

11241

56

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE MEDICINA.  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

para obtener el Diploma en Especialista en Psiquiatría General.

"SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS Y CALIDAD DE VIDA EN EL  
PACIENTE ESQUIZOFRENICO"

ALUMNO: Dr. Gregorio Jaime Sánchez Martínez

TUTORES

DR FRANCISCO PÁEZ AGRAZ  
Metodológico

DR ROGELIO APIQUÁN GUITART  
Teórico

Febrero del 2000

**PSICOLOGIA  
MEDICA**  
**DEPTO. DE PSIQUIATRIA  
Y SALUD MENTAL**  
**U. N. A. M.**

279273  
2000



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.

## RESUMEN

La calidad de vida es una variable dependiente cada vez más requerida en estudios que involucran maniobras terapéuticas en la esquizofrenia.

El **objetivo** de esta investigación fue el traducir y evaluar la confiabilidad de la escala de calidad de vida de Winsconsin así como determinar la relación entre la psicopatología y las dimensiones de calidad de vida.

**Método:** en un estudio de observación transversal se reclutaron pacientes con diagnóstico de esquizofrenia confirmado por la entrevista SCID. Una vez obtenido el consentimiento, se solicitaba al paciente el llenado de la escala de calidad de vida y un psiquiatra le aplicaba la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS).

**Resultados:** se estudiaron 40 pacientes con esquizofrenia. La escala de calidad de vida en su versión castellana arrojó consistencias internas entre 0.50s y 0.80s para las diferentes subescalas de medición. Se encontraron correlaciones inversas significativas entre los síntomas positivos, síntomas negativos y psicopatología general entre 4 de las 7 dimensiones continuas que evalúa el instrumento de calidad de vida.

**Conclusión.** La versión castellana de la escala de calidad de vida de Winsconsin tiene un comportamiento psicométrico similar a su original y las dimensiones se correlacionan en forma congruente con la literatura internacional con respecto al PANSS:

## MARCO TEÓRICO

### DEFINICION DE CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida se define como la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo; esta definición incluye las causas externas al individuo que pueden modificar su salud o estado de salud. Es un concepto amplio e incluye no solo el estado de salud, sino también la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud, etc. La calidad de vida es un concepto que hace referencia a aspectos subjetivos que difícilmente se pueden reducir a una medida única; por el contrario, la calidad de vida alude a diferentes tipos y estilos de satisfacción personal ante la propia vida.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad de vida se define como “la percepción que un individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema de cultura y valores en el que vive, y en relación con sus metas, expectativas, intereses y normas. Es un concepto amplio que incluye el estado de salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y las relaciones con su medio ambiente”  
(1,2,3,4,)

## RESUMEN

La calidad de vida es una variable dependiente cada vez más requerida en estudios que involucran maniobras terapéuticas en la esquizofrenia.

El **objetivo** de esta investigación fue el traducir y evaluar la confiabilidad de la escala de calidad de vida de Winsconsin así como determinar la relación entre la psicopatología y las dimensiones de calidad de vida.

**Método:** en un estudio de observación transversal se reclutaron pacientes con diagnóstico de esquizofrenia confirmado por la entrevista SCID. Una vez obtenido el consentimiento, se solicitaba al paciente el llenado de la escala de calidad de vida y un psiquiatra le aplicaba la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS).

**Resultados:** se estudiaron 40 pacientes con esquizofrenia. La escala de calidad de vida en su versión castellana arrojó consistencias internas entre 0.50s y 0.80s para las diferentes subescalas de medición. Se encontraron correlaciones inversas significativas entre los síntomas positivos, síntomas negativos y psicopatología general entre 4 de las 7 dimensiones continuas que evalúa el instrumento de calidad de vida.

**Conclusión.** La versión castellana de la escala de calidad de vida de Winsconsin tiene un comportamiento psicométrico similar a su original y las dimensiones se correlacionan en forma congruente con la literatura internacional con respecto al PANSS.

## MARCO TEÓRICO

### DEFINICION DE CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida se define como la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo; esta definición incluye las causas externas al individuo que pueden modificar su salud o estado de salud. Es un concepto amplio e incluye no solo el estado de salud, sino también la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud, etc. La calidad de vida es un concepto que hace referencia a aspectos subjetivos que difícilmente se pueden reducir a una medida única; por el contrario, la calidad de vida alude a diferentes tipos y estilos de satisfacción personal ante la propia vida.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad de vida se define como “la percepción que un individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema de cultura y valores en el que vive, y en relación con sus metas, expectativas, intereses y normas. Es un concepto amplio que incluye el estado de salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y las relaciones con su medio ambiente” (1,2,3,4,)

La calidad de vida difiere del bienestar subjetivo en cuanto a que este último tiene relación con estados afectivos “positivos o negativos”; la calidad de vida representa el resultado de una evaluación subjetiva del individuo con respecto a el mismo, a su vida social, a su medio ambiente y a sus pertenencias materiales y al nivel de satisfacción que el individuo experimenta en estas áreas.

Se han desarrollado muchos instrumentos para evaluar la calidad de vida; algunos, para personas con ciertas enfermedades o que cumplen ciertas condiciones y otros prácticamente para cualquier persona. Enfocando una escala de evaluación en aspectos de ciertas condiciones o enfermedades se obtiene mayor sensibilidad y validez en el resultado de la misma. Dada la naturaleza subjetiva de la calidad de vida, debe haber especial consideración en la evaluación de esta en pacientes psiquiátricos, dado que el funcionamiento mental de estos se encuentra alterado.

Hay dos puntos principales a considerar en relación con esto: en primer lugar, la validez de la evaluación de la calidad de vida puede verse afectada por los síntomas psicopatológicos que presente el individuo en el momento de la valoración. Por ejemplo, en el esquizofrénico, las alteraciones en el pensamiento, no pueden descartarse como posibles factores que afecten la evaluación de la calidad de vida. Futuras investigaciones con esquizofrénicos en diferentes fases de la enfermedad, pudieran aclarar esta duda. Por otra parte, la institucionalización de estas personas, es decir, su ingreso a hospitales psiquiátricos; los pacientes institucionalizados tienen aparentemente una buena calidad de vida dado que, como el hospital cubre sus necesidades, tienen bajas expectativas y miedo a funcionar de manera independiente. (5,6)

La calidad de vida refleja la experiencia interna del individuo. El nivel de calidad de vida está influenciado por situaciones externas que nos ponen felices, pero está matizado por las experiencias tempranas del individuo, por su estado mental, su personalidad y sus expectativas. La calidad de vida está influenciada por un amplio rango de factores y es susceptible de sufrir cambios constantes incluso de un día para otro; por ejemplo, en el caso del enfermo mental, el abandono del tratamiento, puede disminuir el nivel de calidad de vida; en el caso de las personas que sufren enfermedades físicas la presencia de síntomas como dolor producen cambios en el nivel de la misma.(7,8)

De hecho, resulta útil contraponer el nivel de vida a la calidad de vida. El primero se puede medir mediante aspectos objetivos (ingresos, electrodomésticos, espacio en el hogar, etc.); por el contrario, la calidad de vida es subjetiva y, por tanto, es necesario medirla por métodos indirectos (escalas psicométricas).

La calidad de vida en relación a la enfermedad mental despierta cada vez más el interés de los investigadores. En algunos países se están haciendo grandes reformas en los sistemas de salud mental con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos; por ejemplo se han creado casas de estancia para enfermos mentales y, más recientemente, las instituciones han ampliado su campo de acción de manera que ahora crearon servicios de atención comunitaria. A pesar del interés en mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales y de los enfermos en general, solo recientemente se han hecho verdaderos esfuerzos para definir el concepto de calidad de vida. Ahora se considera muy importante conocer el nivel de calidad de vida de los enfermos en general, particularmente de aquellos, que como los enfermos mentales, los que padecen cáncer y enfermedades crónico-degenerativas, entre otros, sufren de discapacidad durante periodos largos de tiempo.

La motivación principal para construir el concepto de calidad de vida fue que algunas enfermedades muestran intensidad alta en la sintomatología que les caracteriza y en muchas ocasiones esto produce discapacidad física, altas tasas de mortalidad y el tratamiento tiene numerosos efectos secundarios.

A partir de la introducción del concepto de calidad de vida, en algunos países ha habido una tendencia a que los servicios de salud orienten su atención de forma tal que cuente la opinión de los pacientes respecto a lo que es importante para ellos en relación con su bienestar y felicidad; esto es ahora importante en la toma de decisiones del médico respecto al tratamiento más apropiado para cada paciente.

El interés en la calidad de vida tiene relación con el concepto de salud desde la perspectiva que esta se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo como la ausencia de enfermedad”; prácticamente todos los esfuerzos de los diferentes sectores de salud han ido encaminados a combatir las enfermedades desde la perspectiva de la prevención o el tratamiento y han dejado en término secundario el concepto de bienestar personal. El mejorar la calidad de vida de los individuos debe ser el primer paso hacia la creación de una sociedad sana.

No falta por supuesto, quien piense que la evaluación de la calidad de vida no es importante en la valoración de los pacientes. Los profesionales de la salud están entrenados para ser sensibles ante las necesidades de sus pacientes y una evaluación profesional de la calidad de vida resulta adecuada. A pesar de eso, los mayores avances en los cuidados y tratamientos médicos en los últimos años se han dado bajo el objetivo de evaluar adecuadamente al paciente para llegar a un diagnóstico exacto de su padecimiento junto con el uso de terapéuticas adecuadas y, además se está dando mucha importancia al estudio de procedimientos en general que desaparezcan los síntomas de las diferentes enfermedades y prolonguen la vida del paciente.

