



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y  
SALUD MENTAL**

**RELACION ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL  
TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO DE LOS PACIENTES CON  
ESQUIZOFRENIA DE EL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA SAN  
FERNANDO DEL IMSS**

## **TESIS DE POSTGRADO**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
MÉDICO ESPECIALISTA EN  
PSIQUIATRÍA**

**P R E S E N T A:**

**DRA. GABRIELA GOLLÁS ZAMORA**



MEXICO D.F.

2007



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.

## INDICE

I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	2
II. OBJETIVOS	10
III. HIPOTESIS	11
IV. MATERIAL Y METODOS	12
V. RESULTADOS	21
VI. DISCUSIÓN	29
VII. CONCLUSIÓN	32
VIII. ANEXOS	33
IX. BIBLIOGRAFÍA	41

## I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En 1981, Malm publicó el primer método para la evaluación específica de la calidad de vida de los enfermos esquizofrénicos. A partir de entonces, este tema ha sido abordado cada vez con mayor frecuencia. Los últimos medicamentos antipsicóticos se promovieron poniendo el énfasis en sus efectos sobre la calidad de vida de los enfermos.

El término “calidad de vida” actualmente forma parte tanto de la conversación cotidiana como del discurso político. La búsqueda de la calidad de vida es un proceso en el que todo mundo parece intervenir: científicos, filósofos, periodistas, políticos, religiosos, etc. (1).

El descubrimiento por Delay y Denicler en 1953, de que la clorpromacina era efectiva en el tratamiento de los síntomas psicóticos nucleares, fue uno de los más importantes en la psiquiatría y en la medicina en general. Una vez comprobado que la clorpromacina era un agente antipsicótico eficaz, se estudio experimentalmente para intentar descubrir su mecanismo de acción. Se encontró que la clorpromacina y otros agentes antipsicóticos causaban “neuroleptosis” en los animales experimentales. Los nuevos neurolepticos fueron descubiertos en gran parte debido a su capacidad para no producir este efecto. Al final de los años sesenta y de los setenta, se reconoció que todos los neurolepticos compartían la propiedad de bloquear los receptores dopaminérgicos.

La efectividad de un fármaco se basa en la combinación en la eficacia para tratar los síntomas y la tolerancia del paciente en cuanto a los efectos colaterales. Así, los antipsicóticos convencionales muestran una marcada tendencia a producir efectos colaterales, razón por la cual muchos pacientes no tienen la adherencia al tratamiento.

En cuanto a los antipsicóticos de segunda generación o atípicos, fueron desarrollados con el fin de producir una mejora en el perfil de los efectos secundarios. Con una tendencia marcada en cuanto a mejora de síntomas extrapiramidales, sintomatología negativa, déficit cognitivo, hiperprolactinemia y sintomatología afectiva de tipo depresivo, así como su efecto antipsicótico. Sin embargo cada uno debe ser evaluada por separado pues muestran efectos colaterales tales como ganancia de peso, efectos adversos endocrinológicos, cardiovasculares, disfunción sexual, convulsivos y algunos efectos extrapiramidales (2,3,4,5,6,7,).

No solo la prevención de recaídas y la minimización de efectos colaterales sino también el mejoramiento en la calidad de vida son metas apropiadas para el mantenimiento del tratamiento farmacológico en pacientes esquizofrénicos. En este contexto, resultados subjetivos en las medidas toman gran importancia, una de las más importantes es la medición en la calidad de vida. Aunque la efectividad de los fármacos antipsicóticos en síntomas positivos ha sido demostrada en muchos estudios, los diferentes efectos en la calidad de vida y la adherencia terapéutica deben ser estudiados. Muchos estudios demuestran diferencias entre antipsicóticos

típicos y atípicos. Los antipsicóticos atípicos tienen mucha importancia en tratamientos a corto y a largo plazo (8).

Hasta 1980, la evaluación de tratamientos para esquizofrenia estuvo basada en medidas objetivas sobre los síntomas positivos. Varias definiciones de calidad de vida fueron propuestas. Por Lehman, la calidad de vida refleja la sensación de bienestar y experiencia de satisfacción por la gente bajo sus actuales circunstancias de vida. En los pacientes esquizofrénicos la correlación entre el acceso subjetivo y objetivo de la calidad de vida es influenciada por si mismo. Mediciones en la calidad de vida pueden ser consideradas un indicador pertinente en el estado de salud de los pacientes estabilizados. La calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia es influenciada por varios factores como eventos de la vida, tratamientos y variaciones en el afecto. (9)

Los dramáticos cambios que ha sufrido la psiquiatría en los últimos 50 años están íntimamente relacionados con el tratamiento de la esquizofrenia. Alrededor de 1950, el 50% o más de los pacientes hospitalizados tenía diagnóstico de esquizofrenia. Cuando se descubrió que la Clorpromacina tenía excelentes propiedades antipsicóticas el número de hospitalizaciones se redujo.

Muchos pacientes regresan rápidamente al hospital, uno porque dejan de tomar los medicamentos para evitar los efectos colaterales y segundo porque les es difícil soportar el estrés causado por la comunidad como los eventos de la vida y las emociones de los miembros de la familia hacia el (10).

El primer documento en el que se utiliza el concepto de calidad de vida es de 1966 por Elkinton. Hoy en día la calidad de vida se debe considerar como un concepto, comparando aspectos de no enfermedad con enfermedad y que incluya tres dimensiones: bienestar subjetivo/satisfacción, funcionamiento en la vida diaria incluyendo autocuidado, roles sociales y recursos externos como la red de apoyo social.

Es sorprendente que algunas variables sociodemográficas como la edad y el estatus económico, son validas como predictor en la calidad de vida de la población general, no lo son para pacientes esquizofrénicos que viven en la comunidad. El afecto y la sensación de control tienden a mejorar la calidad de vida, mientras que el estigma se relaciona con una menor calidad de vida. Si hay predominio de síntomas negativos y efectos extrapiramidales la calidad de vida disminuye aún más. Existen tres áreas identificadas que dificultan la calidad de vida en esquizofrénicos: los pacientes que viven en la comunidad tienen más necesidades y menos recursos ambientales que las personas sanas; la estigmatización y las dificultades para identificarse adecuadamente y expresar necesidades (10).

En 1994 la OMSS definió la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su posición en la vida, dentro de una estructura de cultura y un sistema de valores en el cual esta inmerso en función de sus metas, estándares e intereses”. La literatura muestra que la calidad de vida de esquizofrénicos es baja en muchas áreas de la vida. Generalmente están desempleados, no están casados, sufren síntomas residuales, tienen pocas relaciones sociales, están excluidos de su familia y tienen

problemas económicos. Las áreas de insatisfacción mayormente identificadas son la financiera, relaciones sociales y salud. La relación entre psicopatología y calidad de vida muestra que la depresión y la ansiedad son factores particularmente asociados a una peor calidad de vida. En los últimos años la calidad de vida ha servido como una herramienta en la comparación entre antipsicóticos típicos y atípicos y su impacto en el funcionamiento y satisfacción del paciente (11).

Se ha demostrado que los cambios en la calidad de vida muestran una correlación más alta con los cambios en la psicopatología general. Se reporta que el factor de depresión del PANSS era el que mostraba mayor correlación con la calidad de vida global subjetiva. Otros estudios sugieren que la ansiedad y depresión pueden ser más críticos que otros síntomas de Esquizofrenia. En 1988 Lehman demostró que la depresión y la ansiedad estaban consistentemente relacionadas con la calidad de vida de la población con enfermedad mental crónica. Existen varios estudios que demuestran que la depresión puede estar relacionada a los síntomas negativos y/o positivos. Además de esto, algunos datos indican que la ansiedad puede estar relacionada también a síntomas positivos y negativos (12).

