



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

**Calidad del sueño en pacientes con Esquizofrenia Paranoide tratados con
Haloperidol vs Risperidona**

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

Dra. Eglantina Izar Urbina

Dra. Socorro González Valadéz

Asesor Teórico

Dr. Miguel Ángel Herrera Estrella

Asesor Metodológico

México, D.F. Mayo del 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis amigos Martín, Miguel y Coco.

ÍNDICE

1.- Introducción.....	1
2.- Marco teórico.....	2
2.1 Consideraciones sobre el sueño	2
2.2.- El Sueño normal.....	3
2.3.- El sueño en la esquizofrenia.....	4
2.4.- Antipsicóticos y sueño.....	6
2.4.- Calidad de sueño en la esquizofrenia.....	7
3.- Método.....	9
3.1 Justificación.....	9
3.2 Planteamiento.....	9
3.3 Objetivos: Generales y específicos.....	10
3.4 Hipótesis.....	11
3.5 Variables.....	11
3.6 Muestra.....	12
3.7 Criterios de selección.....	13
3.8 Tipo de estudio.....	14
3.9 Instrumentos.....	14
3.10 Procedimiento.....	19
3.11 Consideraciones éticas.....	20
4.- Resultados.....	21
5.- Discusión	27
6.- Conclusiones.....	30
7. Referencias Bibliográficas.....	31
8.- Anexos.....	33

ABREVIATURAS

DSM-IV TR.- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición, texto revisado (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.)

Cols.- Colaboradores

SCID-1 .- Entrevista Clínica estructurada del DSM- IV para trastornos del eje I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders)

PANSS.- Escala de Síndrome Positivo y Negativo. (The Positive and Negative Syndrome Scale)

HPFBA .- Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

ICSP.- Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

EAI.- Escala de Atenas de Insomnio

TABLAS

Tabla 1. Características Sociodemográficas

Tabla 2. Variables descriptivas

Tabla 3. Pruebas de muestras independientes

GRÁFICAS

Gráfica 1. Resultados del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg antes y después de tratamiento.

Gráfica 2. Resultados de la Escala Atenas de insomnio antes y después de tratamiento.

Gráfica 3. Resultado de la escala de PANSS antes y después de tratamiento

RESUMEN

Antecedentes: Las alteraciones del sueño parecen ser parte del cuadro clínico de la esquizofrenia. La mayoría de éstos pacientes en algún momento refiere mala calidad de sueño lo cual se relaciona con percepciones negativas de la calidad de vida. El objetivo de éste estudio es replicar la propuesta de que los antipsicóticos de segunda generación superan a los de primera generación en cuanto a mejorar la calidad de sueño en ésta población.

Método: Se incluyeron 30 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide durante el periodo de hospitalización, aplicándoles las siguientes escalas, antes y después de tratamiento por un mes: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, Escala de Atenas de Insomnio y Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia. Se dividieron en dos grupos según el antipsicótico que recibieran: haloperidol y risperidona.

Resultados: En el análisis de grupos, no se encontraron diferencias significativas en el ICSP y EAI antes y después de tratamiento. Sí hubo diferencias significativas entre grupos en las mediciones de PANSS en el pre tratamiento, pero no cuando se correlacionaron las mediciones de PANSS del pre y post tratamiento.

Conclusiones: La mala calidad de sueño es una percepción frecuente en los pacientes con esquizofrenia independientemente que sean tratados con un antipsicótico de primera o segunda generación. No encontramos relación entre la calidad de sueño y los síntomas positivos o negativos de la enfermedad.

Palabras clave: Calidad de sueño, esquizofrenia, antipsicóticos.

1. INTRODUCCIÓN

La prevalencia mundial de esquizofrenia es aproximadamente del 1%. Es una de las enfermedades neuropsiquiátricas más devastadoras y su edad de inicio se encuentra típicamente en la adolescencia. En la mayoría de los casos los individuos experimentan discapacidad mental, angustia y marginación social y económica durante toda la vida. Además, se enfrentan con una tasa de mortalidad elevada por suicidio y problemas de salud.¹

Actualmente se considera a la esquizofrenia como un trastorno del neurodesarrollo que implica la interrelación de múltiples genes de susceptibilidad y factores ambientales y dicha multiplicidad concuerda con el amplio y diverso grupo de síntomas clínicos de presentación. El diagnóstico se basa completamente en hallazgos clínicos y está orientado por los criterios definidos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición.² Los síntomas característicos se organizan en dos categorías principales: síntomas positivos y negativos. Los síntomas positivos pueden incluir alucinaciones, delirios, contenidos inusuales del pensamiento, habla desorganizada, conducta catatónica y gran desorganización del pensamiento. Los síntomas negativos incluyen aplanamiento afectivo, falta de volición y empobrecimiento del lenguaje. Se cree que la afectación cognitiva, o trastorno del pensamiento, es el síntoma definitorio fundamental de la enfermedad.

Las dificultades para iniciar o mantener el sueño son frecuentes en pacientes con esquizofrenia y los síntomas de mala calidad del sueño están relacionados directamente con valoraciones negativas de la calidad de vida.³ La alteración del sueño es, a menudo, parte de la fase prodrómica antes del desarrollo de

sintomatología psicótica; puede persistir durante el curso de la enfermedad y parece estar implicada en la fisiopatología de una variedad de aspectos clínicos de esta enfermedad.⁴ Así, la influencia de la medicación antipsicótica sobre el sueño en general y específicamente sobre el sueño en pacientes con esquizofrenia es de especial interés. Existen estudios previos que predicen que los antipsicóticos de segunda generación mejoran la estructura y la calidad de sueño en pacientes con esquizofrenia; el propósito de este estudio fue evaluar la calidad de sueño en ésta población para evidenciar que los antipsicóticos de segunda generación son superiores que los de primera generación.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Consideraciones sobre el sueño

El sueño es un proceso fisiológico que se presenta en todos los seres humanos y en las especies animales. Fue Constantino Von Ecnomo uno de los pioneros en el estudio del sueño, quien a principio del siglo XX describió el papel del hipotálamo en la fisiología del sueño; y desde entonces múltiples investigadores se ha dedicado a descifrar éste complejo sistema y su interrelación con otros procesos fisiológicos. El sueño proporciona una función restauradora y homeostática, y parece ser crucial para que la termorregulación y la conservación de la energía sean normales.⁴ En los últimos años, la evidencia de que los sistemas nervioso, endocrino e inmune son uno solo, nos obliga a considerar el sueño como parte de este conjunto, y así se abre una puerta amplia para entender

cómo el sueño regula y restaura globalmente la actividad del organismo, permitiéndonos comprender por qué las alteraciones endocrinas o inmunológicas tienen un marcado impacto sobre el ciclo sueño-vigilia.

En el área de la psiquiatría, las alteraciones del sueño se detectan en la mayoría de los pacientes con trastornos mentales y, a su vez, los trastornos psiquiátricos tienden a ser comunes en pacientes con alteraciones del sueño. Aproximadamente el 40% de las personas que se quejan de insomnio y el 46% de quienes lo hacen por excesiva somnolencia diurna presentan alguna enfermedad psiquiátrica.²

2.2 El sueño normal

El sueño según Michel Jouvet se define como: “La disminución natural, periódica y reversible de la percepción del medio externo, con la conservación de cierto grado de reactividad al medio y de las funciones autónomas”.