La mejoría de la calidad de vida como objetivo del tratamiento no ha recibido la suficiente atención. Quizá esto se deba a que al evaluar la calidad de vida sitúa a los pacientes en el centro de la investigación y le da un gran peso a sus opiniones. La creciente popularidad del término calidad de vida en parte se debe a que se ha visto a los pacientes como consumidores. Al evaluar la calidad de vida de los pacientes, los sitúa como seres que viven con varias facetas no conectadas directamente a su enfermedad sino que tienen aspiraciones e intereses independientes de esta.

En gran parte, la enfermedad y sus síntomas pueden no representar el interés principal del paciente. Se ha observado una tendencia del personal de salud a considerar todos los problemas del paciente en función de su enfermedad. La evaluación de la calidad de vida permite identificar algunos aspectos de la vida (independientes de la enfermedad) en la cual el individuo tiene dificultades. En el caso de las enfermedades crónicas (incluyendo las enfermedades psiquiátricas), el ayudar a los pacientes a resolver dichas dificultades, sobre todo si no están relacionadas de manera directa con su enfermedad, puede contribuir a que demanden menos atención por parte de las instituciones de salud, y esto contribuye de manera directa en la salud del paciente.

La importancia del estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), ha ido en aumento durante esta última década. Se han propuesto muchas razones para su desarrollo: el límite biológico de la vida, el incremento de la tecnología médica, el cambio en el patrón de las enfermedades, el cambio en el conocimiento y las percepciones de los individuos hacia la salud y la enfermedad y el aumento del gasto sanitario.

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta aproximadamente a 1 de cada 100 personas en la población general. Los pacientes esquizofrénicos presentan en algún momento del curso de su enfermedad, síntomas positivos, por ejemplo, alucinaciones y delirios, así como síntomas negativos, por ejemplo, retraimiento social y emocional, apatía, empobrecimiento del habla, y déficit cognoscitivo, por ejemplo, deficiencias en la memoria, la atención y las funciones ejecutivas. En su presentación más severa, la esquizofrenia se caracteriza por un deterioro progresivo de la personalidad del individuo y de sus relaciones con el mundo exterior. La esquizofrenia es una enfermedad devastadora para los individuos y muy costosa para la sociedad, siendo este el motivo para el estudio de la forma de vida de estos pacientes y de cómo afrontan el problema los familiares.

Al referirse a los pacientes mentales crónicos, Lehman (10), menciona el concepto de calidad de vida, cuando aborda las múltiples adversidades que afrontan los usuarios del sistema de atención a la salud mental y el impacto nocivo que estas adversidades tienen sobre los tratamientos más cuidadosamente

elaborados, el autor opina que es urgente encontrar medios de evaluación adecuados para determinar las necesidades reales, tanto objetivas como subjetivas, de las personas que sufren de trastornos Psiquiátricos incapacitantes.

La calidad de vida ha sido examinada mucho más sistemáticamente en el campo y en evaluaciones de la atención médica general, sobre personas con enfermedad física crónica, como son los pacientes con cáncer. En Psiquiatría el enfoque se está dirigiendo hacia las enfermedades crónicas como lo es la esquizofrenia. Es por todo ello que este proyecto investigó la calidad de vida en el paciente esquizofrénico. **(10)**.

Entre los avances más importantes durante los últimos años, se encuentra el objetivo de la medicina para lograr una vida más efectiva, preservando el funcionamiento y bienestar del enfermo. Malm y cols. **(11)** mencionan que el reto estriba en describir y evaluar los patrones de existencia del paciente, un amplio rango de factores en el medio-ambiente material y social, junto con la experiencia subjetiva; lo cual contribuiría a la evaluación global de la calidad de vida. La existencia afirman los autores, es más que síntomas y comportamientos, más que felicidad, más que adaptación, ejecución de roles y actividades sociales, más que ingresos, recaídas, días en hospital y la familia; estas son partes, pero no son el todo.

La evaluación de la calidad de vida, generalmente abarca en su definición el adecuado funcionamiento, el bienestar y dominio del individuo sobre el estado físico, el estado psicológico y mental. Abordar la calidad de vida del paciente psiquiátrico es muy controvertido, pues se tiene la impresión de que las percepciones de estos están distorsionadas, pues se tiene la impresión de que las percepciones de estos están distorsionadas por la propia enfermedad.

Lehman **(10)** afirma que es posible la recolección confiable de información, acerca de la calidad de vida en pacientes mentales crónicos. Así valoró el bienestar global de estos individuos indagando áreas tales como : seguridad personal, relaciones sociales, finanzas, recreación y factores relacionados a la atención de la salud.

Skantze **(12)**, realizó un estudio donde encontró que las experiencias internas para muchos pacientes eran más importante, que los factores objetivos.

Heinrichs y cols. **(13)**, describieron el síndrome de déficit esquizofrénico donde existían alteraciones a nivel del funcionamiento mental, interpersonal y de adaptación social, realizando un estudio de aspectos como la cognición, conciencia y afectividad ( sentido de propósito del paciente, motivación, curiosidad, empatía, habilidad para experimentar placer y la interacción emocional).

En general, la mayoría de los autores encuentran en los últimos años, que las impresiones subjetivas de los pacientes acerca de su vida pueden depender más de la dinámica de su mundo interno que de posesiones y atributos en su mundo externo.

Awad y cols (14) han descrito recientemente un modelo que cuestiona mejor los determinantes de la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos, como son la severidad de los síntomas, el nivel de funcionamiento psicosocial y la presencia de efectos secundarios medicamentosos. En relación con los efectos secundarios, los neurolepticos pueden producir una disminución de la cognición, conciencia y del afecto. Por lo que este modelo cuestiona que la calidad de vida puede ser influenciada por la respuesta individual subjetiva a la medicación neuroleptica. También se observó en pacientes esquizofrénicos clínicamente estables la influencia de la severidad de los síntomas negativos, la duración de la enfermedad y la presencia de disquinesia tardía. También se menciona la influencia del nivel de introspección y su relación con la calidad de vida.

En un estudio reciente, pacientes esquizofrénicos con poca introspección presentaron un mayor aislamiento social y menor funcionamiento psicosocial. El uso prolongado de neurolepticos en el tratamiento de la esquizofrenia, sus efectos secundarios y la respuesta subjetiva a estos, justifican la necesidad de investigar su relación con la calidad de vida de nuestros pacientes. (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 )

En "El bienestar de los pacientes mentales crónicos" Lehman (10), menciona el concepto calidad de vida, cuando aborda las múltiples adversidades que enfrentan los usuarios del sistema de atención a la salud mental, y el impacto nocivo que estas adversidades tienen sobre los tratamientos más cuidadosamente elaborados, opina que es urgente encontrar medios de evaluación adecuados, para determinar las necesidades reales, tanto objetivas como subjetivas, de las personas aquejadas por trastornos psiquiátricos incapacitantes, con la finalidad de crear para ellos, mejores y más eficaces estrategias de reinserción a sus hogares y a la comunidad de donde proceden.

Hoy en día, se realizan esfuerzos a nivel mundial enfocados hacia la rehabilitación, acortándose los días de estancia intrahospitalaria, desarrollando programas comunitarios que puedan brindar apoyo continuo, por lo menos en países desarrollados y programas como el hospital de día; pero algunos autores como Malm (15), se preguntan si todas estas acciones, aparentemente destinadas a mejorar la calidad de vida, tendrán relación con el concepto, ya que hasta la fecha continúa existiendo una gran controversia acerca del tema.

Entre los avances más importantes durante los últimos años, se encuentra el objetivo de la medicina para lograr una vida más efectiva, preservando el funcionamiento y bienestar del enfermo. Es decir, en primer término, que debe

escucharse la opinión del usuario con respecto a su padecimiento y a la atención médica que recibe. Pero, aunque ahora estamos más conscientes de que el enfermo es el mejor juez acerca de su bienestar y funcionamiento, estas opiniones no son recolectadas rutinariamente. Una de las razones de tal omisión parece ser que no existen métodos válidos de recolección de datos, fáciles de usar y además, que no se ha logrado un consenso universal de la definición de calidad de vida.

Este concepto tiene múltiples aspectos, y en ocasiones, aquel evaluado en turno podrá tener sus propias normas para medirlo; este problema de apreciación es crítico si se considera que para cualquier intervención terapéutica, resulta fundamental conocer las características que son significativas para un paciente en particular y los evaluadores naturales, es decir para las personas que pueden tener un impacto sobre este paciente. (23, 24, 25 ).

La salud puede definirse como: armonía, balance, equilibrio dinámico entre organismos y medio ambiente, y entre las partes que constituyen este organismo; condiciones que sólo son posibles si éste, tiene la capacidad para adaptarse a las circunstancias en perpetuo cambio. La enfermedad es una falla de adaptación del organismo a este cambio, lo que resulta en alteraciones bioquímicas, funcionales o estructurales del mismo.

La organización para la cooperación Económica y el desarrollo, considera que el mejoramiento del estándar de vida no debería ser un objetivo en sí mismo, sino mas bien que debería crear las condiciones para que la gente alcanzara sus propios objetivos (16).

