manejo de su enfermedad, asume las rutinas derivadas del tratamiento como una situación necesaria y poco intrusiva. Lo anterior es de esperarse ya que después de un año de recibir tratamiento en el servicio de Adherencia Terapéutica con entrevistas dirigidas a promover la conciencia de enfermedad, intervenciones orientadas a la familia, recibir antipsicótico de depósito, programas terapéuticos especializados a la promoción en la adherencia terapéutica, los pacientes desarrollan progresivamente mejoría en estas áreas evaluadas por la prueba aplicada. Es conveniente recordar que los objetivos de la Clínica de Adherencia Terapéutica son: favorecer el conocimiento de la enfermedad, la detección de síntomas, reconocer el beneficio del tratamiento, disminuir la emoción expresada en la familiar y por tanta conseguir la disminución en recaídas así como favorecer la adherencia en los pacientes (30). Estudios recientes han demostrado que las tasas de adherencia podrían incrementarse un 30% con sólo 8 sesiones psicoeducativas. A consecuencia del aumento de la adherencia, los reingresos hospitalarios se redujeron a un 20 % (36).

Según el análisis estadístico aplicado se pudo corroborar un cambio estadísticamente significativo pre y post C.A.T. en las siguientes áreas: desempeño físico, aislamiento, preocupación corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, redes sociales y relación con el médico. En otras palabras, estos pacientes aprecian que el proceso de enfermedad no ha afectado su desempeño habitual, o bien, no ha permitido que esto ocurra, cuentan con el afecto y aprecio que requieren, se perciben merecedores de la estimación que reciben de quienes los rodean, se ven a sí mismos como atractivos, se pueden llegar a considerar como “normales”, han elevado su capacidad de concentración aprendizaje y recuperación de la información, comprenden la importancia de seguir el tratamiento médico en el manejo de su salud, asumen las rutinas derivadas del tratamiento como una situación necesaria y poco intrusiva, el proceso de enfermedad no ha obstaculizado sus actividades recreativas, probablemente por redes de apoyo funcionales, pueden contender con las rutinas que requiere el manejo de su enfermedad, cuentan con personas a su alrededor que pueden ayudarle a resolver contingencias cotidianas o inesperadas de manera eficaz, han integrado la relación con el médico como una parte del apoyo con que cuentan en el manejo de su enfermedad.

Se quiere resaltar que en el grupo de primera vez, el cual no ha recibido intervención alguna enfocada a la promoción de la adherencia, el área de actitud ante el tratamiento resulto baja, ésta área es el indicador más poderoso en la escala de adhesión inadecuada, acompañada de actitudes y creencias que la obstaculizan o imposibilitan. Esta área presentó un cambio significativo estadísticamente hablando hacia la mejoría (30).

En la correlación entre edad y tiempo de evolución de la enfermedad, realizando la correlación de Pearson, sólo se obtuvo una relevancia mínima en el área de preocupaciones, esto es, a mayor tiempo de evolución de la enfermedad, mayor afectación en esta área. En el área de edad no hubo correlación significativa. Para determinar si existe correlación entre los tipos de tratamiento, depósito u oral, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney de muestras independientes. Se obtuvo como resultado una diferencia sólo para el área de preocupaciones y la de aislamiento, favoreciendo en ambos casos el antipsicótico de depósito. Esto último tiene evidencia científica en estudios de investigación que han demostrado que este tipo de fármacos influyen positivamente en la Calidad de Vida disminuyendo la tasa de nuevas hospitalizaciones (37),(38).

Se consideró, para los fines de este estudio, realizar correlaciones con el resto de las variables. Por otro lado, estudios han sugerido que para incrementar la adherencia terapéutica es necesario reducir la complejidad de los esquemas terapéuticos, siendo una opción el empleo de los antipsicóticos de depósito (39).

Debemos destacar que el instrumento de medición que se utilizó en este estudio es autoaplicado, por lo que los resultados reflejan la percepción que los pacientes tienen de su calidad de Vida lo que pudiera ser una limitante ya que se ha demostrado que en el enfermo esquizofrénico se presenta una dificultad considerable en la validez de las autoevaluaciones que ellos hacen de su situación. No obstante en un estudio realizado en Suecia (40), se demostró que los enfermos esquizofrénicos son capaces de sentir y de comunicar sus propios déficits sociales. Por su parte otro autor (41), en el año 1983, afirmaba que los pacientes esquizofrénicos son competentes para informar sobre su

Calidad de Vida y que estos datos pueden considerarse fiables. En todo caso, este mismo autor recomienda prudencia ante la validez de las evaluaciones de Calidad de Vida realizadas por enfermos mentales graves. Podemos agregar que es muy importante el estadio de la enfermedad al momento de responder el cuestionario (42).