El sueño es periódico y presenta modificaciones fisiológicas concretas en cada una de sus etapas. La polisomnografía es el registro de tres medidas electrofisiológicas que definen las fases del sueño: electroencefalograma, movimientos oculares y tono muscular. Por medio de estas medidas, el sueño se divide en dos categorías, sueño de movimientos oculares rápidos (MOR), conocido internacionalmente por su sigla en inglés como sueño REM (rapid eye movement), y sueño no MOR o sueño no REM, que incluye cuatro estadios, de los cuales los dos últimos (3 y 4) corresponden al sueño de ondas lentas (SOL).⁵

En el 2007, la Academia Americana de Medicina del Sueño, propuso la siguiente clasificación para los diferentes estadios del sueño: 0=vigilia, N1=estadio 1, N2=estadio 2, N3=para los estadios 3 y 4 y R=para el sueño MOR, la cual publican como la puntuación visual del sueño.⁶ Sin embargo, con fines didácticos y en vista de que en la literatura revisada todavía no se utiliza esta nueva propuesta, se describen los estadios del sueño antes mencionados,⁵ con base en el Manual de puntuación de sueño, de Rechtschaffen y Kales, de 1968.⁷

2.3 El sueño en la Esquizofrenia

En los pacientes que padecen esquizofrenia, los síntomas de mala calidad del sueño están relacionados directamente con valoraciones negativas de la calidad de vida, además de disminución en la capacidad de afrontamiento de problemas.^{3,8}

El sueño escaso en los individuos con esquizofrenia que cursan con psicosis activa puede oscilar desde períodos de falta de sueño total hasta noches de insomnio importante. Este insomnio se experimenta como dificultad para quedarse dormido, pérdida del tiempo de sueño total, despertares múltiples y calidad del sueño degradada. El sueño puede ser intranquilo y agitado, y las pesadillas nocturnas no son infrecuentes. El tratamiento con antipsicóticos mejora la gravedad de este insomnio, sin embargo, incluso entre los pacientes que están clínicamente estables y son tratados con antipsicóticos los síntomas de alteración del sueño son frecuentes, en especial el insomnio precoz y medio.⁹ Los pacientes tratados con antipsicóticos tienen además una probabilidad mayor, en relación con

controles de la población general, de dormir durante el día y estar despiertos por la noche. Esta inversión del ritmo sueño-vigilia se asocia con síntomas subjetivos de mala calidad del sueño.¹⁰

La alta prevalencia de alteraciones del sueño y su posible relación en la fisiopatología de la esquizofrenia han motivado numerosos trabajos de investigación⁴, considerando grupos de individuos con esquizofrenia libre de fármacos y controles sanos con el fin de separar la influencia directa o indirecta de los medicamentos.^{1, 11-13}

Los estudios polisomnográficos de pacientes con esquizofrenia han revelado la existencia de diversas alteraciones en la estructura del sueño:

- a) alteración en la continuidad del sueño
- b) disminución del sueño de ondas lentas
- c) disminución de la latencia del sueño MOR
- d) aumento del porcentaje del sueño MOR
- e) disminución de la cantidad de sueño no MOR¹⁴

Los estudios sobre correlaciones de las anomalías del sueño en la esquizofrenia sugieren que el insomnio y el aumento de la actividad de movimientos oculares en el sueño REM se asocian con psicosis, síntomas positivos y emocionalidad; la deficiencia de sueño de ondas lentas parece estar relacionada con síntomas negativos y disfunción cognitiva. Sin embargo, tales estudios se ven afectados por la utilización de diferentes escalas de puntuación e instrumentos clínicos,

algoritmos diferentes para cuantificar los parámetros del sueño, muestras de pequeño tamaño, diferencias en el estado y la historia de la medicación, y la heterogeneidad de los pacientes esquizofrénicos, lo que contribuye a que los resultados sean variables y potencialmente inconsistentes entre los estudios.¹

Diversos estudios clinimétricos y polisomnográficos se han realizado, relacionando los síntomas positivos, negativos y cognitivos de la esquizofrenia con parámetros del sueño. Sin embargo, no se ha encontrado correlación significativa entre la calidad subjetiva del sueño y los síntomas positivos y negativos medido por la Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS).³

2.4 Antipsicóticos y sueño

Los antipsicóticos de primera generación mejoran el mantenimiento del sueño, al aumentar el tiempo total de sueño (TST) y la eficiencia de sueño (ES), y reducir la latencia de sueño (LS) y el despertar tras el inicio del sueño; aunque sus efectos sobre la latencia de sueño REM, el tiempo REM y la densidad de movimientos oculares del sueño REM son diferentes.¹ Dursum y cols. en 1999 reportaron mejor calidad de sueño en pacientes con esquizofrenia tratados con risperidona comparados con antipsicóticos típicos.¹⁵ Yamashita y cols. en el 2000 encontraron incremento en el sueño de ondas lentas (SOL) en un grupo de 9 pacientes con esquizofrenia tratados con risperidona comparados con haloperidol.¹⁶ Yamashita y cols. encontraron que a los pacientes con esquizofrenia a los que se les cambiaba de antipsicóticos de primera a segunda generación, expresaron mejoría significativa de la calidad subjetiva del sueño.¹⁷

Cohrs y cols. en una revisión del 2007 reportan que los antipsicóticos de segunda generación o atípicos han demostrado efecto como inductores del sueño, además de prolongación del tiempo total del sueño (TST) y aumento de la eficiencia del sueño tanto en sujetos sanos como en sujetos con esquizofrenia, con la excepción de la risperidona, que no demostró tales efectos. La influencia en los estadio 1 y 2 del sueño parece ser variables, mientras que olanzapina y ziprasidona demuestran incremento en el sueño de ondas lentas (SOL), clozapina mostró decremento en las mismas. Los efectos de estos antipsicóticos en el sueño pueden estar relacionados con su acción sobre la depresión, el deterioro cognitivo y posiblemente con los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. ⁴

2.5 Calidad de sueño en la esquizofrenia

El concepto de calidad del sueño es un constructo que puede ser evaluado mediante escalas de auto informe. Los elementos resultantes varían según los individuos encuestados. Este tipo de evaluación es fundamentalmente subjetiva e incluye aspectos cuantitativos como la duración del sueño, el número de despertares, el tiempo de latencia y aspectos cualitativos como la sensación de descanso, el estado de ánimo o el contenido onírico.¹⁸

El estudio del sueño no debería referirse únicamente al hecho de dormir bien durante la noche, sino que también debe incluir la exploración del buen funcionamiento diurno. El informe subjetivo del paciente es de suma importancia en las alteraciones del sueño; por ejemplo, la definición del insomnio incluye un

malestar subjetivo asociado con el inicio o mantenimiento del sueño; sin embargo, las apreciaciones varían según los individuos.¹⁹

La mayoría de las personas con esquizofrenia se quejan de alteraciones crónicas en el ciclo sueño-vigila.²⁰⁻²¹ Los trastornos del sueño pueden exacerbar la psicopatología de la enfermedad, causando malestar y afectando negativamente el funcionamiento general de las personas con esquizofrenia; entonces, el tratamiento de los trastornos del sueño puede contribuir a una mejor calidad de vida en pacientes con esquizofrenia.¹⁷

El Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh ha sido utilizado en varios estudios de individuos con esquizofrenia⁸, sin embargo los resultados no son contundentes debido a la heterogeneidad de los grupos de pacientes. Algunos dudan de las capacidades de las personas con esquizofrenia para que informen sobre sus propios patrones de sueño con precisión. Sin embargo, un estudio que compara polisomnografía con medidas subjetivas del sueño encontró que estaban altamente correlacionados en un grupo de pacientes con esquizofrenia crónica.²²

Del mismo modo, otros encontraron que las personas con enfermedad mental grave generalmente pueden reportar la calidad de sus vidas, así como aquellos con otras enfermedades no psiquiátricas.²³⁻²⁴

3. MÉTODO

3.1 Justificación

A pesar de los múltiples estudios que demuestran mejoras significativas en la estructura de sueño en los pacientes con esquizofrenia tratados con antipsicóticos de segunda generación, no es contundente la diferencia en cuanto a calidad del sueño cuando son comparados con antipsicóticos de primera generación. Los trastornos del sueño se han encontrado en 30-80% de los individuos con esquizofrenia, dependiendo del grado de sintomatología psicótica.⁴ Los estudios previos han investigado la calidad de sueño en individuos con esquizofrenia, pero no se cuenta con estudios longitudinales suficientes que comparen los de primera generación con los de segunda generación. Se requiere mayor sustento para considerar utilizar un antipsicótico de segunda generación particularmente si se desea incidir en la calidad de sueño del paciente.