Preferencias, aspiraciones, sueños, esperanzas y ambiciones, difieren dependiendo de factores genéticos, experiencias de vida y percepciones de la realidad. Otros autores desarrollaron la idea de que la calidad de vida es un concepto interno, basado en una integración de muchos factores intensamente personales, producido por experiencias tanto conscientes como subconscientes. Esto se relaciona con la idea del self, tanto en sentido corporal como psíquico y también con el modo en que la persona interactúa con el mundo externo. Usando un abordaje holístico, la calidad de vida puede ser entendida como una integración de factores en las tres áreas principales de experiencias : la psíquica, la somática y la social o conductual.

En el trastorno esquizofrénico de acuerdo al modelo de Malm (15), se encuentra un ser humano completo y la situación existencial de este, será el criterio de éxito más idóneo. En este modelo hay cuatro sistemas en relación al paciente : a) sistemas de atención de salud, b) sistemas de rehabilitación, c) sistema familiar, y d) sistema humanitario de la comunidad. Cada uno de estos sistemas contaría con su propio grupo de normas y capacidades de intervención. Una mala calidad de vida puede deberse entonces a deficiencias en cualquiera de

estos sistemas. Malm y cols. Aportan ciertas necesidades básicas que ayudarían a mejorar la calidad de vida del paciente esquizofrénico : a) atención médica, b) relaciones humanas, c) calidad de vida material. d) comunicaciones y servicios de transporte, e) trabajo y condiciones de empleo adecuadas, f) seguridad, g) conocimiento, h) experiencia interna.

Un gran número de escalas de calidad de vida, que cubren las necesidades diarias básicas y tienen relación con la salud mental y física, apoyo social, educación, independencia personal, relaciones sociales, trabajo y actividades de recreo, se han propuesto para evaluar el sentido subjetivo del paciente esquizofrénico acerca del bienestar y satisfacción con su vida. **(26, 27 )**

Glowczak, Jarema y cols. **(28)** resumieron los trabajos de varios autores respecto a la calidad de vida en el esquizofrénico y confirmaron lo que parece obvio: que es más baja la calidad de vida en el esquizofrénico en comparación con la población normal. Estos investigadores observaron que hay factores o circunstancias que pueden elevar la calidad de vida en estos pacientes. Los que más influyen son: los programas de rehabilitación, el trabajo, ocupar el tiempo libre de manera activa y un tratamiento farmacológico adecuado. Es importante mencionar también que los pacientes incluidos en un programa comunitario y aquellos que viven en casas de grupos para pacientes, tienen el más alto índice de calidad de vida.

Los principales resultados encontrados en cuestión de calidad de vida en estudios de sociología, psiquiatría y psicología fueron resumidos por Kaiser-W y cols **(29)**. Entre otros, este autor y sus cols. analizaron la calidad de vida subjetiva en pacientes con esquizofrenia crónica, bajo diferentes regímenes de tratamiento. En los pacientes esquizofrénicos crónicos se demostró que son más importantes los síntomas psicopatológicos en general (no necesariamente los síntomas negativos) que variables como datos demográficos en la determinación de la calidad de vida. En dos de nueve áreas evaluadas respecto a la calidad de vida (estilo de vida y salud mental) se observaron diferencias significativas en pacientes que estaban en diferentes regímenes de tratamiento; el grado de contraste entre pacientes hospitalizados y aquellos que acuden a los servicios ambulatorios como consulta externa, está influenciado por el tiempo de estancia intrahospitalaria y el estado clínico de los pacientes hospitalizados.

La efectividad de las drogas antipsicóticas contra los síntomas positivos ha sido demostrada en muchos estudios; sin embargo, apenas están apareciendo reportes del impacto del tratamiento con neurolépticos en la calidad de vida. Franz M y cols **(30)**. en 1997 publicaron un estudio donde se evaluó el impacto que tiene sobre la calidad de vida la farmacoterapia con neurolépticos en pacientes esquizofrénicos. Compararon el cambio que se obtiene en la calidad de vida con el empleo de antipsicóticos atípicos y antipsicóticos convencionales. Estudiaron 64 pacientes; a 33 se les administraron neurolépticos atípicos y se compararon con

31 a los que se les dieron neurolépticos convencionales. El grupo de pacientes que recibieron neurolépticos atípicos, obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la escala de calidad de vida tanto en global, como en las diferentes áreas evaluadas (bienestar físico, vida social, vida diaria). En una comparación entre el grupo de pacientes que recibieron neurolépticos atípicos, se encontró que los que recibieron clozapina y risperidona, mostraron puntuaciones más elevadas en sus escalas de calidad de vida. Los pacientes que recibieron neurolépticos convencionales obtuvieron bajas puntuaciones, lo cual se debe a los efectos secundarios.

Addington y cols (31) examinaron la relación entre la neurocognición y el funcionamiento social en una muestra de 80 pacientes que cumplían los criterios para esquizofrenia del DSMIII R en un estudio transversal. La batería de pruebas neurocognitivas aplicadas incluyó escalas de habilidad verbal, memoria verbal, memoria visual, función ejecutiva, organización visuoespacial y procesamiento temprano de la información. Los síntomas positivos y negativos fueron medidos con el PANSS. El comportamiento social fue clasificado y evaluado mediante la aplicación de La Escala de Funcionamiento Social, La Escala de Calidad de Vida, y una escala que mide la habilidad para la Solución de Problemas Interpersonales. El funcionamiento social no tuvo relación con el estado neurocognitivo. En los pacientes con funciones neurocognitivas más deterioradas, se obtuvieron las puntuaciones más bajas en la escala de Calidad de Vida y en la escala de habilidad para la solución de problemas interpersonales.

Algunos autores (33) opinan que el principal objetivo en el tratamiento de la esquizofrenia debería ser optimizar el funcionamiento individual del paciente y mejorar su calidad de vida. Poco se conoce acerca de la posible relación entre la calidad de vida y la coexistencia de síntomas afectivos en estos pacientes. Se ha hipotetizado que la calidad de vida en los esquizofrénicos es inversamente proporcional a la severidad de los síntomas afectivos comórbidos.

En un estudio publicado recientemente (33), en el cual se evaluaron 339 pacientes que cumplieron los criterios diagnósticos del DSM IV para esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o trastorno esquizoafectivo se les dio tratamiento a los pacientes olanzapina o risperidona al azar. La calidad de vida se evaluó al inicio del manejo y posteriormente a la semana 8, 16, 24 y 28, o cuando el tratamiento se discontinuó tempranamente. Los síntomas positivos y negativos se evaluaron con el PANSS semanalmente hasta la octava semana y posteriormente cada mes.

La correlación se realizó entre los cambios en la CV (Calidad de Vida) y la puntuación obtenida en el PANSS. Se usaron modelos de regresión para determinar la proporción de variación en la puntuación total de la Escala de Calidad de Vida (ECV) y sus subescalas, en razón de los cambios producidos en la subescala de síntomas positivos y negativos y depresión en el PANSS. Finalmente, se diseñaron análisis para determinar como afectan los cambios en la

puntuación de depresión en el PANSS, el resultado en la puntuación total de la ECV y sus subescalas.

La olanzapina demostró un efecto significativamente superior a la risperidona en la mejoría del estado de ánimo (de acuerdo a los resultados obtenidos en el PANSS). Sin embargo, la mejoría en el estado de ánimo con cualquiera de los dos medicamentos modificó la puntuación total de la ECV, de manera estadísticamente significativa, así como la puntuación de cada una de las subescalas, siendo la correlación más fuerte con la subescala de interrelaciones personales.

Análisis estadísticos demostraron que la puntuación obtenida en el PANSS en depresión afecta directamente la puntuación total obtenida en la ECV y la subescala de relaciones interpersonales. Se pudo concluir en este estudio, que los cambios en la calidad de vida en los pacientes esquizofrénicos, es inversamente proporcional a los cambios en los síntomas afectivos comórbidos. Las intervenciones terapéuticas tempranas dirigidas a disminuir la amplia constelación de la sintomatología del esquizofrénico, incluyendo los síntomas afectivos, pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de cada paciente. La posible ventaja de emplear en el curso temprano de la enfermedad antipsicóticos atípicos para restaurar la calidad de vida individual, amerita futuras investigaciones. ( 32)

La estimación de la calidad de vida es importante para el estudio de la farmacoeconomía de la esquizofrenia. El término ha ganado popularidad entre los laboratorios que elaboran los medicamentos, los clínicos, los pacientes y sus familiares, desde el advenimiento de los nuevos antipsicóticos que son más caros que los viejos, pero se ha demostrado que causan menos efectos secundarios. Cuantificar la calidad de vida se ha dificultado a partir de que se comenzaron a realizar estudios respecto al tema, dada la diversidad en la definición del término para los diferentes autores o el uso de escalas inapropiadas para los pacientes.

El déficit neurocognoscitivo y la introspección alterados se observan comúnmente en los pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, pocos estudios documentan la influencia de la función neurocognoscitiva, los déficits en la capacidad de insight y los síntomas psicóticos en el ajuste social total en esta población.