En la esquizofrenia los síntomas depresivos deben de estar enfocados por la fuerte asociación que existe con la subjetiva calidad de vida (13).

Expertos en salud mental concuerdan en que la reducción en la psicopatología es la estrategia más eficaz para mejorar la calidad de vida. Por largo tiempo la medicación antipsicótica para reducir los síntomas causaba muchos efectos colaterales. Muchos

estudios muestran que los efectos extrapiramidales tienen un impacto negativo en la calidad de vida y otros no encuentran relación en esto. Con la introducción de la segunda generación de antipsicóticos en 1990, muchos psiquiatras vieron una mejora en la calidad de vida, porque comparados con la primera generación, los nuevos antipsicóticos tienen un bajo riesgo de producir efectos colaterales tales como graves efectos extrapiramidales, además tienen efectividad en cuanto sintomatología positiva, con un impacto mayor en la calidad de vida. Sin embargo muchos de estos estudios no han podido ser replicados (14,15)

La respuesta subjetiva a los antipsicóticos como “satisfacción con el tratamiento y la subjetiva tolerabilidad” deben ser consideradas en la práctica clínica rutinaria. La satisfacción con la farmacoterapia debe de ser una medida en la calidad de vida. Las investigaciones en cuanto a la tolerabilidad subjetiva y las actitudes hacia la terapia farmacológica son limitadas. Los estudios que toman estos parámetros como medida para comparar antipsicóticos típicos y atípicos son controversiales. Algunos estudios demuestran correlación negativa con la ideación delirante paranoide, efectos colaterales, factores emocionales (16).

Existe una gran correlación entre la calidad de vida subjetiva y objetiva, mas marcada en síntomas psicológicos, aunque generalmente existe una discrepancia entre ambas, es indudable que solo el paciente puede medir de una manera adecuada la calidad de vida experimentada (17).

El temperamento de cada paciente pueden explicar una variabilidad del 6 al 16% en la calidad de vida entre pacientes esquizofrénicos después de ser estabilizados emocionalmente, socialmente, autoestima, efectos colaterales y depresión.

Se han encontrado correlación entre aquellos temperamentos con gran tendencia hacia la búsqueda de la novedad y mejor calidad de vida, salud general y sentimientos positivos. En cuanto a niveles altos de dependencia están relacionados con una mayor satisfacción en las relaciones sociales. Niveles elevados de evitación están asociados con una peor satisfacción en actividades generales y la medicación. De este modo los factores temperamentales tienen influencia en la satisfacción de la calidad de vida en esquizofrénicos (18, 19).

Algunos estudios en diferentes contextos culturales (p. Ej. Marruecos), encuentran que la psicofarmacología por si sola no tiene impacto en la calidad de vida, más aún, la calidad de vida es un complejo constructo influenciado por diferentes factores (20).

Las recaídas sintomáticas en la esquizofrenia tienen impacto en cuanto al estrés y los costos, pudiendo devastar la vida de los pacientes y de los familiares. Los debilitantes síntomas requieren intervenciones especializadas y tratamientos prolongados, con costos monetarios potencialmente elevados (21). En nuestro país por ejemplo el tratamiento de esquizofrenia abarca desde \$19,662 dólares por paciente iniciando su terapia con Haloperidol, hasta \$22,667 dólares iniciando con Risperidona. La Olanzapina fue dominante comparada con Risperidona considerando tanto la no recaída como los resultados de efectividad. Los pacientes que recibieron Olanzapina

experimentaron 13% y 2% menos recaídas comparadas con los pacientes tratados con Haloperidol y Risperidona, respectivamente. El incremento a cinco años del costo-efectividad de Olanzapina comparada con Haloperidol fue de \$5,274 dólares por paciente mejorado, y de \$21,254 dólares por recaída evitada. (22). El tratamiento con antipsicóticos atípicos tiene una marcada reducción en la demanda de servicios, recaídas, en la percepción en cuanto a la calidad de vida y tendencias hacia la reducción en la severidad de los síntomas, particularmente en los síntomas afectivos (23).

En cuanto a la relación entre la calidad de vida y las funciones neurocognitivas, existen estudios que confirman que el déficit cognitivo en funciones ejecutivas y la memoria de trabajo parece tener un impacto directo en la calidad de vida percibida por los pacientes especialmente en el ámbito social, pudiendo ser causa o consecuencia del deterioro social en pacientes esquizofrénicos (24).

## II. OBJETIVOS

### 1. GENERAL:

Comparar el efecto del tratamiento con antipsicóticos típicos contra el tratamiento con antipsicóticos atípicos sobre la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos.

### 2. ESPECÍFICOS:

2.1.- Determinar la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos en tratamiento.

2.2.- Evaluar la severidad de psicopatología en los pacientes con tratamiento antipsicótico.

2.3.- Cuantificar efectos secundarios en cuanto a síndrome parkinsoniano entre tratamiento antipsicótico típico y atípico.

2.4.- Medir variables socio-demográficas en pacientes esquizofrénicos en tratamiento.

### III. HIPOTESIS

**Hipótesis Nula:** El tratamiento con antipsicóticos atípicos no tiene efecto en la mejoría de la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos comparado con el tratamiento típico.

**Hipótesis Alterna:** El tratamiento con antipsicóticos atípicos mejora la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos en comparación con el tratamiento típico.

## IV. MATERIAL Y METODOS

- 1.- Fecha de inicio y conclusión: Del 1 de Junio de 2004 al 1 de Noviembre de 2004.
- 2.- Ámbito: Hospital Psiquiátrico San Fernando del IMSS, Delegación Sur del Distrito Federal.
- 3.- Tipo de Estudio: Observacional, transversal, descriptivo y abierto.
- 4.- Universo de Estudio: Pacientes derechohabientes del IMSS

### 4.1.- Características de la Unidad de Observación:

#### 4.1.1.- Criterios de inclusión para los sujetos de estudio.

- 4.1.1.1.- Pacientes de ambos sexos, en control por la consulta externa de la Clínica de Esquizofrenia.
- 4.1.1.2.- Edad entre 18 y 73 años.
- 4.1.1.3.- Diagnóstico de Esquizofrenia según criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.
- 4.1.1.4.- Firma de consentimiento informado (Anexo 5) previamente a su lectura y decidiendo aceptar de manera libre.

#### 4.1.2.- Criterios de No Inclusión para los sujetos de estudio.

- 4.1.2.1.- Pacientes con cualquier otro diagnóstico distinto de Esquizofrenia.
- 4.1.2.2.- Pacientes con brote psicótico agudo.
- 4.1.2.3.- Pacientes farmacodependientes.
- 4.1.2.4.- Antecedentes de traumatismo cráneo encefálico.
- 4.1.2.5.- Pacientes con enfermedades crónico degenerativas.
- 4.1.2.6.- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio de manera voluntaria.

#### 4.1.3.- Criterios de Exclusión para los sujetos de estudio.

- 4.1.3.1.- Pacientes en quienes se hizo cambio de medicamento antipsicótico durante el transcurso del estudio.
- 4.1.3.2.- Pacientes no derechohabientes del IMSS.
- 4.1.3.3.- Pacientes hospitalizados durante el transcurso del estudio.
- 4.1.3.4.- Pacientes que abandonaron el tratamiento durante el estudio.
- 4.1.3.5.- Pacientes que cambiaron su residencia.