El presente estudio cuenta con las siguientes limitaciones, el tamaño de la muestra puede considerarse como bajo, el grupo de pacientes de primera vez y el subsecuente no es el mismo, esto obedeció a la limitación en el tiempo de la realización del estudio; idealmente el mismo grupo debería ser seguido en el tiempo controlando las variables que pudieran modificar el resultado. La prueba de medición de InCaViSa no es específica para esquizofrenia, fue elaborada para otras enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes, por lo que es recomendable crear una prueba específica para calidad de vida en pacientes esquizofrénicos de nuestro país, ya que las que existen son muy subjetivas y no determinan la auto percepción de la calidad de vida por el paciente.

Conclusiones

1. Según los resultados de este estudio, se puede concluir que las intervenciones realizadas en la Clínica de Adherencia Terapéutica son eficaces para promover mejoría en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia.
2. La Mejoría en la Calidad de Vida se ve favorecida con el uso de antipsicóticos de depósito.
3. Las áreas que resultaron con mayor beneficio fueron: desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognoscitivas, tiempo libre, redes sociales y relación con el médico. Lo anterior ayuda para crear y ampliar programas que incidan en estas áreas para su fortalecimiento y consolidación así

como la creación de programas estructurados que atiendan las áreas con menor mejoría.

4. El presente estudio es significativo para sustentar un programa de generalización de los servicios de adherencia terapéutica en el primer nivel de atención ya que favorece el ahorro de recursos humanos y económicos, promueve la recuperación de los pacientes, evita las recaídas y el deterioro neurocognoscitivo
5. Es recomendable ampliar el tamaño de la muestra para poder tener resultados más confiables y de preferencia usar un solo grupo ya que el presente estudio cuenta con la limitante de haber resultado de la medición dos grupos separados.
6. Es recomendable la elaboración de una prueba específica de medición de calidad de vida en pacientes esquizofrénicos y que estén recibiendo tratamiento del tipo proporcionado por la clínica de adherencia terapéutica. (Antipsicóticos de depósito)
7. Los resultados de este estudio son de beneficio para justificar la presencia y futura ampliación de servicios como el de la Clínica de Adherencia Terapéutica así como el del mayor involucramiento del personal y formación de recursos en la materia.

Anexos

1. Consentimiento Informado
2. Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)
3. Reactivo: Autoevaluación de Calidad de Vida.

Referencias bibliográficas

1. Awad George, Calidad de vida en esquizofrenia. Conceptos y medidas para la práctica clínica. Rev Psiquiatr Urug 2008;72(2):121-129
2. Caqueo A, Lemos S. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. Universidad de Tarapacá (Chile) y Universidad de Oviedo España. Psicothema 2008; 4 (20): 577-582
3. Ritsner M. The distress/protection vulnerability model of quality of life impairment syndrome. In: Ritsner M, Awad AG (eds). Quality of life impairment in schizophrenia, mood and anxiety disorders. Springer; Dordrecht, The Netherlands; 2007, pp. 3-20.
4. Olmedo Figueroa Fabiola, Tesis para obtener el grado de especialista de Psiquiatría, "Calidad de vida en pacientes con trastorno bipolar en fase de eutimia" Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. México Df, 2009.
5. Rodríguez Lira C. Tesis para obtener el grado de especialista de Psiquiatría: Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Angustia y Trastorno de Ansiedad Generalizada, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. México Df. 2010.
6. Espinosa Hernández A. Tesis para obtener el grado de especialista de Psiquiatría: Calidad de Vida en pacientes con Esquizofrenia que reciben atención en una ONG contra un grupo control. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. México Df. 2010.
7. Casey DE. Motor and mental aspects of acute extrapyramidal syndromes. Acta Psychiatr Scand 1994; 89 (Suppl 380): 14-20.
8. World Health Organization, The constitution of the World Health Organization. WHO Chronicle 1947; 1:29.
9. Awad AG, Voruganti LNP, Heslegrave RJ. Measuring quality of life in patients with schizophrenia. Pharmacoeconomics 1997; 11:32-47.
10. Organización Mundial de la Salud. International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. Genova; 1980.
11. Cañas F, Roca M Adherencia Terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos. Edit Ars Medica. 2007.
12. Martínez Bustamante X. Tesis para obtener el diploma de especialista en Psiquiatría: Estudio observacional, longitudinal, comparativo de pacientes tratados en Clínica de Adherencia Terapéutica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. México Df. 2010.
13. Riveros et al. Intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos

esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychoogy* 2005, Vol. 5 No. 3