3.2 Planteamiento del problema

Esta investigación evaluó la calidad de sueño de pacientes con esquizofrenia internados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el periodo comprendido de febrero a mayo del 2013; dicha evaluación se realizó en dos momentos, es decir, al ingreso y egreso de la hospitalización, o bien tres semanas después como mínimo. Las pruebas consistieron en aplicación de escalas auto y hetero aplicadas, éstas últimas por el equipo de investigadores: un médico residente y dos médicos psiquiatras. La finalidad de éste estudio como era

evidenciar que la calidad de sueño de los pacientes con esquizofrenia mejora con antipsicóticos de segunda generación cuando se compara con antipsicóticos de primera generación.

3.3 Objetivos

Objetivo General

Comparar mediante pruebas clínicas la calidad del sueño en pacientes con esquizofrenia antes y después de tratamiento con antipsicóticos de primera generación vs antipsicóticos de segunda generación.

Objetivos específicos

- a) Relacionar la severidad de la psicopatología evaluada mediante el puntaje de PANSS con la presencia o no de las alteraciones subjetivas del sueño en pacientes con esquizofrenia antes y después de tratamiento.
- b) Relacionar la calidad de sueño de los sujetos con esquizofrenia con el insomnio, medido también con pruebas clínicas.
- c) Conocer la presencia de alteraciones subjetivas del sueño en pacientes con esquizofrenia sin tratamiento en episodios críticos.
- d) Corroborar asociación entre síntomas negativos y mala calidad de sueño que se ha propuesto en estudios previos.

3.4 Hipótesis

Hi.- La calidad del sueño de los pacientes con esquizofrenia es mejor si se tratan con antipsicóticos de segunda generación.

Ho.- La calidad de sueño es similar en pacientes con esquizofrenia independientemente del tipo de antipsicóticos que utilicen.

3.5 Variables

Las variables a estudiar son: calidad de sueño, insomnio, y las puntuaciones tanto total como las sub-escalas de la Escala de PANSS. Estas variables serán analizadas en dos momentos, antes y después de tratamiento.

a) Calidad de sueño

La calidad de sueño es una dimensión amplia y compleja que comprende aspectos cuantitativos pero también subjetivos de bienestar y de funcionamiento diurno, entre otros. El Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP) proporciona una calificación global de la calidad del sueño a través de la evaluación de siete componentes hipotéticos. Una puntuación >5 distingue a los sujetos con un mal dormir de aquellos que duermen bien.

b) Insomnio

Se puede conceptualizar como la falta de sueño o la percepción subjetiva de que este es insuficiente o que no es restaurador. Para su medición se utilizó la

Escala Atenas de Insomnio que consta de 8 reactivos y la calificación total tiene un rango de 0 a 24 puntos. Se ha propuesto que una calificación igual o mayor a 6 puntos distingue a sujetos insomnes de aquellos sin insomnio.

c) Puntuación del PANSS

El PANSS es una escala para medir la severidad de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. Incluye 30 ítems los cuales son divididos en tres sub escalas: Síntomas positivos, Síntomas negativos y Psicopatología General. La puntuación en las escalas positiva, negativa y psicopatología general se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Las puntuaciones oscilan entre 7 y 49 puntos para las escalas positiva y negativa, y entre 16 y 112 para la psicopatología general. No existen puntos de corte para las puntuaciones directas obtenidas, sino que éstas se transforman mediante una tabla de conversión en percentiles.

3.6 Muestra

El estudio se realizó con 30 pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en el periodo comprendido de febrero a mayo del 2013. La muestra incluyó a hombres y mujeres que cumplieran con los criterios de selección y que aceptaran participar en la investigación previo consentimiento informado.

3.7 Criterios Selección

Criterios de inclusión

- a) Pacientes con esquizofrenia paranoide diagnosticada de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSMIV-TR.
- b) Edad de 18 a 45 años.
- c) Que lean y escriban en español.
- d) Aceptación de la participación firmando el consentimiento informado.
- e) Sin tratamiento al menos durante un mes incluyendo medicamentos psicotrópicos y antihipertensivos.
- f) Que durante su hospitalización, el médico tratante haya elegido haloperidol (5-20mg día) o risperidona (2-4mg día) como tratamiento.
- g) Que no tengan indicado otros psicofármacos como benzodiacepinas o moduladores afectivos.

Criterios de exclusión

- a) Con dependencia a sustancias, excepto nicotina.
- b) Que tengan un padecimiento afectivo concomitante.
- c) Con evidencia de alteraciones neurológicas francas o en EEG.
- d) Que cumplan criterios para otro tipo de esquizofrenia.
- e) Que padezcan hipertensión arterial sistémica.
- f) Que clínicamente presenten retraso mental.
- g) Antecedente de haber recibido Terapia Electroconvulsiva.
- h) Presencia de alteraciones del movimiento incluyendo disquinesia tardía.

3.8 Tipo de estudio

Es un estudio cuasi experimental, transversal, de comparación de medias.

Se analizarán las diferencias entre medias, entre grupos, e intra-grupos.

3.9 Instrumentos de medición

Entrevista Clínica estructurada del DSM- IV (SCID por sus siglas en inglés)

La Entrevista clínica estructurada para los trastornos del DSM-IV (SCID) se ha diseñado para que, con un alto grado de fiabilidad y validez, permita realizar el diagnóstico de la mayoría de los trastornos clínicos (Eje I) y de los trastornos de personalidad (Eje II) del DSM-IV. La SCID-VC consta de dos tipos de entrevista: a) una entrevista de exploración del sujeto, su entorno y sus problemas clínicos, denominada Visión general, y b) seis entrevistas específicas que constituyen otros tantos módulos, cada uno de ellos destinado a evaluar un tipo de trastornos del DSM-IV.²⁵

La SCID-VC produce diagnósticos más fiables, precisos y válidos que las entrevistas clínicas habituales. La fiabilidad entre entrevistadores (kappa) suele rondar entre 0,70 y 1,00 (First, Spitzer et al., 1999; Kranzler et al., 1995). También se ha encontrado que los clínicos, enfrentados a posteriori con diagnósticos realizados mediante la SCID-VC, los encuentran de utilidad e, incluso con frecuencia, pueden llegar a cambiar los tratamientos previamente prescritos.²⁵

Escala de síntomas positivos y negativos de la Esquizofrenia

La escala de síndromes positivo y negativo (The Positive and Negative Syndrome Scale PANSS) fue desarrollada por Kay y cols. en 1987. Está basada en la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), muchos de cuyos ítems incluye. Sus autores pretendieron mejorar las propiedades psicométricas de ésta y ampliar la evaluación de los síntomas negativos. Se escogieron aquellos ítems que mejor representaran la distinción positivo-negativo y se excluyeron los de dudosa filiación. En 1991 Kay diseñó una entrevista estructurada para la PANSS (SCIDPANSS), que mejora los parámetros de calidad de la misma. Se encuentra validada en nuestro país por Herrera y colaboradores.²⁶⁻²⁷

La escala se evalúa mediante una entrevista semiestructurada de 30-40 minutos de duración. Consta de 30 ítems (síntomas) que se puntúan de 1 (ausente) a 7 (extremo). Incluye tres sub escalas: la *positiva* (PANSS-P) de 7 ítems, la *negativa* (PANSS-N) también de 7 y la de *psicopatología general* (PANSS-PG) de 16 ítems. Se acepta una cuarta escala, la llamada *compuesta* (PANSS-C), que resulta de restar la puntuación de la negativa a la de la positiva.²⁶

Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente estudiadas, presentando buena validez interobservador y de constructo, elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,73 para la escala positiva, de 0,83 para la negativa y de 0,87 para la de psicopatología general) y adecuada estabilidad test-retest. El coeficiente de correlación intraclass es de alrededor de 0,80 para las tres subescalas. La comparación con otras escalas como BPRS, la SAPS y la SANS

arroja buenos índices de validez concurrente. Entre la subescala positiva de la PANSS y la SAPS $r = 0,77$ y entre la subescala negativa y la SANS $r = 0,77$. Por otra parte, al estudiar la correlación entre la subescala de psicopatología general y la Escala de Impresión Clínica Global el índice r era de 0,5225. Resulta adecuada para valorar la respuesta al tratamiento, así como la diferente respuesta al mismo de los síntomas predominantes positivos o negativos.²⁶⁻²⁷

Índice de calidad de Sueño de Pittsburgh

En 1989 Buysse y colaboradores presentaron el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP), un cuestionario autoaplicable que proporciona una calificación global de la calidad del sueño a través de la evaluación de siete componentes hipotéticos.²⁸ El ICSP ha logrado amplia aceptación en el área clínica y de investigación y se ha traducido a varios idiomas. Desde 1997 se encuentra disponible una traducción al español.²⁹

El ICSP se compone de 19 preguntas auto evaluación y 5 preguntas evaluado por un compañero de cama o de cuarto (sólo los artículos auto evaluación se utilizan en la puntuación de la escala). La escala auto-aplicada contiene 15 ítems de opción múltiple que preguntar sobre la frecuencia de trastornos del sueño y la calidad subjetiva del sueño y 4 de escritura en los puntos que indagan acerca la hora de acostarse, tiempo de despertador, la latencia del sueño y la duración del sueño. Las 5 preguntas al compañero de cama o habitación, son las calificaciones de opción múltiple de las alteraciones del sueño. Todos los artículos son breves y fáciles de comprender para la mayoría de los adolescentes y adultos. Los

elementos también se han adaptado para que puedan ser administrados por un médico o asistente de investigación.²⁹

El ICSP genera siete partituras que corresponden a los sectores mencionados anteriormente. Cada puntuación de componentes tiene un rango de de 0 (ninguna dificultad) a 3 (dificultad grave). Las calificaciones de los componentes se suman para producir una puntuación global (rango de 0 a 21). Una puntuación global del PSQI > 5 se considera ser indicativo de trastornos del sueño. Puntajes de corte no están disponibles para las escalas de los componentes.²⁹

El ICSP se validó en México por Jimenez Gechi y cols. resultando ser un instrumento sencillo y accesible tanto en términos de llenado como de obtención de la puntuación, confiable para la medición de la calidad del sueño en población mexicana tanto en el campo clínico como en el de investigación. El coeficiente de consistencia interna de 0.78 y los coeficientes de correlación significativos entre los reactivos y la suma total muestran, además, que su versión en español posee una confiabilidad aceptable. Tanto en el reporte original como en uno posterior se obtuvieron coeficientes de confiabilidad ligeramente más elevados (0.83 y 0.80). 8.13. Con las versiones en castellano se han obtenido coeficientes de 0.81 en población española y de 0.77 en población colombiana.³⁰

Escala Atenas de Insomnio

La Escala Atenas de Insomnio consta de 8 reactivos. Los primeros 4 abordan el dormir cuantitativamente el quinto reactivo la calidad del dormir y los últimos 3 el impacto diurno. El instrumento fue diseñado para evaluar el mes previo; sin

embargo, ofrece la posibilidad de ajustar dicho periodo a las necesidades clínicas o de investigación. Ha demostrado tener una consistencia interna y confiabilidad prueba-reprueba satisfactorias. La homologación al español fue realizada en México por Nenclares y Genchi. La escala presentó un alto grado de homogeneidad interna y obtuvo una alfa de Cronbach de 0.90 para toda la muestra, de 0.77 para los sujetos control y de 0.88 y 0.93 para los pacientes psiquiátricos hospitalizados y ambulatorios respectivamente. Los coeficientes de correlación entre el valor de cada reactivo y la puntuación total en la escala fueron de moderados a altos. En el análisis factorial, los reactivos de la escala surgieron como un solo componente con un porcentaje de la varianza explicada de 59.2% y coeficiente de correlación entre los reactivos de 0.38 a 0.75.³¹

Escala de Calgary para Depresión en la Esquizofrenia

Addington y colaboradores desarrollaron una escala para evaluar los síntomas depresivos en los pacientes esquizofrénicos. La escala se originó a partir de la escala de Depresión de Hamilton y del Examen del Estado Actual. Originalmente la escala comprendía 11 reactivos, de los cuales se eliminaron dos, por lo que la escala actualmente consta de 9 reactivos. El comportamiento de esta escala en su versión en el idioma inglés ha resultado muy satisfactoria, ya que puede identificar la presencia de síntomas depresivos asociados a esquizofrenia y diferenciarlos de los síntomas negativos y síntomas extrapiramidales.³²

En México se llevó a cabo su traducción y validación al estudiar a 103 pacientes del Hospital Fray Bernardino Álvarez y del Instituto Nacional de Psiquiatría con el

diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-III-R. A cada uno de los pacientes se les aplicó la escala de Calgary, la Escala de Depresión de Beck y la Escala de Dimascio de síntomas extrapiramidales. A la mitad restante se les aplicó la Escala de Calgary en dos días diferentes en una misma semana por diferentes evaluadores³²

Se observó una correlación significativa entre las puntuaciones totales de la Escala Calgary y la Escala de Depresión de Beck. Los resultados obtenidos indican que la Escala de Calgary para evaluar la depresión en la Esquizofrenia tiene una validez concurrente satisfactoria y su reproducibilidad también es aceptable, permitiendo el estudio de síntomas depresivos en esquizofrenia.³²

3.10 Procedimiento

Los pacientes fueron seleccionados según los criterios establecidos en las primeras 48 horas del internamiento. Previo consentimiento informado, se confirmó el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide con la entrevista estructurada basada en los criterios del DSMIV (SCID I), se evaluó la severidad clínica con la escala de PANSS y se aplicó la Escala de Calgary para excluir a aquellos pacientes con síntomas depresivos concomitantes; posteriormente se aplicaron las escalas de Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg y Escala de Insomnio de Athenas. La segunda aplicación de pruebas clinimétricas se llevó a cabo entre los días 25-30 de internamiento. Fueron excluidos del estudio aquellos pacientes en quienes se consideró cambio de antipsicótico por cualquier motivo o que se indicó tratamiento adjunto con anticonvulsivos y benzodiacepinas.

3.11 Consideraciones éticas

El estudio se considera de riesgo mínimo al no incluir procedimientos invasivos. Los pacientes fueron informados del estudio y fueron libres de participar. Los datos obtenidos en estas evaluaciones son confidenciales. La información obtenida ha sido resguardada por los investigadores involucrados en el proyecto y los nombres de los participantes no aparecerán en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida, salvaguardando la confidencialidad y privacidad.

4. RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 30 pacientes, 16 mujeres y 14 hombres, con una edad promedio de 32 +- 8; en cuanto a estado civil, 20 eran solteros, 5 vivían con pareja, 2 tenían una relación de noviazgo y 3 dijeron ser separados. El promedio de escolaridad en años fue de 10.4 años. En cuanto a ocupación, 17 pacientes no tenían ocupación, 4 tenían un sub-empleo, 3 trabajaban jornada completa, 3 se dedicaban a labores del hogar y 3 estudiantes. Los resultados previos se muestran en la tabla 1.