## 5.- Definición operacional de variables.

### 5.1.- Variables independientes.

#### 5.1.1.- Esquizofrenia.

Definición conceptual: Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan en general por distorsiones fundamentales y características del pensamiento y de la percepción, y por los afectos embotados o inapropiados. La claridad de la conciencia y la capacidad intelectual están conservadas por lo general, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficit cognoscitivos. Los fenómenos psicopatológicos más importantes incluyen eco, inserción, robo o difusión del pensamiento; percepciones delirantes o ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad; voces alucinatorias comentando o discutiendo sobre el paciente en tercera personal; trastornos del pensamiento y síntomas negativos. El curso de los trastornos esquizofrénicos puede ser continuo o episódico, con un defecto estable o progresivo, o puede haber uno o más episodios con remisión completa o incompleta.

Definición operacional: Para establecer el diagnóstico de Esquizofrenia según los criterios del DSM-IV-TR

- A. Síntomas característicos: Dos (o mas) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):
  - 1) Ideas delirantes
  - 2) Alucinaciones
  - 3) Lenguaje desorganizado
  - 4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
  - 5) Síntomas negativos
- B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de la actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno.
- C. Persisten los signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe tener al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales manifestados sólo por síntomas negativos.
- D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo
- E. Exclusión del consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia.
- F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico

adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se ha tratado con éxito) (28).

5.1.2.- Edad: Expresada en años.

5.1.3.- Género: Expresado como masculino o femenino.

5.1.4.- Estado Civil: Demarcado por la condición establecida por las convenciones de registro civil al momento del estudio clasificando en:

- Soltero.
- Casado.
- Divorciado.
- Viudo.

5.1.5.- Situación Laboral: En interrogatorio directo al primer contacto clasificando en:

- Trabajador.
- Desempleado.

5.1.6.- Entorno Familiar: En interrogatorio directo o a través de registros en expediente, clasificando de manera arbitraria en:

- Vive con familia.
- Vive con pareja.
- Vive solo.
- Vive en asilo.

5.1.7.- Antipsicótico Típico y Atípico.

Definición conceptual: Los antipsicóticos típicos son aquellos que producen efectos secundarios extrapiramidales en la mayoría de los pacientes, en dosis clínicamente efectivas. Se les denomina neurolépticos debido a su efecto inhibitor sobre la actividad locomotora. Los fármacos antipsicóticos atípicos son

aquellos que tienen una propensión significativamente menor a producir efectos secundarios extrapiramidales en dosis clínicamente efectivas. También se conocen como fármacos antipsicóticos de segunda generación reflejando el desarrollo más tardío de la mayoría de sus compuestos (con la excepción de la Clozapina) o por su farmacología, por ejemplo antagonistas multireceptores o antagonistas 2A de la 5-hidroxitriptamina. Existe el acuerdo general de que tres características son las que diferencian los antipsicóticos atípicos de los convencionales, y estas características pueden derivar de la propiedad farmacológica del antagonismo serotonina 2A dopamina 2 (5HT2A/D2) de que disponen todos los antipsicóticos atípicos, como oposición al antagonismo D2 sin antagonismo 5HT2A que poseen casi todos los antipsicóticos convencionales. La primera de estas características diferenciales es que los antipsicóticos atípicos muestran una baja o nula propensión a causar síntomas extrapiramidales o discinecia tardía, que es el efecto secundario de los antipsicóticos convencionales más molesto. La segunda, algunos antipsicóticos atípicos no elevan los niveles de prolactina, algo que sí hacen todos los antipsicóticos convencionales. Finalmente, la mayoría de antipsicóticos atípicos reducen los síntomas negativos de la esquizofrenia en mayor medida que los antipsicóticos convencionales (4).

Definición operativa: Dosis y tipo de antipsicótico

## 5.2.- Variables Dependientes.

5.2.1.- Cuestionario para evaluar la calidad de vida de la organización mundial de la salud versión abreviada.

Definición conceptual: El grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) en colaboración con 15 centros alrededor del mundo desarrollaron en 1993 el instrumento para medir la calidad de vida: WHOQOL breve, para lograr una evaluación internacional de la calidad de vida, para investigar y comparar la calidad de vida en diferentes culturas, que fuera aplicable en diferentes enfermedades, en diversos estratos socioeconómicos, y en todos los grupos de edad. Puede ser usado en una gran variedad de culturas, en la comunidad o con enfermos. Son sensibles a programa de intervención, y a cambios en el tiempo relacionados con circunstancias específicas de la vida.

Definición operativa: El WHOQOL breve ha sido traducido a 19 idiomas, puede ser autoadministrado o administrado por un entrevistador. Presenta 4 dimensiones donde se incluyen diferentes áreas.

#### 1. Salud Física:

Actividades de la vida diaria

Dependencia a medicamentos o sustancias

Energía y Fatiga

Movilidad

Dolor y descontento

Sueño y descanso

Capacidad para el trabajo

#### 2. Psicológico:

Imagen corporal y apariencia

Sentimientos negativos

Sentimientos positivos

Autoestima

Espiritualidad, religión y creencias

Pensamientos, aprendizaje, memoria y concentración.

3. Relaciones sociales:

Relaciones personales

Apoyo social

Actividad sexual

4. Medio ambiente:

Fuente financiera

Libertad, seguridad

Accesibilidad y calidad de los servicios sociales y de salud

Ambiente del hogar

Oportunidades para adquirir nueva información

Actividades de recreación

Medioambiente físico

Transporte

La última pregunta valora la frecuencia de sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión.

El paciente valora los distintos ítems según una escala de Likert de 5 puntos, que en hace referencia a intensidad, en otras a la frecuencia, satisfacción o capacidad. Es un instrumento autoaplicado (31).

5.2.2.- Puntaje PANSS de Esquizofrenia.

Definición conceptual: La escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS, de las siglas en inglés para Positive and Negative Síndrome Scale) desarrollada por Kay y Col (1987), es una escala que mide severidad de los distintos síntomas presentes en la esquizofrenia, y permite evaluar los cambios en respuesta al tratamiento.

Definición operacional: Incluye 30 variables agrupadas en 3 subescalas: de síntomas positivos, de síntomas negativos y de psicopatología general. Tales variables son las siguientes; delirios, alucinaciones, desorganización conceptual, excitación, hostilidad, suspicacia, grandiosidad, retirada emocional, empatía limitada, retirada social apática, dificultades en el pensamiento abstracto, pensamiento estereotipado, preocupación, ansiedad, tensión, evitación social activa, falta de juicio, alteración de la voluntad, falta de cooperación, contenido inusual de pensamiento, desorientación, deficiente control de impulsos, preocupación somática.

Cada variable se califica de acuerdo a la severidad desde 1 igual a ausente, hasta 7, extremadamente severo (31).

### 5.2.3.- Puntaje de Dimascio para síntomas extrapiramidales.

Definición conceptual: La escala evalúa tanto el síndrome parkinsoniano (expresión facial, temblor, aquinesia y rigidez muscular) como la acatisia y la distonía.

Definición operacional: Los grados de severidad de cada síntoma están definidos operacionalmente y van del 0 que representa la ausencia del síntoma al 3 representando el grado de mayor severidad (30)

6.- Tamaño de la muestra: Se calculó un tamaño de muestra de mínimo de 80 pacientes, divididos en dos grupos de 40 pacientes cada uno, considerando una significancia de  $p=0.05$  y con una potencia de 80%.