Smith y cols (33) estudiaron una población de 46 pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo; midieron en ellos el nivel de síntomas psicóticos, las funciones neurocognoscitivas (procesamiento de la información, memoria y función ejecutiva) y la capacidad de insight; también evaluaron el ajuste social de los individuos en tres áreas: cumplimiento del tratamiento, conducta social y calidad de vida subjetiva. Después de procesar la información obtenida, con análisis estadísticos de regresión lineal identificaron varias

asociaciones entre las características de la enfermedad y el ajuste social del individuo. Por ejemplo, el cumplimiento en el tratamiento está más influido por la capacidad de insight del paciente. Las alteraciones en la conducta social se asocian de manera más significativa a los trastornos del pensamiento y déficit neurocognoscitivo y la calidad de vida se asoció a los trastornos del afecto.

Hay diversos patrones de asociación entre las características de la enfermedad y las diferentes áreas del ajuste social. Los resultados de este estudio pueden servir como guía para que los clínicos determinen de manera adecuada el tratamiento de acuerdo a las características de cada enfermo y deben estimular a los investigadores para que clarifiquen los procesos responsables de la recuperación y respuesta al tratamiento en los esquizofrénicos.

Los análisis de costo-efectividad determinan cuando una nueva terapia encontrará un lugar en la práctica clínica, basados en el costo de su empleo y los resultados que produce en el estado de salud, comparado con otras terapias ya evaluadas. Dentro de este contexto, en varios estudios se ha demostrado que la clozapina, indicada para el tratamiento de la esquizofrenia resistente controla adecuadamente los síntomas psicóticos y mejora la calidad de vida de manera mucho más efectiva que los neurolépticos tradicionales. Esto debido a que tiene una baja incidencia de síntomas extrapiramidales lo cual contribuye a que haya pocos abandonos del tratamiento. Se ha observado, que hacia el segundo año con clozapina se compensa el costo del tratamiento, pues se reduce de manera significativa el número de hospitalizaciones. Estos datos deberán ratificarse en estudios futuros **(34)**

En años recientes, han sido publicados numerosos estudios acerca de la calidad de vida en los pacientes esquizofrénicos. Sin embargo, se ha prestado poca atención al entendimiento que los propios pacientes tienen acerca del concepto calidad de vida. En un estudio que se realizó en Alemania, se interrogaron 565 pacientes esquizofrénicos acerca de este concepto y ellos mencionaron de manera más frecuente, aspectos que pueden englobarse dentro del concepto de integración social, y en este contexto, lo que mencionaron más frecuentemente fue acerca del empleo. La salud fue el segundo aspecto más mencionado. Más específicamente, citaron la salud en general, o la salud respecto a su enfermedad mental, en el sentido de la ausencia de síntomas y daños producidos por la enfermedad. Un tercer aspecto frecuentemente mencionado incluye varios componentes del bienestar personal como "forma de vida" e independencia. **(35)**

Algunos estudios **(36)** han demostrado que hay diferencias entre hombres y mujeres respecto al inicio de la esquizofrenia y en el desarrollo de sus condiciones mentales y sociales. Las áreas de problemas sociales (trabajo, circunstancias de la vida, seguridad y abuso de drogas) se han manifestado en algunos de los pacientes antes de la primera admisión hospitalaria, particularmente entre

hombres jóvenes. Análisis multivariados han demostrado que los factores que influyen en esto son diferentes en los hombres que en las mujeres; las mujeres esquizofrénicas valoran las circunstancias de su vida de forma diferente a los hombres; asimismo, hay diferencias entre los enfermos agudos y crónicos. Roder-Wanner y cols **(36)** Han encontrado que los servicios de salud públicos psiquiátricos ofrecen soporte social específicamente antes o en la primera admisión hospitalaria, pero no cuando la enfermedad se ha vuelto crónica. El concepto subjetivo de calidad de vida aparentemente tiene diferencias de una muestra estudiada a otra y aspectos relacionados con el género, entre otros, tienen un impacto sobre este concepto.

Hay pocos trabajos donde se haya investigado acerca de cómo los síntomas de la esquizofrenia y los cambios en la sintomatología a través del curso de la enfermedad se relacionan con las medidas de calidad de vida en los pacientes.

Bow-Thomas y cols **(37)**. realizaron una investigación en la que examinaron este problema en 45 pacientes, evaluados en el servicio de admisión hospitalaria por exacerbación de la enfermedad, en el periodo de estabilización previo a la exacerbación e hicieron un seguimiento posterior a la estabilización por un tiempo de 5 a 9 meses.

Los síntomas se evaluaron en cada periodo de tiempo con la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS), y con la Escala de Síntomas Negativos (NSA). La Escala de Calidad de Vida de Heinrichs-Carpenter fue aplicada después de la admisión al hospital para evaluar los tres meses previos al internamiento y nuevamente para seguimiento. Análisis correlacionales revelaron que hay relación tanto entre los síntomas positivos como negativos con la calidad de vida. Estas relaciones son particularmente fuertes en el momento de la estabilización. Análisis de regresión lineal mostraron que cambios en los componentes de motivación de la Escala de Síntomas Negativos son muy importantes en la predicción de la calidad de vida de los pacientes durante el seguimiento. En la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS) los componentes psicóticos y paranoides son predictores importantes de la calidad al momento de la estabilización, pero no durante la exacerbación aguda.

Sainfort, Becker y cols **(38)** estudiaron una muestra de 37 pacientes esquizofrénicos. Se evaluó la calidad de vida de los pacientes de dos maneras. Los pacientes resolvieron una escala autoaplicable de Calidad de Vida (Escala de Calidad de Vida de Spitzer) y sus médicos resolvieron la escala de Calidad de Vida del Índice de Salud Mental. Los resultados encontrados sugieren que es más probable que los juicios de los pacientes y sus médicos coincidan en aspectos clínicos tales como síntomas y nivel de funcionalidad y coincidan menos en otros aspectos, por ejemplo el área social y laboral. Específicamente hay un acuerdo moderado en síntomas y funcionalidad. Menor acuerdo en aspectos de salud

física y poco o ningún acuerdo en aspectos sociales y ocupacionales relacionados con la calidad de vida. Estas diferencias apoyan la noción de que las estrategias de tratamiento y los servicios de salud mental deberían ayudar a los pacientes a resolver un amplio rango de necesidades que tienen y que se reflejan negativamente en su calidad de vida.

El principal objetivo del tratamiento de la esquizofrenia podría ser la optimización del funcionamiento individual del paciente y su calidad de vida. Poco se conoce acerca de la posible relación entre la calidad de vida y la concurrencia de síntomas afectivos. Algunos autores han encontrado que algunos cambios en la calidad de vida son inversos a la presencia de trastornos afectivos comórbidos. **(39)**

En 1984, en Goteborg, Suecia se evaluó la calidad de vida de 61 pacientes esquizofrénicos, que resultó baja a pesar de sus altos estándares de vida. Los participantes respondieron un cuestionario de 100 items indicando en cada uno de ellos aspectos de su calidad de vida en los cuales estaban insatisfechos. Los investigadores anotaron las condiciones objetivas de la vida de los pacientes y las metas que estos tenían para mejorar su calidad de vida para cada aspecto en el que estaban insatisfechos (de acuerdo a lo que respondieron en el cuestionario que se les aplicó). Los datos iniciales se obtuvieron a finales de los años 80s., y de acuerdo a lo que respondieron los pacientes, se idearon programas de apoyo que les ayudaron a cumplir sus metas en cuanto a mejoramiento de calidad de vida.

En total 40 pacientes tomaron parte en el estudio de seguimiento que duró 10 años. En 1994 se obtuvieron los primeros resultados del seguimiento y se encontró que más pacientes vivían solos en su propia casa. El total de los niveles de calidad de vida permaneció sin cambios. Aunque todavía bajo, el nivel de calidad de vida se incrementó significativamente en 3 de 14 áreas evaluadas: contactos interpersonales, experiencias íntimas y conocimientos y educación. Las razones para esta mejoría observada pueden ser que los pacientes mejoraron su habilidad para interactuar con su medio ambiente, que modificaron sus aspiraciones en razón de sus recursos o deficiencias, y que se les brindó asistencia en el mantenimiento de sus casas de acuerdo a sus metas y necesidades. **(40)**

Holzner-B. y cols **(41)** investigaron el efecto de los programas de trabajos de rehabilitación en la calidad de vida. Realizaron un estudio transversal con 60 pacientes esquizofrénicos (con una edad media de 36.3 +/-11.1 años). Compararon este grupo con un grupo control de pacientes, que tenían el mismo diagnóstico pero no estaban incluidos en ningún grupo de rehabilitación. Los pacientes del grupo de rehabilitación habían durado en promedio 15 meses en los grupos. El programa se enfocó en el incremento de habilidades ocupacionales pero también involucró la solución de aspectos sociales. La calidad de vida se

evaluó con dos cuestionarios autoaplicables: el Listado de Dimensiones de la Vida de Munich y el Cuestionario de la Vida Diaria de Bullinger. La calidad de vida fue significativamente más alta en el grupo de pacientes que asistían a grupos de rehabilitación, en la mayoría de las áreas evaluadas. La diferencia entre los dos grupos fue más alta en las áreas de satisfacción respecto al trabajo seguida de la realización de actividades en el tiempo libre, independencia, cantidad de amigos y conocidos. Los resultados indican que el programa de rehabilitación actúa como una "palanca" que aplicada a uno de los puntos como trabajo, estructuración del día, subsecuentemente afecta, de manera positiva algunos aspectos de la calidad de vida.