Se hizo prueba T de student para ver la diferencia entre grupos (Tabla 3). En la medición pre- tratamiento no se encontraron diferencias significativas entre grupos en las escalas Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP) y Escala Atenas de Insomnio (EAI), ver gráficas 1 y 2. Se encontraron diferencias significativas en la puntuación total del PANSS entre grupos pre tratamiento siendo de 106 puntos en el grupo de risperidona y 126 puntos en el grupo de haloperidol (gráfica 3); ésta diferencia radicó en la sub-escala de síntomas negativos (grupo de risperidona 25.9 puntos y grupo de haloperidol 32.3 puntos), pero sin diferencia en Síntomas Positivos y Psicopatología General.

En la medición post tratamiento no hubo diferencia significativa entre grupos para CSP y EAI (gráficas 1 y 2). Se encontró diferencia significativa en la medición post tratamiento del PANSS con puntuación de 70 en el grupo de risperidona y 81 puntos en el grupo de haloperidol; no se encontró diferencia significativa en las puntuaciones de las tres sub-escalas.

Tabla 1. Características Sociodemográficas					
Variable Sociodemográfica			Risperidona(20)		Haloperidol(10)
Edad(años)			36		29
Sexo (No.)					
	Masculino		9		5
	Femenino		11		5
Estado Civil (No.)					
	Soltero		14		6
	Noviazgo		2		0
	Unión Libre		1		3
	Casado		1		0
	Divorciado		2		1
	Viudo		0		0
	Separado		0		0
Escolaridad					
	Promedio (años)		11.25		9.4
Ocupación (No.)					
	No labora		11		6
	Medio tiempo		0		0
	Subempleo		1		3
	Jornada completa		2		1
	Ama de casa		3		0
	Estudiante		3		0

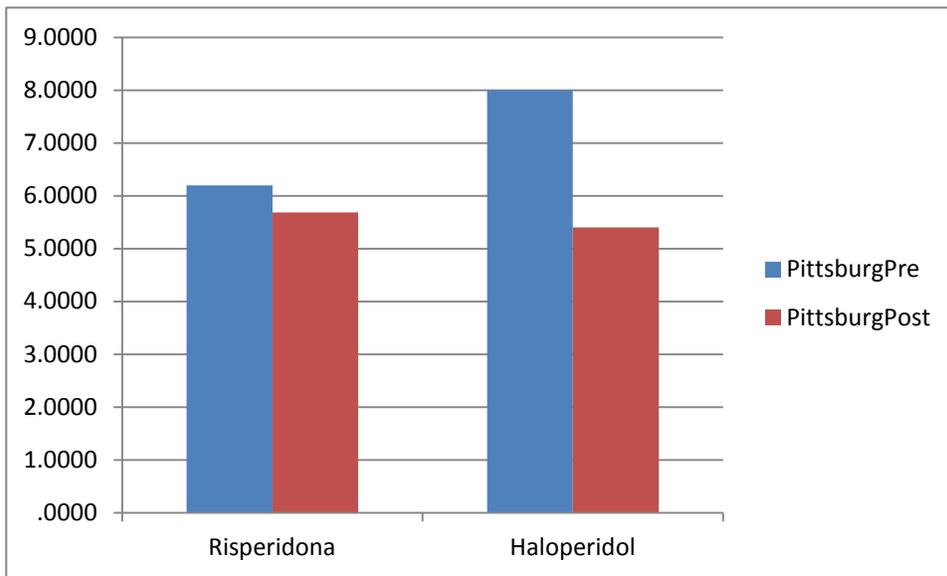
Tabla 2. Variables descriptivas

	Medicamento	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Edad	Risperidona	20	31.2000	9.07628	2.02952
	Haloperidol	10	36.1000	7.85211	2.48305
PreAthe	Risperidona	11	6.0000	6.04979	1.82408
	Haloperidol	4	7.2500	8.01561	4.00780
PrePitt	Risperidona	15	6.2000	3.85820	.99618
	Haloperidol	7	8.0000	5.25991	1.98806
PrePanss	Risperidona	20	106.0000	23.93192	5.35134
	Haloperidol	10	125.4000	19.50043	6.16658
PreSintPos	Risperidona	20	30.2500	8.48451	1.89719
	Haloperidol	10	32.1000	6.91938	2.18810
PreSintNeg	Risperidona	20	25.9000	6.86639	1.53537
	Haloperidol	10	32.3000	9.01912	2.85209
PrePatGen	Risperidona	20	49.8500	12.91378	2.88761
	Haloperidol	10	61.0000	8.90693	2.81662
PostAthe	Risperidona	19	5.0526	4.46559	1.02448
	Haloperidol	9	4.8889	4.53995	1.51332
PostPitt	Risperidona	19	5.6842	3.23269	.74163
	Haloperidol	10	5.4000	3.27278	1.03494
PostPanss	Risperidona	20	70.2000	15.25778	3.41174
	Haloperidol	10	81.6000	12.87720	4.07213
PostSintPos	Risperidona	20	18.6000	7.94984	1.77764
	Haloperidol	10	20.2000	7.82872	2.47566
PostSintNeg	Risperidona	20	20.4000	4.97785	1.11308
	Haloperidol	10	24.4000	7.89092	2.49533
PostPatGen	Risperidona	20	34.8000	10.85600	2.42747
	Haloperidol	10	42.2000	12.97690	4.10366