7.- Metodología: A los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y dieron su consentimiento informado (Anexo 5), se les realizó una entrevista inicial donde se obtuvieron datos demográficos así como preguntas relacionadas con el tipo de antipsicóticos administrados y posteriormente se aplicaron escalas a cada uno de ellos, en una ocasión, para medir calidad de vida la escala para medir calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud, versión abreviada (WHOQOL-BREF) (Anexo 2), para evaluar sintomatología psicótica, la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) (Anexo 3) y para evaluar síntomas extrapiramidales la escala Dimascio (Anexo 4).

Se utilizaron sistemas de captación primaria para la recolección de datos (Anexo 1), con elaboración de hoja de cálculo en el programa de computo Excel.

8.- Manejo estadístico de la información: Las variables se reportan como medias  $\pm$ SD, considerando un valor de  $p<0.05$  como significativo. Para la comparación entre escalas de calidad de vida, evaluación de síntomas positivos y negativos así como de síntomas extrapiramidales entre grupos se utilizó prueba T de dos muestras cuando se cumplieron los criterios de normalidad o U de Mann-Whitney en caso contrario, con un valor de p menor a 0.05 como significativo Para el análisis de la comparación entre grupos, se utilizó análisis de varianza de una vía ANOVA. Toda la información se procesó con los programas SPSS Versión 11 y NCSS 97.

## V. RESULTADOS

Las comparaciones entre variables sociodemográficas en ambos grupos de estudio se muestran en la **TABLA 1**. En general, ambos grupos presentaron homogeneidad en estas variables, con una mayor frecuencia de pacientes del sexo masculino en ambos grupos, así como una mayor proporción de solteros, desempleados en convivencia con su familia. La media de edad en años para el grupo 1 (Antipsicóticos Típicos) fue de 49.6 +/- 17 y para el grupo 2 (Antipsicóticos atípicos) de 41.4 +/- 15. El sexo masculino de 23% y femenino de 21% en el grupo 1 y de 30% y 15% respectivamente para el grupo 2. La proporción de solteros 29%, casados 11%, viudos 2% y divorciados 2%, para el grupo 1, y para el grupo 2 de 34%, 9%, 2% y 0% respectivamente. En cuanto a la situación laboral el 13% del grupo 1 trabajaban y el 31% estaban desempleados, en el grupo 2, el 24% y 21% respectivamente. Del grupo 1, 35% vivía con familia, el 7% vivían solos y el 2% vivían en asilo. Del grupo 2, el 36% vivían con familia, el 6% en pareja, 1% vivían solos y el 2% en un asilo.

En la **TABLA 2** se muestran las comparaciones de los puntajes de WHOQOL-BREF, PANSS y Dimascio en ambos grupos de tratamiento, con presencia de una mayor puntuación en la escala de calidad de vida entre el grupo de pacientes con tratamiento atípico (94.9 +/- 15.3) comparado con el grupo de tratamiento típico (62.2 +/- 11.2) con una  $p < 0.05$ . Por otro lado, se muestra menor puntaje en la escala PANSS (60.4 +/- 11) en el grupo de pacientes con tratamiento antipsicótico atípico en

comparación con el grupo de tratamiento antipsicótico típico (64.2 +/- 10) con una  $p = 0.042$ . Así mismo la Escala Dimascio muestra un puntaje menor en el grupo con antipsicóticos atípicos (1 +/- 0.7) en comparación con el grupo de antipsicóticos típicos (3.4 +/- 1.3) con una  $p < 0.05$ .

Estas diferencias también se aprecian en las **FIGURAS 1 Y 2** respectivamente.

Las diferencias de puntaje de PANSS por subescalas se observa en la **TABLA 3**.

La **TABLA 4** muestra las puntuaciones de WHOQOL-BREF y PANSS por fármaco antipsicótico específico, donde se muestra el 37 % del total de la muestra estaban siendo tratados con Haloperidol, con un puntaje en la calidad de vida de 60 +/-10 y un puntaje PANSS de 64.4 +/-10; el grupo de Trifluoperazina incluyó 7% de la muestra, con un puntaje en calidad de vida de 73 +/-11 y en PANSS 63 +/- 9; el tercer grupo, aquellos pacientes que estaban siendo tratados con Risperidona fue el 7% del total de la muestra, con un puntaje en calidad de vida de 76+/-15 y en PANSS de 62+/- 9; el grupo de Clozapina tuvo el 14%, con un puntaje en calidad de vida de 97+/-15 y PANSS 60 +/- 11; el grupo de tratamiento con Zypresidona incluyó el 7% del total de la muestra, con un puntaje en calidad de vida de 98 +/- 12 y en PANSS de 62 +/-13; el último grupo estaba siendo tratado con Olanzapina siendo el 17% del total de la muestra, con un puntaje en calidad de vida de 103 +/- 9 y en PANSS de 60 +/-12, estos resultados también se pueden observar en las **FIGURAS 3 y 4**.

Tabla 1. Características Sociodemográficas de los pacientes de acuerdo a tratamiento.

<b>Característica</b>	<b>Antipsicóticos Típicos Grupo 1 (n=44)</b>	<b>Antipsicóticos Atípicos Grupo 2 (n=45)</b>
Edad - años*	49.6 ± 17	41.4 ± 15
Sexo - No. (%):		
- Masculino	23 (25.8)	30 (33.7)
- Femenino	21 (23.6)	15 (16.9)
Estado Civil - No. (%):		
- Soltero	29 (32.6)	34 (38.2)
- Casado	11 (12.4)	9 (10.1)
- Viudo	2 (2.2)	2 (2.2)
- Divorciado	2 (2.2)	0 (0.0)
Situación Laboral - No. (%)		
- Trabaja	13(14.5)	24 (27)
- Desempleado	31 (35)	21(23.5)
Entorno Familiar – No. (%)		
- Vive con familia	35 (39.3)	36 (40.5)
- Vive con pareja	0 (0.0)	6 (6.7)
- Vive solo	7 (7.9)	1 (1.1)
- Vive en un asilo	2 (2.2)	2 (2.2)

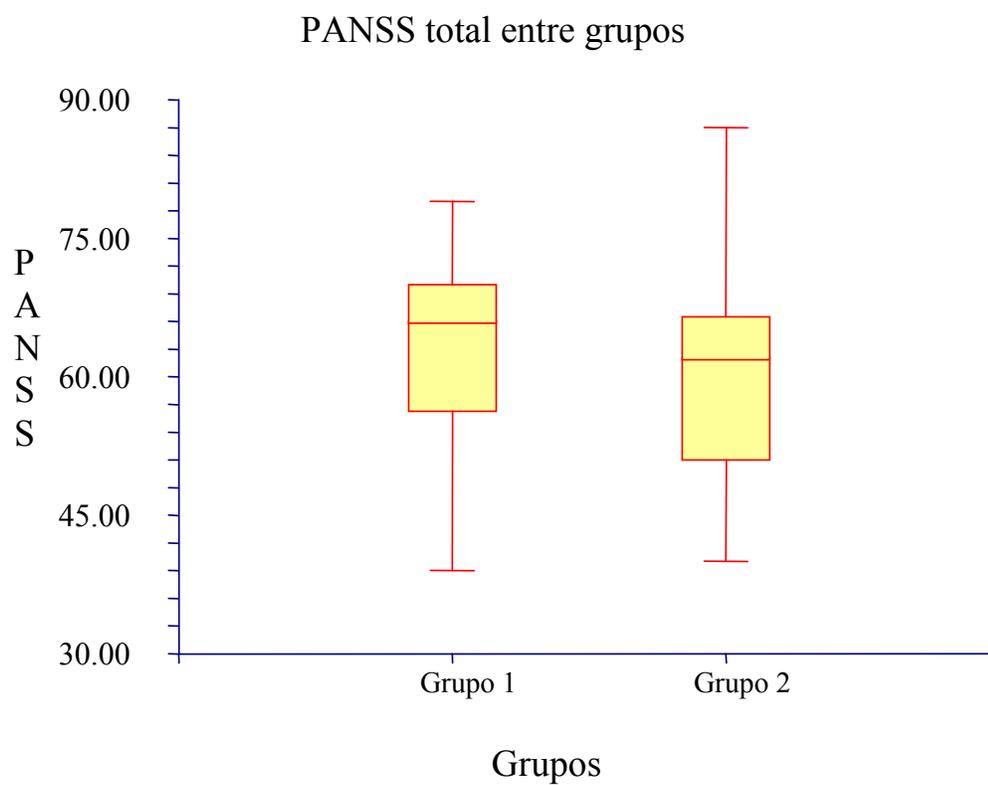
\* Los valores representan medias ± DE.