14. Roca M, Cañas F, Olivares JM, Rodríguez A, Giner J. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Conceso Clínico Español. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2007; 35 (Suppl:1) 1:6 Dilla, Tatiana; Valladares, A.; Lizán L.; Sacristán J. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Journal Atención Primaria*, 2009;41:342-8. Vol. 41 Núm. 6.
15. Farriol N, Palma C, Ramos M, Fernández M, Chamorro A *et al.* Efectividad de un programa de intervención psicosocial en pacientes psicóticos crónicos. *Clínica y Salud* 2006; 2 (17): 171-185
16. Carvajal C. Esquizofrenia y trastornos relacionados. In: Florenzano R, Carvajal C Weil K editores. *Psiquiatría*. Santiago Chile: Mediterráneo; 1999, pp. 82-91.
17. Bleuler E. Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias. *Revista Chilena de Neurosiquiatría* 1966; 153: 321-30.
18. "A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia", Sukanta S. *et al.* Department of Psychiatry, University of Queensland, Australia
19. "A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology", McGrath J. *et al.* *BMC Medicine*, 2004.
20. Cabello R. *et al.* Costo-efectividad de intervenciones para Esquizofrenia en México, *Salud Ment* 2011, vol. 34, n.2, pp 95-102. ISSN 0185-3325.
21. Awad AG, Voruganti LNP, Heslegrave RJ. Preliminary validation of a conceptual model to assess quality of life in schizophrenia. *Quality of life Res* 1997; 6:21-26.
22. Sagastegui A. Depot neuroleptics, *Rev. neuropsiquiatr*; 60(supl.1):S50-S61, sept. 1997
23. Awad AG, Hogan TP. Subjective response to neuroleptics and the quality of life: implications for treatment outcome. *Acta Psychiatr Scand* 1994, 89 (Suppl 380): 27-31.
24. Browne S, Clarke M, Gervin M, Waddington JL, Larkin C, O'Callaghan E. Quality of life after treatment for a first presentation of schizophrenia. *Schizophr Res* 2000; 41 (Suppl): 301.
25. Dernovsek MZ, Prevolnik Rupel V, Rebolj M, Tavcar R. Quality of life and treatment costs in schizophrenic outpatients, treated with depot neuroleptics. *Eur Psychiatry* 2002; 16: 474-82.
26. Dilla *et al.* Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009;41:342-8. - vol.41 núm 06
27. Weiden R. *et al.* Rating of Medication Influences (ROMI), Scale in Schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 1994; 20 (2); 297-310.
28. Sirvent Ruiz C. Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Norte de Salud Mental* N. 33 2009. 51-58
29. Cirici Roser. La adherencia al tratamiento e los pacientes psicóticos. *Rev. Psiquiatría Fac Med Barna* 2002; 29 (4):232-238
30. Orueta R. Evidencias disponibles para favorecer y mejorar la adherencia terapéutica. *Rev. Clínica de Medicina en la Familia, España*; 2006; 1 (4): 185-192.
31. Programa Estratégico 2012 del Servicio de Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT) Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, S.S. México

32. Riveros Rosas A, Sánchez-Sosa J, y del Águila M. Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) Ed. El Manual Moderno. México 2009.
33. A. Maat et al. Social cognition and quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 137; 212–218. (2012)
34. Rodríguez Vidal M. et al Calidad de Vida en pacientes esquizofrénicos Año 11- Vol. 11 No.1 – Chía, Columbia, 66-77. Abril 2011
35. C-Y Hsiao et al, Quality of life of individuals with schizophrenia living in the community: relationship to socio-demographic, clinical and psychosocial characteristics, *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2367–2376; 2012.
36. Programa Estratégico 2011 del Servicio de Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT) Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, S.S. México
37. Dernovsek MZ, Prevolnik Rupel V, Rebolj M, Tavcar R. Quality of life and treatment costs in schizophrenic outpatients, treated with depot neuroleptics. *Eur Psychiatry Ed. Esp.* (2002); 9: 226-235
38. Chue P et al, Long-Acting Formulations of Atypical Antipsychotics. Time to Reconsider When to Introduce Depot Antipsychotics *CNS Drugs* 21(6):441-448, 2007
39. Orueta Sánchez. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información terapéutica al sistema nacional de salud. Vol 29 No 2- 2005.
40. Skantze K, Malm U, Dencker S, May P. Quality of life in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry* 1995; 49 (5): 323-323.
41. Lehman A, Postrado LT, Rachuba LT. Convergent validation of quality of life assessment for persons with severe mental illnesses. *Quality of life research* 1993; 5 (2): 327-333.
42. Mingues M, González P, Alonso del Teso F, Sanguino A, García A. Efectos adversos de los antipsicóticos y calidad de vida. *Actas españolas de psiquiatría* 2005; 33 (1): 1-6