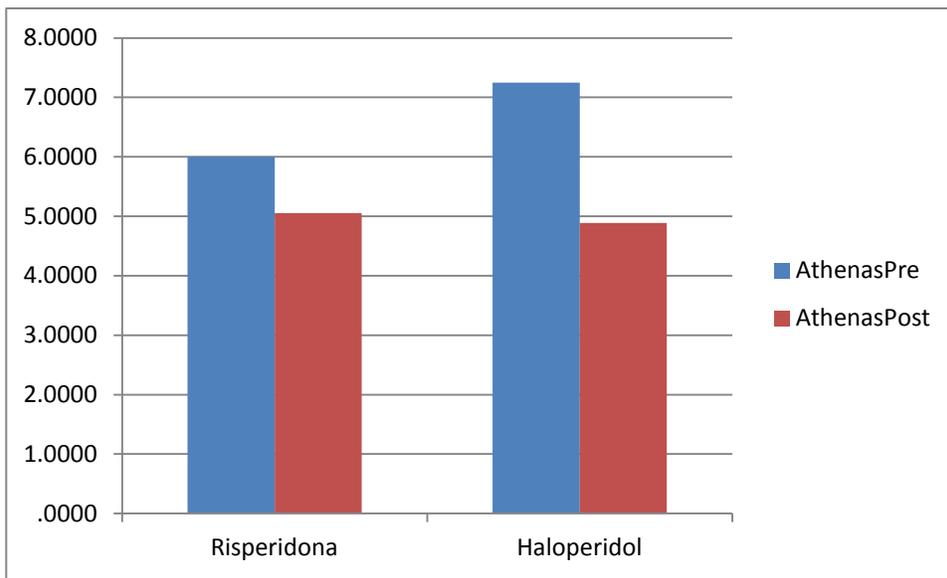
Tabla 2. Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. De la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Edad	Se han asumido varianzas iguales	1.234	.276	-1.454	28	.157	-4.90000	3.37012	-11.80337	2.00337
	No se han asumido varianzas iguales			-1.528	20.672	.142	-4.90000	3.20695	-11.57567	1.77567
PreAthe	Se han asumido varianzas iguales	.349	.565	-.327	13	.749	-1.25000	3.82786	-9.51960	7.01960
	No se han asumido varianzas iguales			-.284	4.316	.790	-1.25000	4.40338	-13.13065	10.63065
PrePitt	Se han asumido varianzas iguales	1.246	.278	-.909	20	.374	-1.80000	1.98048	-5.93120	2.33120
	No se han asumido varianzas iguales			-.809	9.144	.439	-1.80000	2.22368	-6.81825	3.21825
PrePanSS	Se han asumido varianzas iguales	.857	.362	-2.216	28	.035	-19.40000	8.75390	-37.33155	-1.46845
	No se han asumido varianzas iguales			-2.376	21.802	.027	-19.40000	8.16477	-36.34160	-2.45840
PreSintPos	Se han asumido varianzas iguales	.241	.627	-.596	28	.556	-1.85000	3.10413	-8.20852	4.50852
	No se han asumido varianzas iguales			-.639	21.786	.530	-1.85000	2.89605	-7.85947	4.15947
PreSintNeg	Se han asumido varianzas iguales	2.366	.135	-2.167	28	.039	-6.40000	2.95312	-12.44918	-.35082
	No se han asumido varianzas iguales			-1.976	14.399	.068	-6.40000	3.23911	-13.32916	.52916
PrePatGen	Se han asumido varianzas iguales	5.033	.033	-2.445	28	.021	-11.15000	4.56063	-20.49203	-1.80797
	No se han asumido varianzas iguales			-2.764	24.855	.011	-11.15000	4.03381	-19.46025	-2.83975
PostAthe	Se han asumido varianzas iguales	.125	.727	.090	26	.929	.16374	1.81632	-3.56975	3.89724
	No se han asumido varianzas iguales			.090	15.560	.930	.16374	1.82748	-3.71925	4.04674
PostPitt	Se han asumido varianzas iguales	.373	.547	.224	27	.824	.28421	1.26819	-2.31791	2.88633
	No se han asumido varianzas iguales			.223	18.215	.826	.28421	1.27323	-2.38850	2.95692
PostPanSS	Se han asumido varianzas iguales	.817	.374	-2.025	28	.052	-11.40000	5.62945	-22.93141	.13141
	No se han asumido varianzas iguales			-2.146	21.137	.044	-11.40000	5.31246	-22.44352	-.35648
PostSintPos	Se han asumido varianzas iguales	.315	.579	-.522	28	.606	-1.60000	3.06396	-7.87624	4.67624
	No se han asumido varianzas iguales			-.525	18.361	.606	-1.60000	3.04777	-7.99411	4.79411
PostSintNeg	Se han asumido varianzas iguales	.961	.335	-1.702	28	.100	-4.00000	2.35038	-8.81453	.81453
	No se han asumido varianzas iguales			-1.464	12.700	.168	-4.00000	2.73233	-9.91706	1.91706
PostPatGen	Se han asumido varianzas iguales	.054	.818	-1.650	28	.110	-7.40000	4.48497	-16.58705	1.78705
	No se han asumido varianzas iguales			-1.552	15.501	.141	-7.40000	4.76787	-17.53393	2.73393

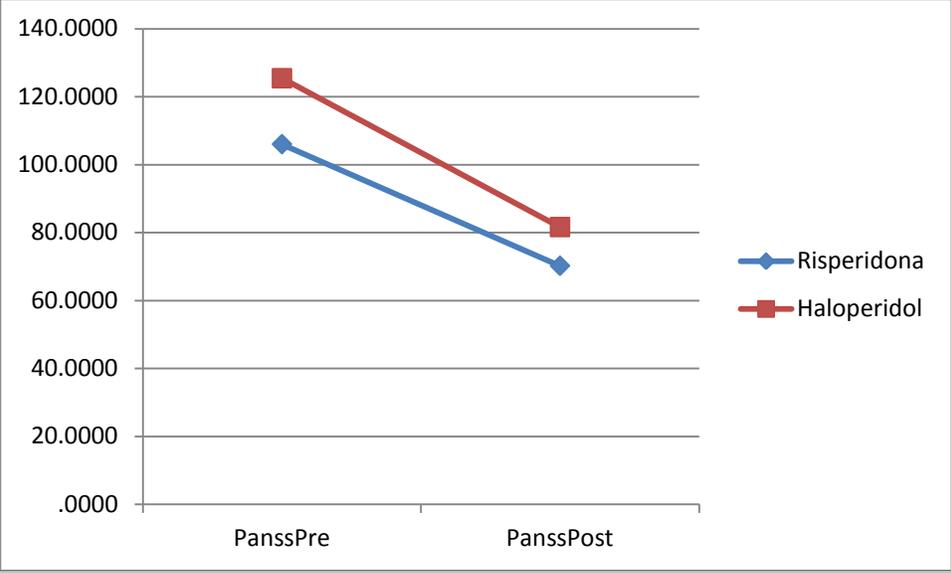
Gráfica 1. Resultados del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg antes y después de tratamiento.



Gráfica 2. Resultados de la Escala Atenas de insomnio antes y después de tratamiento.



Gráfica 3. Resultado de la escala de PANSS antes y después de tratamiento



5. DISCUSIÓN

El estudio de las alteraciones del sueño en la esquizofrenia ha sido causa de múltiples investigaciones, se tienen datos firmes sobre las alteraciones en la estructura del sueño en esquizofrénicos sin tratamiento y en los últimos años se han reportado más estudios con la influencia de los diferentes antipsicóticos tanto en la estructura como en la calidad de sueño de ésta población.

Para ésta investigación, se encontraron pocos antecedentes que evaluaran la calidad de sueño en pacientes con esquizofrenia, quedando aún muchos datos por analizar pues las muestras estudiadas han sido muy heterogéneas tanto en el número como en las características de las muestras. No encontramos antecedentes evaluación del sueño antes de después de tratamiento.

Royuela y cols. en el 2002, evaluaron la calidad de sueño en 44 pacientes con esquizofrenia comparados con controles sanos. La muestra incluyó a 24 sujetos con esquizofrenia paranoide, 15 con esquizofrenia hebefrénica y 1 sujeto con esquizofrenia indiferenciada; la mitad de la muestra tenía benzodiazepinas como parte del tratamiento. Se aplicó la escala ICSP cuando los pacientes no estaban en crisis, reportando un promedio de 6.6 puntos \pm 3.7, mientras que el promedio de los controles fue de 4.5 \pm 3.3. Ellos concluyeron que la calidad de sueño en los pacientes con esquizofrenia está afectada.²¹ Nosotros encontramos también que los pacientes bajo tratamiento refieren mala calidad de sueño, con una calificación del ICSP de 5 \pm 3.7 para ambos grupos, sin diferencia significativa entre los grupos de haloperidol (5.4 puntos) y risperidona (5.6 puntos). Otro punto a resaltar es que la muestra actual tenía monoterapia y el uso concomitante con

benzodiazepinas afecta la arquitectura del sueño particularmente disminuyendo el sueño de ondas lentas (SOL); tampoco supimos la severidad de la psicopatología ni las dificultades en la aplicación de la escala en el subgrupo de pacientes con esquizofrenia hebefrénica.

Ristner y cols. en el 2004, examinaron la relación entre la calidad de vida y la calidad de sueño subjetiva en pacientes esquizofrénicos y su relación con severidad de los síntomas, efectos adversos a medicamentos y estrés emocional. Ellos evaluaron a 145 pacientes con esquizofrenia de los cuales 101 eran considerados con Esquizofrenia Paranoide, la edad media fue de 22 años y se encontraban en tratamiento con antipsicóticos tanto de primera como de segunda generación. Los resultados del ICSP fueron similares en los grupos de pacientes hospitalizados y ambulatorios, 5.5 +- 4.2 y 6.3 +- 4.2 respectivamente. El 45% de la muestra fueron considerados con mala calidad de sueño (“poor sleepers”) lo cual se relacionaba con insatisfacción con la vida en general cuando se comparaban con los que dormían bien (“good sleepers”). No hubo correlación entre el puntaje del ICSP con la severidad de los síntomas medido con la Escala de Síntomas Positivos y Negativos en la Esquizofrenia.³ Los resultados del ICSP son similares a los nuestros en la calificación final. En cuanto a la relación entre la severidad de los síntomas y la calidad de sueño, no hubo diferencias significativas en la segunda medición o medición final.

