



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

PROGRAMA DE GRADUACIÓN OPORTUNA PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS

**CALIDAD DE VIDA ENTRE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE  
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE VS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA  
PARANOIDE MÁS SÍNDROME METABÓLICO.**

TESIS  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA  
MIRIAM GUZMÁN RESÉNDIZ

**ASESOR TEÓRICO**  
DRA. JUANA GABRIELA GARZA CONTRERAS  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

**ASESOR METODOLÓGICO**  
DR. MIGUEL A. HERRERA ESTRELLA  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

**MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE 2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres que son lo más maravilloso que tengo en la vida, por su amor, comprensión y respeto; son mi mayor motivo para continuar.

A mis hermanos, dos grandes hombres que siempre me han cuidado y brindado ayuda, aún en los momentos de mayor dificultad.

A mis tres hermosos y más queridos hombres, mis sobrinos: Jesús, Diego y Allan, por inspirarme, por regalarme sus sonrisas, besos y abrazos; porque sin darse cuenta me dan fortaleza y felicidad.

A mis magníficos amigos que tuve la fortuna de encontrar justo en este lugar, por las vivencias, por todo el apoyo, por ser como mi familia.

Al Dr. Alvar Colonia, José Ibarreche, Mario Lara, Miguel Herrera y José Mendoza; por ser un ejemplo a seguir no sólo como profesionales, también como seres humanos.

Por supuesto, a los pacientes quienes nos comprueban día a día que no podemos hablar de enfermedades, tenemos que hablar de enfermos.

## ÍNDICE

<b>Índice</b>	<b>i</b>
<b>Lista de tablas, graficas y abreviaturas</b>	<b>ii</b>
<b>Resumen</b>	<b>iii</b>
<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>Marco Teórico</b>	<b>3</b>
<b>Método</b>	
<b>Justificación</b>	<b>29</b>
<b>Planteamiento del problema</b>	<b>30</b>
<b>Objetivo General</b>	<b>32</b>
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>32</b>
<b>Hipótesis</b>	<b>33</b>
<b>Variables dependientes</b>	<b>33</b>
<b>Variables independiente</b>	<b>34</b>
<b>Muestra</b>	<b>36</b>
<b>Criterios de selección, inclusión y exclusión</b>	<b>37</b>
<b>Tipo de estudio</b>	<b>38</b>
<b>Instrumento</b>	<b>38</b>
<b>Consideraciones éticas</b>	<b>39</b>
<b>Resultados</b>	<b>40</b>
<b>Discusión</b>	<b>59</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>69</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>70</b>
<b>Cronograma</b>	<b>73</b>
<b>Anexos</b>	

## LISTA DE CUADROS, GRAFICAS Y ABREVIATURAS

<b>TABLA 1. Criterios Diagnósticos de Esquizofrenia según DSM IV-TR</b>	<b>9</b>
<b>TABLA 2. Criterios diagnósticos de Esquizofrenia Paranoide CIE-10</b>	<b>10</b>
<b>TABLA 3. Criterios diagnósticos de síndrome metabólico.</b>	<b>12</b>
<b>TABLA 4. Prevalencia de Síndrome Metabólico en esquizofrenia.</b>	<b>15</b>
<b>TABLA 5. Definiciones de Calidad de Vida relacionada con la Salud.</b>	<b>21</b>
<b>TABLA 6. Distribución por edad de pacientes con esquizofrenia paranoide con y sin síndrome metabólico.</b>	<b>41</b>
<b>TABLA 7. Ocupación en pacientes con esquizofrenia paranoide con y sin síndrome metabólico.</b>	<b>43</b>
<b>TABLA 8. Pacientes con esquizofrenia paranoide más síndrome metabólico: criterios diagnósticos.</b>	<b>45</b>
<b>TABLA 9. Factores de riesgo metabólico en pacientes con esquizofrenia paranoide.</b>	<b>51</b>
<b>TABLA 10. Estadísticos descriptivos: comparación de calidad de vida en pacientes con esquizofrenia paranoide con y sin síndrome metabólico.</b>	<b>52</b>
<b>TABLA 11. Reporte del PANSS en los grupos de estudio</b>	<b>54</b>
<b>TABLA 12. Pruebas no paramétricas. Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia con y sin síndrome metabólico</b>	<b>55</b>
<b>TABLA 13. Esquizofrenia paranoide, síndrome metabólico, calidad de vida; Prueba estadística: T de student</b>	<b>57</b>
<b>TABLA 14. Comparación de la escala PANSS en pacientes con síndrome metabólico y sin síndrome metabólico.</b>	<b>58</b>