Algunos autores han examinado la importancia del trabajo en el nivel y calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos. Los pacientes que tienen empleo muestran menos intensidad en sus síntomas psicopatológicos y ventajas significativas en términos de medidas objetivas y subjetivas de ingresos y bienestar. Estos mismos pacientes le dan mucha importancia al trabajo como medio para elevar la calidad de vida. Se ha demostrado que el trabajo se asocia con una mejoría importante en la calidad de vida de las personas con esquizofrenia. En Estados Unidos se ha observado que las pensiones de incapacidad pueden provocar una actitud de poco interés hacia el trabajo. **(42)**

Se ha demostrado que los pacientes esquizofrénicos con más alto nivel de educación escolar tienen menores niveles en la intensidad de la sintomatología psicótica; asimismo, tienen menos fluctuaciones afectivas, menos alergia, menos abulia y menos conductas bizarras. Estos pacientes tienen mejores niveles de ajuste social premórbido y calidad de vida, en relación a los pacientes con bajo nivel de educación escolar. **(43)**

Aunque están bien establecidas las diferencias en la presentación clínica de la esquizofrenia de acuerdo al sexo del paciente, no se han realizado estudios bien documentados que expliquen si esas diferencias se extienden hacia la percepción de la calidad de vida.

Vandiver y cols **(44)** realizaron un estudio internacional donde evaluaron a 102 pacientes, hombres y mujeres con esquizofrenia, de Canadá, Cuba y Estados Unidos. Usando la Escala de Calidad de Vida de Lehman, midieron la calidad de vida en las áreas de relaciones sociales, situación de vida, tiempo libre, estado financiero y calidad de vida en general. Después de realizar el procesamiento estadístico de los resultados, se encontró que hubo diferencias entre los hombres y mujeres de Cuba y Canadá en el área de las relaciones sociales: en Canadá, las mujeres esquizofrénicas reportaron un alto nivel en el área de las relaciones sociales; En contraste, en Cuba, los hombres tienen más altas puntuaciones en las relaciones sociales que las mujeres. En el resto de las áreas evaluadas no se encontraron diferencias. En este estudio se encontró que,

salvo en el área de las relaciones sociales, no hay diferencia en la percepción de la calidad de vida en hombres y mujeres.

Spiridonow y cols **(45)** hicieron una investigación con el objetivo de comparar la calidad de vida de esquizofrénicos crónicos con personas sanas; como era de esperarse, el nivel la calidad de vida en las personas sanas fue significativamente más alto que en los esquizofrénicos crónicos. Era de esperarse también que el nivel de funcionamiento diario de las personas sanas tuviera algún impacto en su calidad de vida subjetiva. Tal relación no se observó en el paciente esquizofrénico. El nivel de calidad de vida de los pacientes no fue influenciado por su nivel general de funcionamiento ni por la intensidad de su sintomatología. Las personas sanas expresaron satisfacción con su vida emocional, sensación de libertad y responsabilidad y convivencia con su familia mucho más frecuente que las personas con esquizofrenia. Los pacientes admitieron que tenían dificultad para exigir sus derechos, tomar decisiones, organizar sus actividades diarias y para pedir ayuda.

El déficit cognoscitivo es un rasgo integral de la esquizofrenia y tiene un efecto deletéreo en la habilidad de los pacientes esquizofrénicos para trabajar y funcionar en un medio social. Las drogas que mejoran la función cognoscitiva de manera sustancial representan la mayor contribución en el mejoramiento de la calidad de vida en el esquizofrénico. Muchos estudios recientes han demostrado que los antipsicóticos atípicos son mejores que los convencionales para mejorar el estado cognoscitivo. Sin embargo, aún hacen falta investigaciones que cuantifiquen exactamente la mejoría en el estado cognoscitivo con el empleo de estos medicamentos. **(46)**

El advenimiento de los antipsicóticos atípicos ha marcado una nueva era en la historia del tratamiento de los trastornos psicóticos. El evaluar la literatura publicada acerca de los antipsicóticos atípicos disponibles (clozapina, risperidona, olanzapina y quetiapina) ayuda a los médicos a seleccionar el tratamiento más apropiado para cada paciente, ya que le permite conocer las diferencias farmacológicas de los medicamentos, su perfil de efectos secundarios, y el costo beneficio del empleo de los mismos. Es importante tener en cuenta al seleccionar uno de estos medicamentos, que pueden diferir en los efectos que tienen sobre la función cognoscitiva, y sobre la calidad de vida; asimismo, hay que tener en cuenta sus efectos adversos. **(47)**

Muchos estudios han validado la agrupación de los síntomas de la esquizofrenia dentro de tres dimensiones: síntomas negativos, síntomas psicóticos y desorganización. Los síntomas negativos se consideran como un importante indicador del pronóstico de la enfermedad; esta observación clínica requiere, sin embargo, futuras investigaciones, especialmente en relación con el funcionamiento social del paciente.

Cuando los síntomas negativos se presentan desde el inicio del primer episodio psicótico, es muy probable que el paciente desarrolle un daño psicosocial significativo. Por otro lado el valor predictivo de los síntomas psicóticos y de la desorganización, no tienen tanta certeza. Nopoulos y cols. hicieron un estudio del primer episodio psicótico de 50 pacientes esquizofrénicos, vírgenes a tratamiento con neuroléptico. Examinaron la relación entre la severidad de los síntomas en las tres dimensiones señaladas (con el PANSS) al inicio de la hospitalización y posteriormente, en un seguimiento de estos pacientes a dos años, evaluaron la calidad de vida.

Como resultados encontraron que los pacientes que en el episodio psicótico inicial mostraron síntomas negativos severos, en el seguimiento que se realizó posteriormente, se detectó que tenían dificultad laboral importante, como imposibilidad para conseguir trabajo; asimismo, se encontró que en su mayoría dependían económicamente de otros, tenían escasas o nulas relaciones con amigos, no participaban en actividades recreativas, y tenían un bajo nivel de funcionamiento psicosocial.

La magnitud de la correlación entre los niveles de síntomas psicóticos o desorganización, comparativamente, fue baja. De acuerdo a los resultados de este estudio y de otros similares, se puede concluir que la severidad de los síntomas negativos en el primer episodio psicótico, pronostica una peor evolución de la enfermedad. En general, la severidad de los síntomas psicóticos y desorganización, en el primer episodio psicótico, no tienen valor para predecir la calidad de vida subsecuente. **(48)**

Gupta y cols **(49)** realizaron un estudio donde compararon la calidad de vida de 30 esquizofrénicos con menos de dos años de evolución de su enfermedad, 30 esquizofrénicos con más de dos años de evolución y 30 distímicos. Después del procesamiento estadístico, se encontró que, entre los dos grupos de esquizofrénicos no hubo diferencias en cuanto al nivel de calidad de vida. Sin embargo, cuando se compararon los grupos de esquizofrénicos con el grupo de distímicos, hubo diferencias significativas. En el área de la salud física, los distímicos mostraron más insatisfacción que los esquizofrénicos con menos de dos años de evolución de su enfermedad. En las áreas de la satisfacción con su tratamiento médico y con el empleo del tiempo libre, ambos grupos de esquizofrénicos se mostraron significativamente más satisfechos.

## **JUSTIFICACIÓN**

La esquizofrenia es un trastorno mental que genera gran disfuncionalidad en múltiples áreas del sujeto. El concepto de calidad de vida como medición global de la situación real del paciente ha sido ampliamente discutida. La medición

Cuando los síntomas negativos se presentan desde el inicio del primer episodio psicótico, es muy probable que el paciente desarrolle un daño psicosocial significativo. Por otro lado el valor predictivo de los síntomas psicóticos y de la desorganización, no tienen tanta certeza. Nopoulos y cols. hicieron un estudio del primer episodio psicótico de 50 pacientes esquizofrénicos, vírgenes a tratamiento con neuroléptico. Examinaron la relación entre la severidad de los síntomas en las tres dimensiones señaladas (con el PANSS) al inicio de la hospitalización y posteriormente, en un seguimiento de estos pacientes a dos años, evaluaron la calidad de vida.

Como resultados encontraron que los pacientes que en el episodio psicótico inicial mostraron síntomas negativos severos, en el seguimiento que se realizó posteriormente, se detectó que tenían dificultad laboral importante, como imposibilidad para conseguir trabajo; asimismo, se encontró que en su mayoría dependían económicamente de otros, tenían escasas o nulas relaciones con amigos, no participaban en actividades recreativas, y tenían un bajo nivel de funcionamiento psicosocial.

La magnitud de la correlación entre los niveles de síntomas psicóticos o desorganización, comparativamente, fue baja. De acuerdo a los resultados de este estudio y de otros similares, se puede concluir que la severidad de los síntomas negativos en el primer episodio psicótico, pronostica una peor evolución de la enfermedad. En general, la severidad de los síntomas psicóticos y desorganización, en el primer episodio psicótico, no tienen valor para predecir la calidad de vida subsecuente. **(48)**

Gupta y cols **(49)** realizaron un estudio donde compararon la calidad de vida de 30 esquizofrénicos con menos de dos años de evolución de su enfermedad, 30 esquizofrénicos con más de dos años de evolución y 30 distímicos. Después del procesamiento estadístico, se encontró que, entre los dos grupos de esquizofrénicos no hubo diferencias en cuanto al nivel de calidad de vida. Sin embargo, cuando se compararon los grupos de esquizofrénicos con el grupo de distímicos, hubo diferencias significativas. En el área de la salud física, los distímicos mostraron más insatisfacción que los esquizofrénicos con menos de dos años de evolución de su enfermedad. En las áreas de la satisfacción con su tratamiento médico y con el empleo del tiempo libre, ambos grupos de esquizofrénicos se mostraron significativamente más satisfechos.