Tabla 2. Puntaje de WHOQOL-BREF, PANSS Total y Escala de Dimascio de acuerdo a tipo de tratamiento.

<b>Variable</b>	<b>Antipsicóticos Típicos Grupo 1 (n=44)</b>	<b>Antipsicóticos Atípicos Grupo 2 (n=45)</b>	<b>Estimado de diferencia IC 95%</b>	<b>p</b>
WHOQOL-BREF (puntos)*	62.2 ± 11.2	94.9 ± 15.3	-32.6 (-38.3 a -27)	< 0.05
PANSS Total (puntos)*	64.2 ± 10	60.4 ± 11	3.8 (-0.53 a 8.1)	0.042
Dimascio (puntos)*	3.4 ± 1.3	1 ± 0.7	2.4 (1.76 a 3.0)	< 0.05

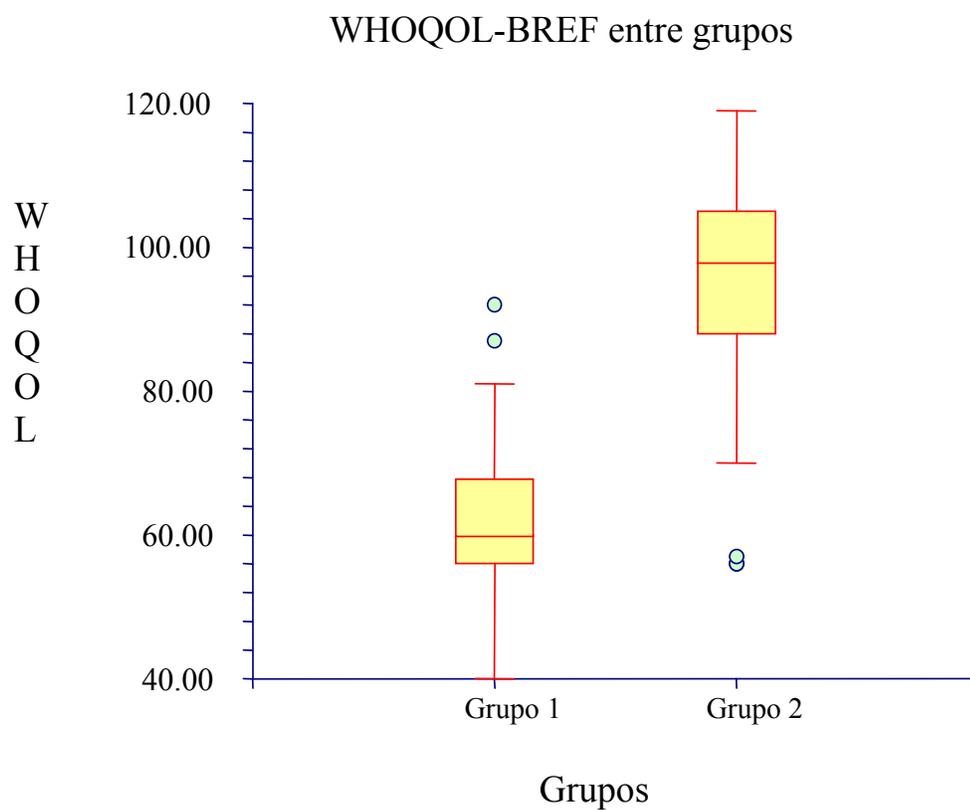
\* Los valores representan medias ± DE.

Figura 1. Puntaje de PANSS de acuerdo a tipos de tratamiento.



Grupo 1 = Antipsicóticos típicos  
Grupo 2 = Antipsicóticos atípicos

Figura 2. Puntaje de WHOQOL-BREF entre grupos de tratamiento.



Grupo 1 = Antipsicóticos típicos  
Grupo 2 = Antipsicóticos atípicos

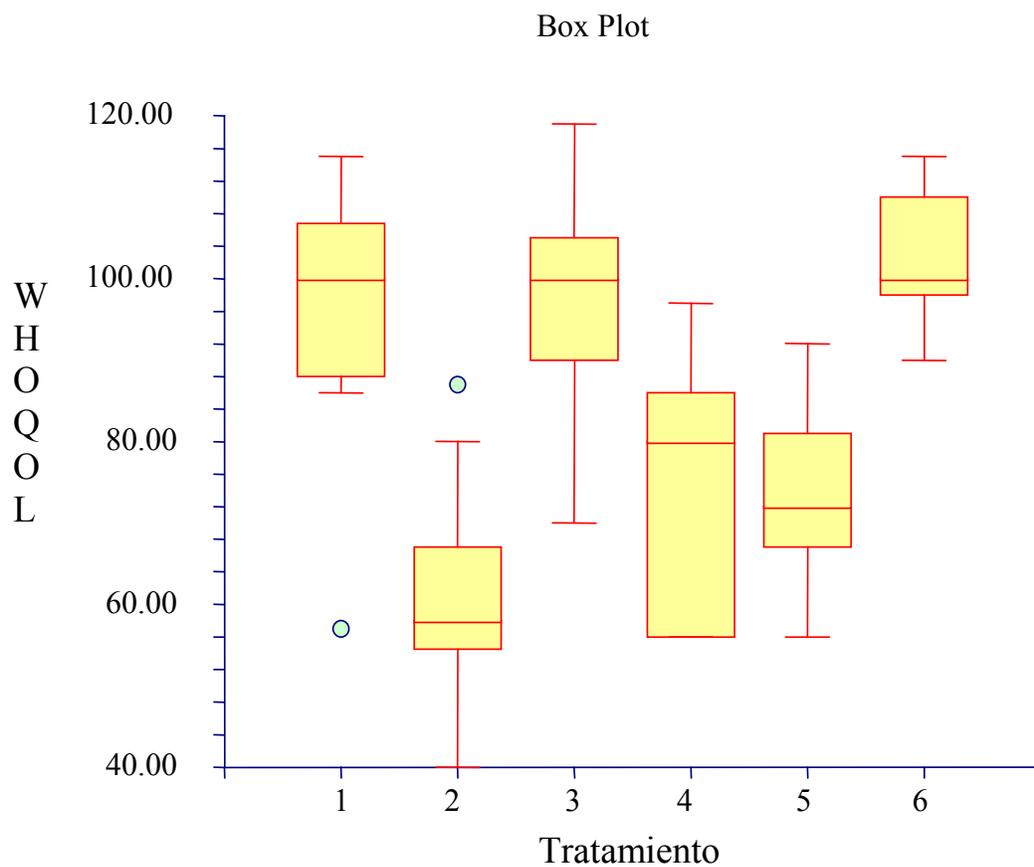
Tabla 3. Diferencias de Puntaje de PANSS por subescalas entre grupos de tratamiento.