Yamashita y cols. en el 2004 investigaron los efectos de antipsicóticos de segunda generación en la calidad de sueño de esquizofrénicos que previamente habían sido tratados con antipsicóticos de primera generación. Se incluyeron 92

sujetos a quienes se les aplicó el ICSP y PANSS al inicio y ocho semanas después del cambio de antipsicótico el cual fue asignado de manera aleatoria. Ellos concluyeron que los antipsicóticos de segunda generación mejoran calidad de sueño subjetiva cuando se comparan con antipsicóticos de primera generación y estos datos pueden estar relacionados a la mejoría en los síntomas negativos.¹⁷

En nuestro estudio no hubo mejoría en la calidad de sueño antes y después de tratamiento entre grupos, ni tampoco relación entre síntomas negativos y calidad de sueño en las mediciones post-tratamiento.

Una de las limitantes de nuestro estudio fue la selección de pacientes tratados con monoterapia en base a antipsicóticos pues es frecuente que reciban además otros fármacos hipnóticos para el tratamiento del insomnio, especialmente benzodiazepinas. Sin embargo, la mayor parte de estos compuestos inhiben el sueño de ondas lentas por lo que no resultan apropiados para el tratamiento del insomnio.⁴ Recientemente, en una revisión de Cochrane, se expuso que no existe evidencia convincente para confirmar o refutar la práctica de la administración de benzodiazepinas como monoterapia o en combinación con antipsicóticos para el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia y las psicosis similares a la esquizofrenia. Cierta evidencia de baja calidad sugiere que las benzodiazepinas son eficaces para la sedación a muy corto plazo y podrían ser consideradas solamente para calmar a las personas con esquizofrenia extremadamente agitadas.³³ Será necesario replicar nuestros hallazgos con muestras más amplias y homogéneas además de validar la aceptación de autoinformes en pacientes psicóticos en crisis o con puntajes elevados en la escala de PANSS.

6. CONCLUSIONES

Las alteraciones del sueño se encuentran en la mayoría de los pacientes con esquizofrenia y la calidad de sueño se relaciona con percepción de mala calidad de vida. Independientemente de los cambios estructurales descritos en las fases del sueño en los pacientes esquizofrénicos ya se tratados farmacológicamente o no, la mala calidad de sueño representa una de las quejas principales de la enfermedad. Una de las dificultades de abordar los trastornos del sueño es la medición pues se trata de calificaciones subjetivas; existen pocos estudios que hayan usado el ICSP en esquizofrénicos. Aunque existen reportes que sugieren que los antipsicóticos de segunda generación mejoran la calidad de sueño, nosotros no pudimos confirmar tal hipótesis pues no hubo diferencia significativa en las puntuaciones antes y después de tratamiento. Lo anterior puede estar asociado a la validez de la escala en pacientes con gran severidad de los síntomas para lo cual será necesario replicar en otro estudio, o bien generar otro instrumento para medir la calidad de sueño en esquizofrénicos.

Nosotros encontramos que la mala calidad de sueño y el insomnio prevalecen en los pacientes con esquizofrenia y no hubo diferencia entre antipsicóticos de primera y segunda generación. Tampoco encontramos relación entre la calidad de sueño y la severidad de los síntomas. Por lo tanto, es necesario continuar el enfoque en la calidad de sueño con la finalidad de mejorar ésta percepción y de manera subsecuente la calidad de vida.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benson KL., Sleep in schizophrenia: impairments, correlates, and treatment. *Psychiatr Clin North Am* 2006 Dec; 29 (4): 1033-45
2. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. 2002. Barcelona: Masson.
3. Ritsner M et al. Perceived quality of life in schizophrenia: relationships to sleep quality. *Qual Life Res* 2004, 13:783-791.
4. Cohrs S., Sleep disturbances in patients with schizophrenia: impact and effect of antipsychotics. 2008. *CNS Drugs* 22, 939–962.
5. Carskadon M.A. and Dement W.C. Normal human sleep: An overview. En: *Principles and Practice of Sleep Medicine*, M.H. Kryger, T. Roth, Philadelphia, 1989: 3-13.
6. Silber MH et al. The visual scoring of sleep in adults. *J Clin Sleep Med*. 2007; 3(2):121-31.
7. Rechtschaffen A, Kales A: A manual of standardized terminology: techniques and scoring system for sleep stages of human subjects. Los Angeles, CA, Brain Research Institute: National Institutes of Health publication 2040, UCLA, 1968.
8. Hofstetter JR., Quality of sleep in patients with schizophrenia is associated with quality of life and coping. *BMC Psychiatry* 2005; 5 (1): 13
9. Haffmans PM, Hoencamp E, Knegtering HJ, et al. Sleep disturbance in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1994 Nov; 165 (5): 697-8
10. Hofstetter JR et al. Sleep and daily activity preferences in schizophrenia: associations with neurocognition and symptoms. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 408-10.
11. Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, et al. Sleep and psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49 (8): 651-68
12. Chouinard S., et al. Sleep in untreated patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2004; 30, (4): 957-67
13. Navarro JF, Davila G. Psicopatología y sueño: I. esquizofrenia. *Psicología Conductual* 1998; 6 (1): 49-62
14. Medina O et al. Alteraciones del sueño en los trastornos psiquiátricos. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. XXXVI / No. 4 / 2007
15. Dursun et al., 1999. Effects of typical antipsychotic drugs and risperidone on the quality of sleep in patients with schizophrenia: a pilot study. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 24, 333–337.
16. Yamashita H. et al. Effects of risperidone on sleep in schizophrenia: a comparison with haloperidol. *Psychiatry Research* 109 (2002), 137-142.

17. Yamashita H. et al. Effects of changing from typical to atypical antipsychotic drugs on subjective sleep quality in patients with schizophrenia in a Japanese population. *J Clin Psychiatry* 2004, 65:1525-1530.
18. Valencia M, Salin R. *Trastornos del dormir*. México: McGraw-Hill. Interamericana, 2000.
19. H. A. Lomelí et al. Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(1):50-59.
20. Doi Y. et al. Psychometric assessment of subjective sleep quality using the Japanese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) in psychiatric disordered and control subjects. *Psychiatry Res* 2000, 97:165-172.
21. Royuela A. et al. Sleep in schizophrenia: a preliminary study using the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Neurobiology of Sleep-Wakefulness Cycle* 2002, 2:37-39.
22. Rotenberg VS et al. The relationship between objective sleep variables and subjective sleep estimation in schizophrenia. *Int J Psych Clin* 2003, 4:63-67.
23. M. Bell et al. Are self-reports valid for schizophrenia patients with poor insight? Relationship of unawareness of illness to psychological self-report instruments *Psychiatry Research* 151 (2007) 37–46.
24. N. Niv et al. The validity of using patient self-report to assess psychotic symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 90 (2007) 245–250
25. First, M. B., et al. *Guía del usuario para la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión clínica. SCID-I.1999. Masson.pp 0-150*
26. Kay SR., et al. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizoph Bull* 1987; 13(2): 261-76.
27. Herrera M. et al. Estudio de confiabilidad de la traducción al español de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos para valorar esquizofrenia. *Psiquis*, 1993(2):47-51.
28. Buysse DJ et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989, 28:193-213.
29. Royuela A, Macías JA. Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño* 1997, (9) 81-94.
30. Jiménez-Genchi et al. Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gac Méd Méx*. 2008, 144 (6) 491-496.
31. Nenclares A., et al. Estudio de validación de la traducción al español de la escala athenas de insomnio. *Salud mental*, 2005, 28 (5) 34-39.
32. Ortega-Soto H, Validez y reproducibilidad de una escala para evaluar la depresión en pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental*, 1994, 17 (3) 7-12.
33. Dold M. et al. Benzodiazepines for Schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, 11: 63-91.