Anexo 1: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE _____

FECHA _____

1. **Propósito:** Le pedimos formar parte de un trabajo de investigación médica que tiene el objetivo de evaluar la Calidad de Vida en los pacientes con el diagnóstico de Esquizofrenia tratados inicialmente en el servicio de Clínica de Adherencia Terapéutica, y compararla con aquellos pacientes con más de un año tratados en el mismo servicio.
2. **Procedimientos y duración:** Los procedimientos que se realicen tendrán sólo propósitos de investigación. Si acepta participar en este estudio se le pedirá que complete los siguientes procedimientos de investigación:
 - Se le aplicará un instrumento de medición
 - Este instrumento es el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)
 - Se le invitará a firmar este documento.
 - Los datos proporcionados como su nombre, dirección, ocupación, estado civil, escolaridad, etc. se anotarán en hojas preparadas para tal fin y su manejo estadístico será completamente confidencial.
 - Los orientadores y consejeros que tengan acceso a estos datos no obtendrán ningún tipo de beneficio más que el académico y de investigación.
3. **Riesgos e incomodidades.** No tiene ningún riesgo el participar en este estudio de investigación. Las entrevistas serán realizadas por una persona con entrenamiento en salud mental (Médico Residente en Psiquiatría), el cual protegerá su confidencialidad.
4. **Beneficios potenciales:** La participación en esta investigación no le traerá beneficios personales. No se le proporcionará a los participantes de este estudio ninguna información concerniente a los resultados. No le garantizamos que obtenga algún beneficio por participar en este estudio.
5. **Derecho a retirarse del estudio:** La participación en este estudio es voluntaria. Usted puede rehusarse a estar en el estudio o retirarse en cualquier momento. Si decide no formar parte o retirarse, esto no afectará su futuro cuidado médico en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
6. **Confidencialidad:** Su identidad será confidencial. Si surgen publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto su identidad permanecerá confidencial. Esto significa que su nombre, dirección, edad o cualquier otra información que pueda identificarlo, no será brindada a otra persona sin su consentimiento por escrito. Ninguna de la información de esta investigación aparecerá en sus registros médicos y no se brindará a otras instituciones.

Si tiene alguna pregunta, siéntase libre de hacerla. Si más tarde tiene preguntas adicionales o desea informar acerca de algún problema médico que piense pueda estar relacionado con el estudio, póngase en contacto con la Dra. Ana Lizeth Peraza Noriega al correo alizeth_pn@hotmail.com

SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO VOLUNTARIAMENTE FORMAR PARTE DE ESTA INVESTIGACIÓN, QUE HA LEÍDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y QUE ESTA SE LE HA EXPLICADO AMPLIAMENTE.

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Testigo

Nombre y Firma del Investigador

Anexo 2: Instrumento de Medición

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (InCaViSa)

Dra. Angélica Riveros Rosas
Juan José Sánchez-Sosa, PhD
Mark del Águila, PhD





84-2

INSTRUCCIONES

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, déjela en blanco. Contesté con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

EJEMPLO

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

Encerraría en un círculo "CASI NUNCA" si siente miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo "SIEMPRE".

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza y conteste con la verdad.*

© Editorial El Manual Moderno / Ejemplo de aplicación de un ítem



Manual Moderno
S.A. de C.V.
Edificio El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Reforma 206, Col. Polanco, México,
México, D.F.
Tel: 55 5211 448-7112-22 Fax: 55 5211 448-7112-22
www.manualmoderno.com

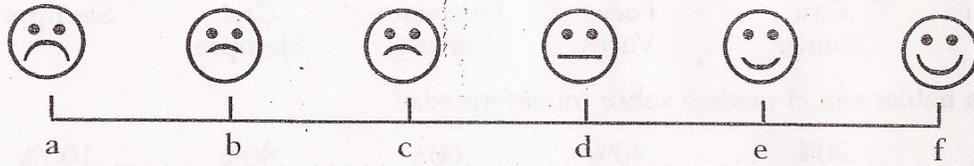
Algunos ítems de este cuestionario pueden ser modificados, adaptados o utilizados en otros lugares de forma gratuita o no gratuita, con el fin de mejorar, actualizar, complementar, reemplazar, o distribuir los mismos, siempre y cuando se mantenga el nombre de la editorial.

Anexo 3: Autoevaluación de Calidad de Vida.

BIENESTAR Y SALUD

51. En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida?

Elija una letra en la siguiente escala y enciérrela en un círculo.



La Peor
calidad de vida
posible

La Mejor
calidad de vida
posible

Tan mala o peor
que estar muerto(a)