<b>Subescala</b>	<b>Antipsicóticos Típicos Grupo1 (n=44)</b>	<b>Antipsicóticos Atípicos Grupo 2 (n=45)</b>	<b>Estimado de diferencia IC 95%</b>	<b>P</b>
Síntomas Positivos	14 ± 3	12 ± 3	2.09 (0.73 – 3.44)	0.001
Síntomas Negativos	17 ± 2.4	13.7 ± 3.4	0.67 (-0.58 – 1.93)	0.004
Psicopatología General	33 ± 5.7	32 ± 6.6	1.01 (-1.57 – 3.6)	0.22

Tabla 4. Puntaje de WHOQOL-BREF y PANSS por tipo de antipsicótico.

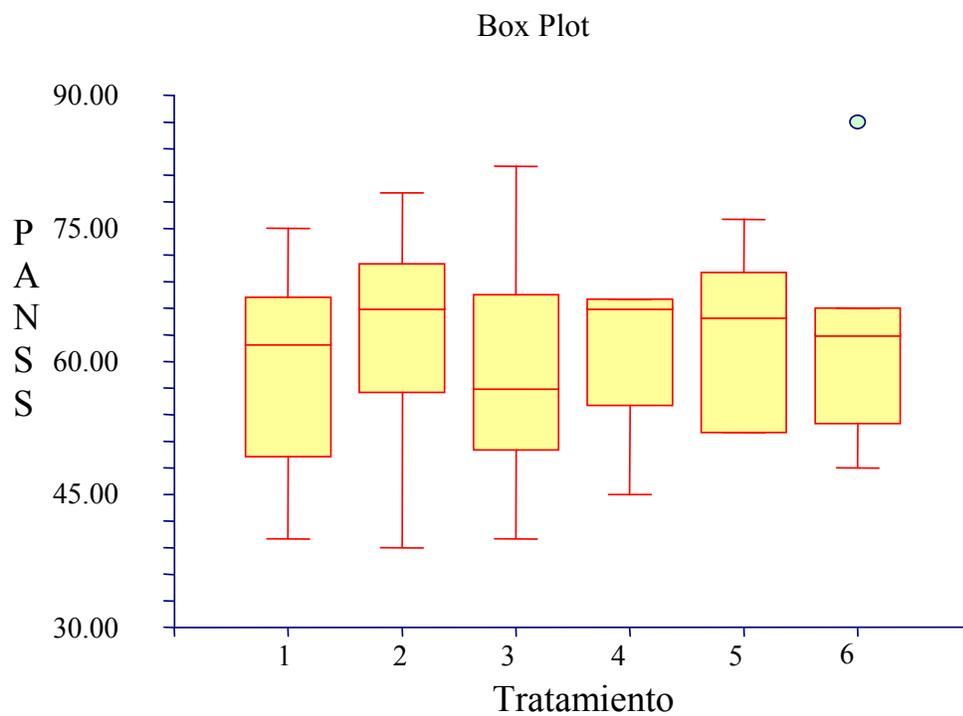
<b>Antipsicótico</b>	<b>No. (%)</b>	<b>WHOQOL-BREF</b>	<b>PANSS Total</b>
Haloperidol	37 (41.6)	60 ± 10	64.4 ± 10
Trifluoperazina	7 (7.9)	73 ± 11	63 ± 9
Risperidona	7 (7.9)	76 ± 15	62 ± 9
Clozapina	14 (15.7)	97 ± 15	60 ± 11
Zyprasidona	7 (7.9)	98 ± 12	62 ± 13
Olanzapina	17 (19)	103 ± 9	60 ± 12

Figura 3.- Diferencias en puntaje de WHOQOL-BREF entre los diversos grupos de tratamiento por separado.



1. Clozapina
2. Haloperidol
3. Olanzapina
4. Risperidona
5. Trifluoperazina
6. Ziprasidona

Figura 4.- Diferencias de PANSS Total entre los diversos grupos de tratamiento por separado.



1. Clozapina
2. Haloperidol
3. Olanzapina
4. Risperidona
5. Trifluoperazina
6. Ziprasidona

## VI. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se hizo un análisis comparativo entre los diferentes tratamientos antipsicóticos utilizados en la esquizofrenia en nuestro país. Nuestro trabajo demostró hallazgos que ya se han reportado en estudios previos, principalmente en la superioridad del tratamiento antipsicótico atípico sobre el tratamiento típico (8, 5,15).

Este estudio demuestra de una manera observacional un puntaje significativamente mayor en la calidad de vida entre los pacientes asignados a tratamiento atípico, como se ha reportado en otros estudios (8,15).

Consideramos que no se tienen aún fundamentos para esclarecer las diferencias en la calidad de vida en estos dos grupos. Franz (8), consideró que los menores puntajes en la calidad de vida de los pacientes con tratamiento típico pudieron deberse a los efectos intrínsecos de los antipsicóticos convencionales y al mismo tiempo, estas diferencias entre grupos no se pudo explicar por características socio-demográficas o psicopatológicas relevantes.

Sin embargo Green y cols., concluyeron que los beneficios de los medicamentos no tienen impacto en los puntajes de calidad de vida y que la calidad de vida pareciera ser con complejo constructo influenciado por diferentes factores dentro de cada grupo estudiado (20). En este estudio se especifica que estos resultados se dieron dentro de un contexto cultural determinado. Nuestro estudio se basó en población mexicana con un marco sociocultural cuyas características difieren de otras poblaciones, como pudiese ser la analizada en el estudio anteriormente citado.

Rössler y cols., en una revisión sobre Esquizofrenia y calidad de vida, sugieren que las mediciones cuantitativas y subjetivas de la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos deberían completarse con métodos de valoración externos y cualitativos (10). Se ha visto que la calidad de vida valorada de una manera subjetiva

presenta mayores puntajes que cuando se realiza de maneja cuantitativa, asimismo esta calidad de vida valorada subjetivamente se reporta mucho más baja cuando los pacientes perciben estigmatización, cuando se perciben síntomas negativos y extrapiramidales. Estos resultados son discutidos en vista de las necesidades adicionales y los menores recursos de esta población, el dilema de la estigmatización y sus dificultades ocasiones de valorar adecuadamente la calidad de vida de manera subjetiva. En nuestro estudio la calidad de vida se evaluó a través de WHOQOOL. Este instrumento ha demostrado tener validez y confiabilidad para la medición en la calidad de vida de manera subjetiva. Örsel concluyó que este instrumento tiene además sensibilidad clínica en estudios de seguimiento a largo plazo (27).

En estudios prospectivos aleatorizados se ha observado superioridad de algunos de los antipsicóticos atípicos en el tratamiento de los síntomas positivos y negativos, por ejemplo Buchanan y cols., demostraron que la clozapina tuvo una eficacia superior para los síntomas positivos pero no para los síntomas negativos y se asoció con mejorías a largo plazo en el funcionamiento laboral y social (6). En nuestro trabajo obtuvimos puntajes en calidad de vida y síntomas positivos y negativos significativamente mejores en pacientes con tratamiento atípico y encontramos que Olanzapina fue superior, incluso después de ajustar para algunos factores. Otros estudios confirman estos resultados (15).