ANEXOS

Carta de consentimiento informado

Nombre del paciente: _____

Registro: _____

Lo invitamos a participar en un estudio de investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez llamado: "Calidad del sueño en pacientes con Esquizofrenia Paranoide tratados con Haloperidol vs Risperidona". Éste estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Objetivos del estudio.

El objetivo es comparar la calidad del sueño de pacientes con Esquizofrenia Paranoide que son tratados con el fármaco Haloperidol y aquellos que son tratados con el fármaco Risperidona.

Procedimientos del estudio

Para el estudio, requerimos de su cooperación y así contar con la mayor cantidad posible de información sobre su padecimiento actual. Para el diagnóstico y evaluación de sus síntomas, se utilizarán entrevistas médicas y escalas clínicas. Durante la entrevista, usted podría sentirse incómodo de revelar información personal por lo cual se garantiza absoluta confidencialidad y anonimato de la información. No se le cobrará ningún recargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con esta investigación. Su participación es voluntaria y previa consulta con los investigadores asignados, podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte su atención y tratamiento en esta Institución.

Ventajas Posibles

- 1.- Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor la naturaleza de la enfermedad.
- 2.- Usted podrá discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen.
- 3.- Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de la esquizofrenia paranoide y las alteraciones del sueño.

Confidencialidad.

Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son confidenciales. Se asignará un código a los expedientes, por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Carta de Consentimiento

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio. **Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.** Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados.

En caso de dudas respecto al estudio o comentarios, no dude en comunicarse con el investigador principal, la Dra. Eglantina Izar Urbina, al teléfono 55731500 extensión 142.

Nombre y Firma del Paciente

Fecha

Nombre y Firma del Testigo

Fecha

Nombre y Firma del Testigo

Fecha

Nombre y Firma del Investigador

Fecha

Instrumentos

ESCALA DE SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS PARA LA ESQUIZOFRENIA PANSS

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Marque con un círculo la evaluación apropiada para cada ítem de la entrevista clínica que se especifica a continuación. Consulte el manual de evaluación para las definiciones de los ítems, la descripción de los puntos concretos y el procedimiento para la puntuación.

1 = ausente; 2 = mínimo; 3 = leve; 4 = moderado; 5 = moderadamente severo; 6 = severo; 7 = extremo.

1) SUBESCALA POSITIVA

P1	Delirios	1	2	3	4	5	6	7	__
P3	Conducta alucinatoria	1	2	3	4	5	6	7	__
P5	Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7	__
P6	Susplicacia/persecución	1	2	3	4	5	6	7	__
N7	Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7	__
G1	Preocupación Somática	1	2	3	4	5	6	7	__
G9	Contenidos de pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7	__
G12	Falta de juicio y discernimiento	1	2	3	4	5	6	7	__

Total

—

2) SUBESCALA NEGATIVA

N1	Afecto adormecido o embotado	1	2	3	4	5	6	7	__
N2	Retirada emocional	1	2	3	4	5	6	7	__
N3	Empatía limitada	1	2	3	4	5	6	7	__
N4	Retirada social apática/pasiva	1	2	3	4	5	6	7	__
N6	Dificultad para la conversación fluida	1	2	3	4	5	6	7	__
G7	Retraso motor	1	2	3	4	5	6	7	__
G16	Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7	__

Total

—

3) SUBESCALA COGNITIVA

P2	Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7	__
N5	Dificultad para pensar en abstracto	1	2	3	4	5	6	7	__
G5	Manerismo y actitud postural	1	2	3	4	5	6	7	__
G11	Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7	__
G13	Alteración de la voluntad	1	2	3	4	5	6	7	__
G15	Preocupación	1	2	3	4	5	6	7	__
G10	Desorientación	1	2	3	4	5	6	7	__

Total

—

4) SUBESCALA DE EXCITABILIDAD

P4	Excitación	1	2	3	4	5	6	7	__
P7	Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7	__
G8	Falta de cooperación	1	2	3	4	5	6	7	__
G14	Deficiente control de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7	__

Total

—

5) SUBESCALA DE ANSIEDAD/DEPRESION

G2	Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7	__
G3	Sentimiento de culpabilidad	1	2	3	4	5	6	7	__
G4	Tensión	1	2	3	4	5	6	7	__
G6	Depresión	1	2	3	4	5	6	7	__

Total

—

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Nombre completo: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor conteste TODAS las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse? _____
2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes? _____
(Apunte el tiempo en minutos)
3. Durante el último mes, ¿a que hora se ha estado levantando por la mañana? _____
4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? _____
(el tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama) (Apunte las horas que cree haber dormido).

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Por favor, conteste TODAS las preguntas.

5. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:

a) *No poder conciliar el sueño en la primera media hora:*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

b) *Despertarse durante la noche o de madrugada:*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

c) *Tener que levantarse para ir al sanitario:*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

d) *No poder respirar bien:*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

e) *Toser o roncar ruidosamente:*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

f) *Sentir frío:*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

g) *Sentir demasiado calor:*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

h) *Tener pesadillas o "malos sueños":*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

i) *Sufrir dolores:*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

j) *Otras razones (por favor descríbalas a continuación):*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

6. Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?

- Bastante buena
- Buena
- Mala
- Bastante mala

7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el "tener ánimos" para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- Ningún problema
- Un problema muy ligero
- Algo de problema
- Un gran problema

Escala Atenas de Insomnio

Nombre completo: _____ Edad _____ Sexo: _____

Instrucciones: Esta escala está diseñada para registrar su propia percepción de cualquier dificultad en el dormir que usted pudiera haber experimentado. Por favor marque (encerrando en un círculo el número correspondiente) la opción debajo de cada enunciado para indicar su estimación de cualquier dificultad, siempre que haya ocurrido durante la última semana.

Inducción del dormir (tiempo que le toma quedarse dormido una vez acostado).

- 0.- Ningún problema.
- 1.- Ligeramente retrasado
- 2.- Marcadamente retrasado
- 3.- Muy retrasado o no durmió en absoluto.

Despertares durante la noche

- 0.- Ningún problema.
- 1.- Problema menor.
- 2.- Problema considerable
- 3.- Problema serio o no durmió en absoluto.

Despertar final más temprano de lo deseado.

- 0.- No más temprano.
- 1.- Un poco más temprano.
- 2.- Marcadamente más temprano.
- 3.- Mucho más temprano o no durmió en lo absoluto.

Duración total del dormir.

- 0.- Suficiente.
- 1.- Ligeramente insuficiente.
- 2.- Marcadamente insuficiente.
- 3.- Muy insuficiente o no durmió en absoluto.

Calidad general del dormir (no importa cuanto tiempo durmió usted).

- 0.- Satisfactoria
- 1.- Ligeramente insatisfactoria
- 2.- Marcadamente insatisfactoria.
- 3.- Muy insatisfactoria o no durmió en absoluto.

- 3.- Muy insatisfactoria o no durmió en absoluto.

Sensación de bienestar durante el día.

- 0.- Normal
- 1.- Ligeramente disminuida.
- 2.- Marcadamente disminuida.
- 3.- Muy disminuida.

Funcionamiento (físico y mental) durante el día.

- 0.- Normal.
- 1.- Ligeramente disminuido.
- 2.- Marcadamente disminuido.
- 3.- Muy disminuido.

Somnolencia durante el día.

- 0.- Ninguna.
- 1.- Leve.
- 2.- Considerable.
- 3.- Int