## **JUSTIFICACIÓN**

La esquizofrenia es un trastorno mental que genera gran disfuncionalidad en múltiples áreas del sujeto. El concepto de calidad de vida como medición global de la situación real del paciente ha sido ampliamente discutida. La medición

del concepto calidad de vida tiene muchas vertientes, pero en este proyecto se planteó la adaptación de un instrumento diseñado *ad hoc* para la enfermedad. Se pretendió asimismo, relacionar la calidad de vida con los datos clínicos incluyendo los síntomas positivos y negativos.

## **OBJETIVOS**

1. Traducir y evaluar la confiabilidad al castellano de la Escala de calidad de vida para esquizofrenia.
2. Correlacionar la severidad de síntomas y signos positivos y negativos con la calidad de vida.

## **METODOLOGÍA**

### **a) Diseño**

Se llevó a cabo una investigación de proceso, de observación transversal.

### **b) Universo y Muestra**

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

### **c) Criterios de Selección**

- Pacientes mayores de 18 años, de cualquier sexo.
- Diagnóstico de Esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos, definidos de acuerdo al DSMIV
- Que el estado clínico permita la aplicación de los instrumentos.
- Consentimiento informado para participar.

**d) Variables e Instrumentos.** Se aplicó la escala de calidad de vida de Wisconsin.

del concepto calidad de vida tiene muchas vertientes, pero en este proyecto se planteó la adaptación de un instrumento diseñado *ad hoc* para la enfermedad. Se pretendió asimismo, relacionar la calidad de vida con los datos clínicos incluyendo los síntomas positivos y negativos.

## **OBJETIVOS**

1. Traducir y evaluar la confiabilidad al castellano de la Escala de calidad de vida para esquizofrenia.
2. Correlacionar la severidad de síntomas y signos positivos y negativos con la calidad de vida.

## **METODOLOGÍA**

### **a) Diseño**

Se llevó a cabo una investigación de proceso, de observación transversal.

### **b) Universo y Muestra**

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

### **c) Criterios de Selección**

- Pacientes mayores de 18 años, de cualquier sexo.
- Diagnóstico de Esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos, definidos de acuerdo al DSMIV
- Que el estado clínico permita la aplicación de los instrumentos.
- Consentimiento informado para participar.

**d) Variables e Instrumentos.** Se aplicó la escala de calidad de vida de Wisconsin.

del concepto calidad de vida tiene muchas vertientes, pero en este proyecto se planteó la adaptación de un instrumento diseñado *ad hoc* para la enfermedad. Se pretendió asimismo, relacionar la calidad de vida con los datos clínicos incluyendo los síntomas positivos y negativos.

## **OBJETIVOS**

1. Traducir y evaluar la confiabilidad al castellano de la Escala de calidad de vida para esquizofrenia.
2. Correlacionar la severidad de síntomas y signos positivos y negativos con la calidad de vida.

## **METODOLOGÍA**

### **a) Diseño**

Se llevó a cabo una investigación de proceso, de observación transversal.

### **b) Universo y Muestra**

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

### **c) Criterios de Selección**

- Pacientes mayores de 18 años, de cualquier sexo.
- Diagnóstico de Esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos, definidos de acuerdo al DSMIV
- Que el estado clínico permita la aplicación de los instrumentos.
- Consentimiento informado para participar.

**d) Variables e Instrumentos.** Se aplicó la escala de calidad de vida de Wisconsin.

- **Diagnóstico Psiquiátrico.** El Diagnóstico será asignado mediante la Entrevista Estructurada para el DSMIV (SCID). ( First, M.B., Spitzer, R.L., Golbon, M. y William, J.B., 1997)

El SCID es un instrumento diseñado para evaluar la presencia de trastornos mentales del EJE I de acuerdo a los criterios diagnósticos de la Asociación Psiquiátrica Americana. A la fecha se disponen de dos versiones del mismo, una para determinar el diagnóstico de trastornos mentales de acuerdo al DSM III, y la última para el DSM IV. Es una entrevista estructurada que puede ser administrada por personal previamente entrenado para esta tarea, y que cuenta con validez y confiabilidad adecuadas (First, M.B., Spitzer, R.L., Golbon, M. y William, J.B., 1997)

- **Severidad de Síntomas positivos y negativos.** Se evaluarán mediante la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS). Se trata de una escala de 30 reactivas con un puntaje de severidad de siete puntos, que derivan. En lo general del formato del BPRS y del PRS.
- **¡Error!No se encuentran elementos de tabla de ilustraciones.**El PANSS constituye un nuevo instrumento que introduce criterios operacionales estrictos para conducir una entrevista clínica, además de definiciones mas específicas para cada uno de los 30 reactivas, y un criterio de calificación más detallado para cada nivel de psicopatología.
- **Escala de Calidad de Vida para Esquizofrenia:** En donde se tomo en cuenta 1.- antecedentes, 2.- nivel de satisfacción, 3.- actividades y ocupación, 4.- bienestar psicológico, 5.- sintamos. 6 .- salud física 7.- alcohol y otras drogas. 8.- relaciones sociales y apoyo. 9.- nivel de importancia. 10.- dinero. 11.- actividad de importancia. 12.- realización de objetivos. 12.- realización de objetos. 13.- percepción subjetiva de su calidad de vida

#### e) Procedimiento

Se procedió en primer término a someter a autorización del proyecto ante las autoridades correspondientes del Hospital donde se llevó a cabo la investigación. Una vez obtenida, el investigador buscó a los sujetos que acudieron en forma consecutiva a los servicios externos y de hospitalización y que cumplieran con los criterios de selección. Una vez obtenido el consentimiento para participar, se procedió en primer término a aplicar el SCID para corroborar el diagnóstico

clínico. Una vez aceptado el criterio, se le aplicó el PANSS y la escala de calidad de vida.

#### **f) Análisis estadístico**

Se procedió en primer término a la descripción de variables, utilizando la media y desviación estándar para variables continuas y frecuencias y porcentajes para las variables discretas. Para la evaluación psicométrica de la escala de calidad de vida se determinó la consistencia interna mediante el alfa de Crombach. Como prueba de correlación se utilizará el coeficiente de Pearson. Como prueba de hipótesis se utilizó la T de Student.

## **RESULTADOS**

### **a) Clínico demográficos**

Se estudiaron un total de 40 pacientes, 29 (72.5%) del sexo masculino y 11 (27.5%) del sexo femenino, con una edad promedio de  $35.8 \pm 10.2$  años (rango de 18 a 61). La mayoría de la muestra era soltera (35 casos, 87.5%) y sólo 4 (10% estaba casado al momento de la evaluación. El 72.5% de la población estudiada se reportó sin ocupación. 31 sujetos (77.5%) eran de clase baja y el resto de clase media. El promedio de años de escolaridad de la población fue de  $10 \pm 3.8$ .

Todos los casos tenían un diagnóstico de esquizofrenia paranoide y estaban bajo tratamiento farmacológico con antipsicóticos típicos. En 37 de los 40 sujetos, se documentó el manejo con corrector anticolinérgico. La edad inicio promedio de la enfermedad fue a los  $22.6 \pm 4.7$  años (rango de 14 a 32) y un tiempo de evolución de  $13.0 \pm 9.2$  meses. El promedio en la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) fue: a) síntomas positivos  $15.0 \pm 6.6$ , b) síntomas negativos  $20.8 \pm 9.7$ , c) psicopatología general  $36.2 \pm 15.4$  y d) Total  $72.3 \pm 30.0$ .

### **b) Confiabilidad de la Escala de Calidad de Vida de Winsconnsin.**

El instrumento implica un análisis de reactivos individuales y diversas sumatorias. En la tabla #1 que se muestra a continuación se ilustran los valores alfa para cada una de las subescalas dimensionales que arroja el instrumento:

clínico. Una vez aceptado el criterio, se le aplicó el PANSS y la escala de calidad de vida.

#### **f) Análisis estadístico**

Se procedió en primer término a la descripción de variables, utilizando la media y desviación estándar para variables continuas y frecuencias y porcentajes para las variables discretas. Para la evaluación psicométrica de la escala de calidad de vida se determinó la consistencia interna mediante el alfa de Crombach. Como prueba de correlación se utilizará el coeficiente de Pearson. Como prueba de hipótesis se utilizó la T de Student.

## **RESULTADOS**

### **a) Clínico demográficos**

Se estudiaron un total de 40 pacientes, 29 (72.5%) del sexo masculino y 11 (27.5%) del sexo femenino, con una edad promedio de  $35.8 \pm 10.2$  años (rango de 18 a 61). La mayoría de la muestra era soltera (35 casos, 87.5%) y sólo 4 (10% estaba casado al momento de la evaluación. El 72.5% de la población estudiada se reportó sin ocupación. 31 sujetos (77.5%) eran de clase baja y el resto de clase media. El promedio de años de escolaridad de la población fue de  $10 \pm 3.8$ .