Sin embargo nuestro estudio por ser de naturaleza observacional no pudiera hacer una aseveración a favor de un antipsicótico atípico en particular sobre otro, y se requieren mas estudios de manera prospectiva, aleatorizada y controlada. Este estudio, por otro lado, demuestra que los pacientes con tratamiento antipsicótico atípico tuvieron menores puntuaciones en síntomas positivos y negativos de manera global, y encontramos que por separado hay diferencia entre síntomas positivos y negativos pero no en la subescala de sicopatología general. Esto coincide con los hallazgos de otros estudios, pero aún no se ha definido cuales son las razones.

Los antipsicóticos convencionales se asocian a una amplia gama de efectos colaterales, y estos efectos representan una gran carga para el paciente, afectando el apego al tratamiento y contribuyen a que el médico tratante sopesa los riesgos y beneficios de un antipsicótico particular en un caso individual, por lo tanto un medicamento antipsicótico ideal debe ser aquel que tenga el menor número de efectos secundarios a dosis terapéuticas. En nuestro estudio la escala de Dimascio utilizada en la medición de síntomas extrapiramidales mostró diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento, sin embargo esta escala se ve influenciada por el efecto de medicamento anticolinérgico como corrector, variable que en nuestro estudio no se consideró, siendo importante en estudios posteriores poder controlarla.

## CONCLUSIÓN

Este estudio observacional demuestra un puntaje de calidad de vida mejor en los pacientes esquizofrénicos tratados con antipsicóticos atípicos en comparación con aquellos que reciben tratamiento convencional. Asimismo se exhibe que este grupo de pacientes tiene mejor control de síntomas positivos y negativos pero no en la psicopatología general sin afectar el puntaje global. Además el grupo con atipsicóticos atípicos tuvo mejores puntajes en PANSS y calidad de vida el grupo de Olanzapina.

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Hospital Psiquiátrico San Fernando  
Delegación 3 Suroeste

### FORMATO DE CAPTACIÓN PROTOCOLO DE ESTUDIO

NOMBRE: _____	AFILIACIÓN: _____
SEXO: ____ EDAD: ____ ESTADO CIVIL: _____ UMF: ____ TELEFONO: _____	
GRUPO 1 ( ), GRUPO 2 ( ) NO. SECUENCIAL: ____ AÑO DE DIAGNÓSTICO: _____ FECHA: _____	
Primera hospitalización: _____ Ultima hospitalización: _____	

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PSICOBIOGRÁFICOS: \_\_\_\_\_

PADECIMIENTO ACTUAL: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTOS: \_\_\_\_\_

EXAMEN MENTAL \_\_\_\_\_

ESCALA	PUNTUACION
WHOQOOL	
PANSS	
DAMASCIO	
FECHA	

## ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (WHOQOL-BREF)

1. Sexo: Hombre / Mujer
2. Fecha de nacimiento:
3. Qué estudios tiene:

Ninguno  
Primarios  
Medios  
Universitarios  
Años estudiados

4. Estado civil

Soltero  
Casado  
Separado  
Divorciado  
En pareja  
Viudo

5. En la actualidad, está enfermo?

6. Si tiene algún problema con su salud, ¿qué piensa que es?

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y señale el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

1. Como puntuaría su calidad de vida?
2. Cuan satisfecho está con su vida?
3. Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?
4. Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?
5. Cuánto disfruta la vida?
6. Hasta que punto, siente que su vida tiene sentido?
7. Cuál es su capacidad de concentración?
8. Cuanta seguridad siente en su vida diaria?
9. Cuan saludable es el ambiente físico de su alrededor?
10. Tiene energía suficiente para la vida diaria?
11. Es capaz de aceptar su apariencia física?
12. Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?
13. Que tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?
14. Hasta que punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?
15. Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

16. Cuán satisfecho está con su sueño?
17. Cuan satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?
18. Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?
19. Cuan satisfecho está de si mismo?
20. Cuan satisfecho está con sus relaciones personales?
21. Cuán satisfecho está con su vida sexual?
22. Cuán satisfecho esta con el apoyo que obtiene de sus amigos?
23. Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?
24. Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?
25. Cuán satisfecho está con su trasporte?.
26. Con que frecuencia tiene sentimientos de tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?.

PUNTUACIÓN TOTAL: \_\_\_\_\_

La calificación de la escala va de un puntaje del 1 al 5, en donde el 1 representa la peor calificación en las diferentes áreas evaluadas y el 5 la mejor.

## ESCALA DE SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS (PANSS)

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Evaluador: \_\_\_\_\_

### Subescala Positiva

- P1 Delirios
- P1 Desorganización conceptual
- P3 Comportamiento alucinatorio
- P4 Excitación
- P5 Grandiosidad
- P6 Recelo/persecución
- P7 Hostilidad

	Ausente	Mínimo	Leve	Moderado	Severo	Mod.severo	Extremo
P1 Delirios	1	2	3	4	5	6	7
P1 Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
P3 Comportamiento alucinatorio	1	2	3	4	5	6	7
P4 Excitación	1	2	3	4	5	6	7
P5 Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
P6 Recelo/persecución	1	2	3	4	5	6	7
P7 Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7

Calificación por subescala

### Subescala Negativa

- N1 Aplanamiento afectivo
- N2 Retraimiento emocional
- N3 Pobre rapport
- N4 Retraimiento social
- N5 Dificultad en el pensamiento abstracto
- N6 Falta de espontaneidad y conversación fluida
- N7 Pensamiento estereotipado

	Ausente	Mínimo	Leve	Moderado	Severo	Mod.severo	Extre
N1 Aplanamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
N2 Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3 Pobre rapport	1	2	3	4	5	6	7
N4 Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
N5 Dificultad en el pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
N6 Falta de espontaneidad y conversación fluida	1	2	3	4	5	6	7
N7 Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7

Calificación por subescala

## Subescala de Psicopatología General

- G1 Preocupación somática  
 G2 Ansiedad  
 G3 Sentimientos de culpa  
 G4 Tensión  
 G5 Manierismo y pose  
 G6 Depresión  
 G7 Retardo motriz  
 G8 Falta de cooperación  
 G9 Contenido inusual del pensamiento  
 G10 Desorientación  
 G11 Pobre atención  
 G12 Falta de juicio y visión  
 G13 Trastorno en la volición  
 G14 Pobre control de impulsos  
 G15 Preocupación  
 G16 Evasión de actividad social

	Ausente	Mínimo	Leve	Moderado	Severo	Mod.severo	Extremo
G1	1	2	3	4	5	6	7
G2	1	2	3	4	5	6	7
G3	1	2	3	4	5	6	7
G4	1	2	3	4	5	6	7
G5	1	2	3	4	5	6	7
G6	1	2	3	4	5	6	7
G7	1	2	3	4	5	6	7
G8	1	2	3	4	5	6	7
G9	1	2	3	4	5	6	7
G10	1	2	3	4	5	6	7
G11	1	2	3	4	5	6	7
G12	1	2	3	4	5	6	7
G13	1	2	3	4	5	6	7
G14	1	2	3	4	5	6	7
G15	1	2	3	4	5	6	7
G16	1	2	3	4	5	6	7

Calificación por subescala

Calificación total

## ESCALA DIMASCIO DE EVALUACION PARA SÍNTOMAS EXTRAPIRAMIDALES

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Evaluador: \_\_\_\_\_

### 1. Síndrome parkinsónico

#### a) Expresión facial:

0 = Normal.

1 = Discretamente rígida.

2 = Cara rígida (dificultad del paciente para arrugar la frente o silbar).