<b>GRÁFICA 1. Distribución por sexo de los pacientes con esquizofrenia paranoide con y sin síndrome metabólico</b>	<b>40</b>
<b>GRÁFICA 2. Distribución por edad de pacientes con esquizofrenia paranoide con y sin síndrome metabólico.</b>	<b>41</b>
<b>GRÁFICA 3. Distribución por escolaridad de pacientes con esquizofrenia con y sin síndrome metabólico.</b>	<b>42</b>
<b>GRÁFICA 4. Ocupación en pacientes con esquizofrenia paranoide con y sin síndrome metabólico.</b>	<b>43</b>
<b>GRÁFICA 5. Estado civil en pacientes con esquizofrenia paranoide con y sin síndrome metabólico.</b>	<b>44</b>
<b>GRÁFICO 6. Prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con esquizofrenia paranoide.</b>	<b>45</b>
<b>GRÁFICO 7. Distribución por sexo de pacientes con esquizofrenia paranoide con diagnóstico de síndrome metabólico.</b>	<b>46</b>
<b>GRAFICO 8. Años de evolución en esquizofrenia paranoide en pacientes con síndrome metabólico.</b>	<b>47</b>
<b>GRÁFICA 9. Tratamiento farmacológico en pacientes con síndrome metabólico</b>	<b>48</b>
<b>GRÁFICA 10. Distribución por sexo en paciente con esquizofrenia paranoide sin síndrome metabólico</b>	<b>49</b>
<b>GRÁFICA 11. Años de evolución de esquizofrenia paranoide en pacientes sin síndrome metabólico.</b>	<b>50</b>
<b>GRÁFICA 12. Tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia paranoide sin síndrome metabólico.</b>	<b>51</b>

## RESUMEN

**Introducción.** Calidad de vida es un concepto de los que han tomado relevancia en el ámbito médico actual. En Psiquiatría, comenzó a ser un tema de preocupación en la década de 1970, en Estados Unidos, con el cambio de la política sanitaria hacia los enfermos mentales graves, al decidirse la desinstitucionalización de dichos pacientes. **Hipotesis.** La presencia de síndrome metabólico es un condicionante que puede afectar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia paranoide. **Objetivo.** Comparar la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia paranoide vs pacientes con esquizofrenia paranoide más síndrome metabólico. **Tipo de estudio.** prospectivo, transversal y comparativo. **Muestra.** Se obtuvo una muestra de 52 pacientes atendidos en la Clínica de Adherencia Terapéutica, de los cuáles 24 de ellos contaban con criterios diagnósticos de síndrome metabólico más esquizofrenia paranoide y 28 de ellos sólo fueron diagnosticados con esquizofrenia paranoide. **Medidas de resultados.** Para la evaluación de los pacientes se aplicó el Cuestionario de Salud General SF-26 en su versión en español, así como la escala de medición de síntomas para pacientes con esquizofrenia: PANSS. **Resultados.** Del total de la muestra de 52 pacientes el 30.8% pertenecen al sexo femenino y el 69.2% al sexo masculino. Se reporta que el 9.6% concluyeron primaria, 53.8% secundaria, 28.8 % bachillerato y el 7.7% lograron concluir una licenciatura. El 15.4% de los pacientes se encuentra casado o en unión libre, 11.5% separado y el 73.1 % son solteros. De los 52 pacientes, 46.2% cumplieron con criterios diagnósticos para síndrome metabólico. Se reportaron 28 pacientes que no cumplieron criterios para síndrome metabólico. Con respecto a calidad de vida, los pacientes con esquizofrenia paranoide más síndrome metabólico, se tiene un reporte mínimo de cero en los dominios de rol físico y rol emocional; así como un puntaje máximo de 100 en los dominios de función física, rol físico, dolor, función social y rol emocional. En el caso de los pacientes que cursan sólo esquizofrenia paranoide sin síndrome metabólico, se tiene una mínima de cero en el dominio en el rol físico y rol emocional y un puntaje de 100 en función física, rol físico, dolor, salud general, función social y rol emocional. Mediante la prueba estadística de la T Student, para comprar calidad de vida entre los grupos de estudio, se reporta una t, grados de libertad y significancia en cada uno de los dominios que da a conocer que no hay un diferencia estadísticamente significativa en la calidad de vida entre los pacientes con y sin síndrome metabólico. **Conclusiones.** La esquizofrenia aparece en etapas trascendentales de los individuos. No existe una relación significativa entre el uso de antipsicóticos atípicos con la presencia de factores de riesgo metabólico. La presencia de síndrome metabólico no es un factor que genere impacto en la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia, **Palabras Clave.** *Calidad de vida, esquizofrenia paranoide, síndrome metabólico.*

## INTRODUCCIÓN

Calidad de vida es un concepto de los que han tomado relevancia en el ámbito médico actual; ya que es bien conocido que no es suficiente con la prescripción farmacológica para lograr el bienestar de los pacientes. Al parecer, dicho concepto surge de la sociología, con el objetivo de señalar las diferencias entre el nivel de vida, bienes y recursos materiales que un sujeto posee y de los que puede hacer uso, y la valoración personal, y por lo tanto subjetiva, que hace de esos bienes y recursos.<sup>1</sup>