Todos los casos tenían un diagnóstico de esquizofrenia paranoide y estaban bajo tratamiento farmacológico con antipsicóticos típicos. En 37 de los 40 sujetos, se documentó el manejo con corrector anticolinérgico. La edad inicio promedio de la enfermedad fue a los  $22.6 \pm 4.7$  años (rango de 14 a 32) y un tiempo de evolución de  $13.0 \pm 9.2$  meses. El promedio en la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) fue: a) síntomas positivos  $15.0 \pm 6.6$ , b) síntomas negativos  $20.8 \pm 9.7$ , c) psicopatología general  $36.2 \pm 15.4$  y d) Total  $72.3 \pm 30.0$ .

### **b) Confiabilidad de la Escala de Calidad de Vida de Winsconsin.**

El instrumento implica un análisis de reactivos individuales y diversas sumatorias. En la tabla #1 que se muestra a continuación se ilustran los valores alfa para cada una de las subescalas dimensionales que arroja el instrumento:

TABLA #1. CONSISTENCIA INTERNA DE LAS SUBESCALAS DIMENSIONALES DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE WISNCONSIN.

SUBESCALA	alfa de Chrombach
NIVEL DE SATISFACCION GENERAL	0.83
BIENESTAR PSICOLÓGICO	0.45
SALUD MENTAL	0.70
SALUD FÍSICA	0.51
RELACIONES SOCIALES	0.80
NIVEL DE IMPORTANCIA DE LAS RELACIONES SOCIALES	0.76
DINERO	0.52

### c) Descripción de la Calidad de Vida.

A continuación se presenta la descripción obtenida en cada una de las dimensiones calificadas en la escala de calidad de vida en los pacientes esquizofrénicos.

- **Nivel de Satisfacción** (18 reactivos en escala de Likert del 1 al 7)

Promedio± Desviación estandar de la muestra      **75.9±10.2** (rango 46 a 93)

- **Nivel de Bienestar Psicológico**  
(10 reactivos de 0 o 1)

Promedio± Desviación estandar de la muestra      **5.7±1.8** (rango 0 a 10)

- **Sintomatología Mental**  
(3 reactivos en escala de Likert del 1 al 5)

Promedio± Desviación estandar de la muestra      **4.7±1.6** (rango 3 a 10)

- **Sintomatología física**  
(2 reactivos en escala de Likert del 1 al 7)

Promedio± Desviación estandar de la muestra      **8.7±2.1** (rango 5 a 12)

- **Relaciones sociales**  
(5 reactivos en escala de Likert del 1 al 7)

Promedio± Desviación estandar de la muestra      **28.1±5.6** (rango 10 a 35)

- **Nivel de Importancia de las Relaciones**

(5 reactivos en escala de Likert del 1 al 7)

Promedio± Desviación estandar de la muestra      **16.0±2.7** (rango 10 a 22)

- **Dinero**

( 5 reactivos en escala de Likert del 1 al 7)

Promedio± Desviación estandar de la muestra      **15.2±3.3** (rango 8 a 22)

A continuación se ilustra la descripción de las distribuciones en las variables nominales del instrumento de calidad de vida.

- **Actividades y ocupaciones.**

En las ultimas 4 semanas ha: (registre 1)

a) trabajando/estudiando o haciendo tareas domésticas en forma usual.	25 (62.5%)
b) trabajando/ estudiando o haciendo tareas domésticas con menos frecuencia que antes.	10 (25.0%)
c) dejado de trabajar/estudiar o hacer tareas domésticas	5 (12.5%)

¿Siente que está comprometido con las actividades (que desempeña)?

a) Menos de lo que quisiera	20 (50%)
b) Más de lo que quisiera	8 (20%)
c) Tanto como quiero	12 (30%)

- **Alcohol y otras drogas**

Ha bebido alcohol en las ultimas 4 semanas

No	38 (95%)
Si	2 (5%)

Ha consumido alguna droga en la ultimas 4 semanas

No	39 (97.5%)
Si	1 (2.5%)

#### d) Contrastes significativos

No se documentaron diferencias significativas al hacer contrastes entre sexos, estado civil y ocupación con respecto a las diferentes subescalas de la escala de calidad de vida.

#### e) Correlaciones significativas

A continuación se mencionan las correlaciones bivariadas significativas para cada una de las subescalas continuas de la escala de calidad de vida con las variables clínicas y demográficas (se excluyen las subescalas de la escala de calidad de vida que se relacionan con síntomas, pues es lógico que correlacionen con la escala de severidad sintomática PANSS):

##### • Nivel de satisfacción

Con: Tiempo de evolución	$r= 0.33$	$p=0.03$
PANSS positivo	$r=-0.42$	$p=0.006$
PANSS general	$r=-0.37$	$p=0.01$
PANSS total	$r=-0.38$	$p=0.01$

##### • Bienestar Psicológico

Con: PANSS positivo	$r=-0.46$	$p=0.002$
PANSS negativo	$r=-0.42$	$p=0.007$
PANSS general	$r=-0.43$	$p=0.005$
PANSS total	$r=-0.47$	$p=0.002$

##### • Relaciones Sociales

No muestra correlaciones significativas con las variables clínicas y demográficas bajo estudio.

##### • Importancia para las relaciones sociales

No muestra correlaciones significativas con las variables clínicas y demográficas bajo estudio.

##### • Dinero

Con: PANSS positivo	$r=-0.40$	$p=0.01$
---------------------	-----------	----------

##### • Actividades Cotidianas

Con: PANSS positivo	$r=-0.32$	$p=0.04$
PANSS general	$r=-0.37$	$p=0.01$

PANSS total

$r=-0.34$

$p=0.02$

## DISCUSIÓN

El Cuestionario de calidad de vida de Wisconsin es un instrumento complejo que evalúa diversas dimensiones que se acercan al constructo de calidad de vida. La versión traducida al castellano evaluada en este estudio demostró el ser comprendida en forma adecuada por los pacientes y sus familiares y una consistencia interna adecuada en la mayor parte de sus subescalas.

Las correlaciones significativas encontradas entre la severidad para síntomas positivos, negativos, psicopatología general y total con algunas de las subescalas del instrumento de calidad de vida apoyan la validez predictiva del instrumento. Otras escalas del propio instrumento no fueron modificadas por la severidad sintomática y ello se explica en el hecho de la ausencia de relaciones específicas entre ambas variables. Estudios posteriores utilizando el instrumento permitirán evaluar en forma completa la validez predictiva del total de las dimensiones que abarca esta ampliamente utilizada herramienta de investigación.

Como se mencionó en el marco teórico, diversos autores, y bajo diversas circunstancias se ha explorado la relación entre los síntomas positivos, los síntomas negativos y la psicopatología en general con relación a la calidad de vida.

Awad y cols (14) reportan que los síntomas negativos tienen repercusión importante en diversas dimensiones de la calidad de vida. En el presente trabajo, la escala de síntomas negativos sólo correlacionó en forma significativa con la escala de bienestar psicológico y no con el resto. El uso de instrumentos diferentes entre investigaciones hace difícil la comparación entre trabajos de investigación. Es muy probable que las variaciones encontradas se deban a esta razón.

Contrario a lo dicho por este autor (14), en esta investigación, la mayoría de las dimensiones de la calidad de vida se vieron correlacionadas en forma significativa con los síntomas positivos. Kaiser y cols (29) apoyan con sus resultados el hecho de que la severidad de los síntomas productivos afectan en forma importante algunas dimensiones de la calidad de vida.

En este trabajo no se documentaron diferencias de género para la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos bajo estudio. Vandiver y cols (44) afirma haber encontrado contrastes significativos entre sexos. Nuevamente, la selección de las poblaciones e instrumentos pueden explicar los resultados dispares. El trabajo que se presenta fue llevado a cabo en un Hospital Psiquiátrico de fase aguda para población de escasos recursos, y quizás ello produzca un efecto de selección que diluye los efectos del género.

Siguiendo en la línea de discusión de las variables demográficas, en el presente trabajo no se documentaron correlaciones significativas entre la escolaridad y las dimensiones de calidad de vida. Swanson y cols (43) reportan que en su muestra encontraron que a mayor escolaridad, los síntomas psicóticos eran menos intensos y la calidad de vida menor. Nuevamente consideramos que la población seleccionada en este estudio tiene poca variabilidad en cuanto a escolaridad, predominando pocos años de estudio. Quizás, al extender la muestra hasta abarcar escolaridades superiores se lograría replicar los hallazgos de dichos autores.

Los pacientes estudiados en la muestra mexicana recibieron en su totalidad antipsicóticos típicos. Esto imposibilita la comparación hecha por Franz y cols (30) que reportan una mejor calidad de vida entre los pacientes que toman antipsicóticos atípicos. Futuras investigaciones con el instrumento evaluado permitirán reconocer si este fenómeno se mantiene en un país diferente.