3 = Cara de máscara.

#### b) Temblor:

0 = Ausente.

1 = Temblores finos que pueden suprimirse voluntariamente.

2 = Temblores moderadamente dominantes que no se suprimen voluntariamente.

3 = Temblores persistentes.

#### c) Aquinesia:

0 = Ausente.

1 = Disminución del balanceo de los brazos al caminar, pero la amplitud de la marcha permanece normal.

2 = Desaparición del balanceo de los brazos al caminar y disminución de la amplitud de la marcha, también la postura general es muy rígida.

3 = Marcha sumamente rígida y lenta.

#### d) Rigidez:

0 = Tono muscular normal.

1 = Hipertonía muscular percibido en la flexión pasiva de la muñeca.

- 2 = Fenómeno de la rueda dentada percibido en el movimiento pasivo del antebrazo.
- 3 = Fenómeno de la rueda dentada severo.

## 2. Acatisia

0= Ausente.

1= El paciente dice que tiene el impulso de moverse.

2= El paciente dice que le es difícil permanecer en un mismo lugar (piernas inquietas).

3= El paciente no puede permanecer en un mismo lugar (debe moverse alrededor).

## 3. Disonía

0 = Ausente.

1 = El paciente refiere espasmos ocasionales en ojos, brazos o cuello.

2 = El paciente exhibe poses exageradas, torciones del cuello, o profusiones de la lengua. El equilibrio está alterado pero es controlable.

3 = Las posiciones y los movimientos espásticos impiden el funcionamiento. La coordinación del equilibrio es incontrolable.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Yo, \_\_\_\_\_ declaro de manera libre y voluntaria que acepto participar en el estudio titulado "RELACION ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL TRATAMIENTO ANTIPSICOTICO DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DE EL HOSPITAL DE PSIQUIATRIA SAN FERNANDO DEL IMSS", que se llevará a cabo en el Hospital Psiquiátrico San Fernando del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual tiene como objetivos medir la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos que se encuentren en tratamiento con antipsicóticos típicos y atípicos. Estoy consciente de que los procedimientos para lograr los objetivos consisten en la aplicación de escala de los distintos síntomas presentes en la esquizofrenia y escala para medir la calidad de vida de los pacientes. Entiendo que del presente estudio se derivarán beneficios en cuanto medir la eficacia de diferentes grupos de antipsicóticos. Es de mi conocimiento que seré libre de no participar en el estudio si así lo deseo. También entiendo que puedo solicitar información adicional acerca de este estudio. En el caso que yo desee voluntariamente retirarme, entiendo que la atención como usuario derechohabiente que recibo en el Instituto no se verá afectada.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ AFILIACION: \_\_\_\_\_

DOMICILIO PARTICULAR: \_\_\_\_\_

TELEFONO PARTICULAR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DERECHOHABIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO 1

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO 2

\_\_\_\_\_  
DRA. GABRIELA GOLLÁS ZAMORA  
INVESTIGADOR

## IX. BIBLIOGRAFIA

1. Ortega S.H., Valencia C.M. Esquizofrenia, estado actual y perspectivas; págs. 211-248. Instituto nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2001.
2. Gelder, M.G., López-Ibor J. J., Andersen, N. Tratado de Psiquiatría, Tomo I ; págs. 728-738. Editorial Ars Médica, 2004.
3. Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A., Sinopsis de Psiquiatría, págs 437-439, Tercera Edición; Editorial médica Panamericana, S.A., 1996.
4. Stahl, S. M., Psicofarmacología esencial, bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas; págs. 298-327. Editorial Ariel, S.A., 1999.
5. Barnes T, Mcphillips M, et al. Critical analysis and comparison of the side-effect and safety profiles of the new antipsychotics. The British Journal of Psychiatry, 1999: 174: 34-43.
6. Buchanan R, Breier A, Kirkpatrick B, et al. Positive and negative symptom response to Clozapine in schizophrenic patients with and without the deficit syndrome. The American Journal of Psychiatry. 1998: 155: 751-760.

7. Nasrallah H, Smeltzer D. Contemporary diagnosis and management of the patient with schizophrenia. *Handbooks in Health Care*. 2003, pp 138-170.
8. Franz M, Pluddemann, K, et al. Conventional versus atypical neuroleptics: Subjective quality of life in schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry* 1997, 170:422-425
9. Reine G, Lancon C, et al. Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003: 108:297-303
10. Rössler W, Haug H, et al. Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000, 407:33-37.
11. Duñó R, Puosa E, Doménech C, et al. Subjective quality of life in schizophrenic outpatients in a catalan urban site. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2001: 189:685-690.
12. Huppert J, et al. Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depresión. *Schizophrenia Research*, 2001.
13. Reine G, Lancon C, Di tucci S, et al. Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003: 108: 297-303.

14. Kilian R, Dietrich S, Toumi M, et al. Quality of life in person with schizophrenia in out-patient treatment with first- or second generation antipsychotics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004; 110: 108-118.
15. Ritsner M, Gibel A, Perelroyzen G, et al. Quality of Life Outcomes of Risperidone, Olanzapine, and typical antipsychotics among schizophrenia patients treated in routine clinical practice. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2004; 24: 582-591.
16. Ritsner M, Perelroyzen G, Ilan H, et al. Subjective response to antipsychotics of schizophrenia patients treated in routine clinical practice. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2004; 24: 245-254.
17. Whity P, Browne S, Clarke M, et al. Systematic comparison of subjective and objective measures of quality of life at 4-Year follow up subsequent to a first episode of psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2004; 192: 805-809.
18. Ritsner M, Farkas H, Gibel A. Satisfaction with quality of life varies with temperament types of patients with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2003; 191: 668-674.
19. Eklund M, Backstrom M, Hansson L. Personality and self-variables: important determinants of subjective quality of life in schizophrenia out patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003; 108: 134-143.

20. Green C, Fenn D, Moussaoui D, et al. Quality of life in treated and never-treated schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001; 103: 131-142.
21. Almond S, Knapp, M, Francois C, et al. Relapse in schizophrenia: cost, clinical outcomes and quality of life. *The British Journal of Psychiatry*. 2004; 184: 346-351.
22. Palmer C, Brunner E, Ruiz Flores L, et al. A cost-effectiveness clinical Decision análisis model for treatment of schizophrenia. *Archives of Medical Research*. 2002; 33:572-580.
23. Zhanga P, Santosc J, Newcomera J, et al. Impact of atypical antipsychotics on quality of life, self-report of symptom severity, and demand of services in chronically psychotic patients. *Schizophrenia Research*. 2004; 71:137-144.
24. Alptekin K, Yildiz A, Binnur B, et al. Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia?. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2005; 29:239-244.
25. Mccrone P, Leese G, et al. A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European countries: The EPSILON Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000;103:370-379.
26. Atkinson M, Zibin S, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: A critical Examination Of the Self-Report Methodology.

27. Örsel S, Akdemira A. The sensitivity of quality-of-life scale WHOQOL-100 to psychopathological measures in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2004; 45:57-61.
  
28. Asociación Psiquiátrica Americana: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, 4ta ed. Manson: DSM-IV 1994.
  
29. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento: CIE-10. Edit. Panamericana, 2000.
  
30. Apiquián R, Fresán A, Nicolini H. Evaluación de la Psicopatología; pags 89-95. Edit. JGH. 2000.
  
31. Lara M. PAC Psiquiatría-4 Libro 3. Evaluación Clínica en Psiquiatría; pags 177, 187-189. APM. 2003.