La presente investigación corroboró que el instrumento de calidad de vida de Wisconsin en su versión castellana es adecuado para uso en investigaciones locales, y replicó muchas de las relaciones entre la sintomatología positiva y negativa, encontradas en la literatura internacional.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and Mental Illnes. Brit J Psychiatry 1998;172:291-293.**
- 2.- Barry M. Crosby C. (1996) Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term Psychiatric disorders. British Journal of Psychiatry. 168, 210-216.**
- 3.- Gill T.M. Feinstein A.R. (1994) A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. Journal of American Medical Association 272, 619-626.**
- 4.- Hunt S.M. McKenna S.P. McEwen J. Et al (1980) A quantitative approach to perceived health status: a validation study, Journal of epidemiology and community health, 34, 281-286.**
- 5.- Lehman A.F. (1988) A quality of life interview for the chronically mentally ill. Evaluation and program planning. II, 51-62.**
- 6.- Maguire P. Selby P. (1989) Assessing quality of life in cancer patients. British Journal of cancer, 60, 437-440.**

Siguiendo en la línea de discusión de las variables demográficas, en el presente trabajo no se documentaron correlaciones significativas entre la escolaridad y las dimensiones de calidad de vida. Swanson y cols (43) reportan que en su muestra encontraron que a mayor escolaridad, los síntomas psicóticos eran menos intensos y la calidad de vida menor. Nuevamente consideramos que la población seleccionada en este estudio tiene poca variabilidad en cuanto a escolaridad, predominando pocos años de estudio. Quizás, al extender la muestra hasta abarcar escolaridades superiores se lograría replicar los hallazgos de dichos autores.

Los pacientes estudiados en la muestra mexicana recibieron en su totalidad antipsicóticos típicos. Esto imposibilita la comparación hecha por Franz y cols (30) que reportan una mejor calidad de vida entre los pacientes que toman antipsicóticos atípicos. Futuras investigaciones con el instrumento evaluado permitirán reconocer si este fenómeno se mantiene en un país diferente.

La presente investigación corroboró que el instrumento de calidad de vida de Wisconsin en su versión castellana es adecuado para uso en investigaciones locales, y replicó muchas de las relaciones entre la sintomatología positiva y negativa, encontradas en la literatura internacional.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and Mental Illnes. Brit J Psychiatry 1998;172:291-293.
- 2.- Barry M. Crosby C. (1996) Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term Psychiatric disorders. British Journal of Psychiatry. 168, 210-216.
- 3.- Gill T.M. Feinstein A.R. (1994) A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. Journal of American Medical Association 272, 619-626.
- 4.- Hunt S.M. McKenna S.P. McEwen J. Et al (1980) A quantitative approach to perceived health status: a validation study, Journal of epidemiology and community health, 34, 281-286.
- 5.- Lehman A.F. (1988) A quality of life interview for the chronically mentally ill. Evaluation and program planning. II, 51-62.
- 6.- Maguire P. Selby P. (1989) Assessing quality of life in cancer patients. British Journal of cancer, 60, 437-440.

- 7.- Oliver J.P.J. (1991) the social care directive:development of a quality profile for use in community services for the the mentally ill. *Social Work and social Sciences Review*, 3 5-45.
- 8.- Patrick D.L. Deyo R.A. (1989) Generic and disease-specific measure in assessing health status and quality of life. *Medical care*, 27 (suppl. 3),5217-5232.
- 9.- Sprangers M.A.G. Aaronson N.K. (1992) The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life patients with chronic disease: a review. *Journal of clinical epidemiology*. 45, 743-760.
- 10.- Lehman A. The well-being of chronic mental patients: assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry* 40, 369-373.
- 11.- Malm I, May PRA, Dencker s.j. Evaluation of the quality of life schizophrenic outpatients: a checklist. *Schizophr Bull* 1981; 7: 477-487.-
- 12.- Skantze K. Malm U. Dencker S. May P. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic outpatients. *Br J Psychiatry* 1992: 161; 797-801.
- 13.- Heinrichs D.W. Hanlon ET. Carpenter WT jr (1984) The quality of life Scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome *Bull* 10: 388-398.
- 14.- Awad AG. Hogan TP (1994) Subjective response to neuroleptics and quality of life: Implications for treatment outcome. *Acta psychiatr Scand* 89 ( Suppl. 380): 27-31.
- 15.- Malm U. May P. Dencker S. (1981) Evaluation of the quality of life of the schizophrenic, outpatient: a checklist. *Schizophrenic Bull*. 7;477-484.
- 16.- Levi L. Anderson L. *Psychosocial stress: population environment and quality of life*. Hollyswood, NY; Spectrum, 1975.
- 17.- Andrews FM. Withey S.B. (1976) *social Indicators of Well-being. Americans´ Perceptions of life quality*, New York, London: Plenum press.
- 18.- Campbell A. Subective measures of well-being. *Am Psychologist* 1976: 31: 117-124

- 19.- Lehman A.F. A quality of life interview for the chronically mentally ill. Evaluation and program planning,II, 51-62
- 20.- Heinrichs D.W. Hanlon ET. Carpenter WT jr (1984) The quality of life Scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome Bull 10: 388-398.
- 21.- Gill T.M. Feinstein A.R. a Critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. Journal of American Medical Association, 272, 619-626.
- 22.- Hunt S.M. McKenna S.P. McEwen. A quantitative approach to perceived health status: a validation study, journal or Epidemiology and community Health, 34, 281-286.
- 23.- Maguire P. Selby P. Assessing quality of life in cancer patients. British Journal of cancer, 60, 437-440.
- 24.- Oliver J.P. The social care directive:development of quality of life profile for use in community services for the mentally ill. Social Work and social sciences Review, 3, 5-45.
- 25.- Patrick D.L. Deyo R.A. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life, Medical care, 27 (suppl. 3), 5217-5232.
- 26.- Sprangers M.A.G. Aaronson N.K. The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life patients with chronic disease: a review, Journal of clinical epidemiology, 45 743-760.
- 27.- WHOQOL Group (1995) The World Health organization Quality of life Assessment (WHOQOL): Position papaer from the World Health Organization. Social Science and Medicine, 41 1403-1409.
- 28.- Glowczak M, Jarema M, Meder J, Morawiec M. Chronic mental illness: quality of life. Psychiatr Pol 1996; 30(3): 368-79.
- 29.- Kaiser W, Priebe S, Hoffmann K, Isermann M. Subjective quality of life of patients with chronic schizophrenia. Nervenarzt 1996; 67(7): 572-82.

- 30.- Franz M, Lis S, Pluddemann K, Gallhofer B. Conventional versus atypical neuroleptics: subjective quality of life in schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1997;170:422-5.
- 31.- Addington J, Addington D. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999; 25(1): 173-82.
- 32.- Tollefson GD, Andersen SW. Should we consider mood disturbance in schizophrenia as an important determinant of quality of life? *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 5: 23-9; discussion 30.
- 33.- Smith TE, Hull JW, Goodman M, Hedayat Harris A, Willson DF, Israel LM, Munich RL. The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187(2): 102-8.
- 34.- Revicki DA. Pharmacoeconomic evaluation of treatments for refractory schizophrenia: clozapine-related studies. *J Clin Psychiatry* 1999;60 Suppl 1: 7-11; discussion 28-30.
- 35.- Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Quality of life-what it means to me...Results of a survey among schizophrenic patients *Psychiatr Prax* 1999; 26(2): 56-60.
- 36.- Roder Wanner UU, Priebe S. Objective and subjective quality of life of first-admitted women and men with schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 248(5): 250-8.
- 37.- Bow Thomas CC, Velligan DI, Miller AL, Olsen J. Predicting quality of life from symptomatology in schizophrenia at exacerbation and stabilization. *Psychiatry Res* 1999; 86(2): 131-42.38.- Sainfort F, Becker M,
- 38.- Sainfort F, Becker M, Diamond R. Judgments of quality of life of individuals with severe mental disorders: Patient self-report versus provider perspectives. *Am J Psychiatry* 1996; 153(4): 497-502.39.-
- 39.- Tollefson GD, Andersen SW. Should we consider mood disturbance in schizophrenia as an important determinant of quality of life? *Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 5: 23-9; discussion 30
- 40.- Skantze K. Subjective quality of life and standard of living: a 10-year follow-up of out-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1998 Nov; 98(5): 390-9.41.-

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 41.- Holzner B, Kemmler G, Meise U. The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998 Dec; 33(12): 624-31.42.-
- 42.- Priebe S, Warner R, Hubschmid T, Eckle I. Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophr Bull* 1998; 24(3): 469-77.43.-
- 43.- Swanson CL Jr, Gur RC, Bilker W, Petty RG, Gur RE. Premorbid educational attainment in schizophrenia: association with symptoms, functioning, and neurobehavioral measures. *Biol Psychiatry* 1998 Oct 15 44(8): 739-47.4
- 44.- Vandiver VL. Quality of life, gender and schizophrenia: a cross-national survey in Canada, Cuba, and U.S.A. *Community Ment Health J* 1998 Oct; 34(5): 501-11.45.-
- 45.- Spiridonow K, Kasperek B, Meder J. Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia and in healthy persons *Psychiatr Pol* 1998; 32(3): 297-306.46.-
- 46.- Collaborative Working Group on Clinical Trial Evaluations. Evaluating the effects of antipsychotics on cognition in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 12: 35-40.47.-
- 47.- Collaborative Working Group on Clinical Trial Evaluations. Measuring outcome in schizophrenia: differences among the atypical antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 12: 3-9.48.-
- 48.- Ho BC, Nopoulos P, Flaum M, Arndt S, Andreasen NC. Two-year outcome in first-episode schizophrenia: predictive value of symptoms for quality of life. *Am J Psychiatry* 1998 Sep; 155(9): 1196-201.49.-
- 49.- Gupta S, Kulhara P, Verma SK. Quality of life in schizophrenia and dysthymia. *Acta Psychiatr Scand* 1998 Apr; 97(4): 290-
- 50.- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. y Williams, J.B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM IV axis I disorders*. Asociación Psiquiátrica Americana. New York