El interés con respecto a la calidad de vida en la medicina inicio a finales de la década de 1940 e inicios de 1950, siendo consecuencia de la aplicación de mostaza nitrogenada en el tratamiento de los pacientes oncológicos, dicho evento significó un cambio en el pronóstico de éstos pacientes, de tal manera que la muerte dejó de ser el resultado final de dicho padecimiento, surgiendo así la preocupación para evaluar la calidad de vida en éstos pacientes.<sup>2</sup>

En Psiquiatría, comenzó a ser un tema de preocupación en la década de 1970, en Estados Unidos, con el cambio de la política sanitaria hacia los enfermos mentales graves, al decidirse la desinstitucionalización de dichos pacientes y su reintegración a la sociedad. Al mismo tiempo que la industria farmacéutica aparecía exponiendo la aparición de los antipsicóticos de segunda generación, utilizando el concepto de calidad de vida como elemento de mercadotecnia.<sup>3</sup>

Ahora bien, ha surgido diversidad de conceptos que intentan unificar todo aquello que intervenga en la calidad de vida. Por ejemplo, Patrick y Erickson la definen

como “la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de las limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento o las políticas de salud”. Por su parte Schumaker y Naughton refieren que “es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”. Asimismo, Lara y cols., definen Calidad de Vida como “la evaluación global que el sujeto hace de su vida, y que depende tanto de las características del sujeto como de moduladores externos como la enfermedad y el tratamiento que ésta requiere”. Finalmente, la Organización Mundial de la Salud, con la finalidad de sistematizar el concepto, establece que la calidad de vida es “percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.<sup>4</sup>

Por otro lado, evaluar la calidad de vida en un individuo, en base a su estado de salud, es una tarea compleja, ya que es una medida subjetiva, que impide un conocimiento certero de las condiciones de vida del paciente. No obstante, es una medida indispensable, no sólo por conocimiento en sí mismo, de cómo se perciben los paciente; es un método que permite analizar las situaciones que podrían estar influyendo en la vida del individuo y de éste modo establecer medidas que permitan conocer al paciente y su entorno, para trabajar en situaciones que podrían modificar su calidad de vida. Con ello el quehacer médico irá más allá de mitigar síntomas y prescribir fármacos, lo que tendría mayor impacto en mejorar el completo bienestar biopsicosocial.

## MARCO TEORICO

### ESQUIZOFRENIA: FACTORES DE RIESGO Y ETIOLOGÍA

“Con el término “demencia precoz” o “esquizofrenia” designamos a un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, y a veces está marcado por ataques intermitentes, y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa retitutio ad integrum. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, los sentimientos, y la relación con el mundo exterior”.<sup>5</sup>

Morel en 1856 designa el nombre de “demencia precoz”, para realizar la descripción de un adolescente que presentaba alteraciones cognitivas propias de la demencia que se observaba en personas mayores. Para 1908, Bleuler establece el término de Esquizofrenia (del griego schizein ‘dividir, escindir’ y phrēn, ‘razón, mente’), siendo él, quien identifica los síntomas fundamentales del padecimiento, a los cuales les denominó como las cuatro “A”: trastornos asociativos del pensamiento, descarrilamiento o asociación laxa; trastornos afectivos, autismo y ambivalencia.

A finales del siglo XIX, el psiquiatra alemán, Emil Kraepelin, haciendo uso de las publicaciones realizadas por Haslam, Pinel y Morel, entre otros, intenta describir y clasificar la esquizofrenia, motivo por el cual combina datos clínicos de demencia, síndrome catatónico (alteración de la movilidad y agitación excitada), hebefrenia (emocionalidad bobalicona e inmadura) y paranoia (delirios de grandeza y de persecución).

Según los conocimientos actuales, se considera que la esquizofrenia es un grupo heterogéneo de síndromes de etiología desconocida, que difieren en sintomatología, evolución y resultado final.

Los trastornos esquizofrénicos son considerados los padecimientos más graves e incapacitantes; tienen una elevada prevalencia estimada a lo largo de la vida entre 0.55 y 1% de la población general; es un padecimiento crónico, degenerativo, que además suele iniciarse en edades tempranas del individuo, como la adolescencia o bien en edad reproductiva, lo que implica un gran impacto tanto para el individuo como para la sociedad, debido a las consecuencias que traerá consigo. Actualmente se considera como una de las enfermedades mentales que mayores costos generará en la sociedad además de ya ser reportada dentro de las 10 enfermedades más discapacitantes, según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud.<sup>6</sup>

El pico de incidencia para hombres y mujeres es entre los 15- 24 años de edad; las mujeres tienen un segundo pico entre los 55 y 64 años; estudios de metaanálisis demuestran que los hombres tienen un 30 – 40% mayor riesgo de padecer esquizofrenia.

Su etiología no es bien conocida, sin embargo, se han establecido que hay múltiples factores que predisponen al desarrollo de un cuadro psicótico, entre ellos puede mencionarse: factores ambientales, así como vulnerabilidad genética del sujeto a desarrollar la psicosis.

Se han identificado diversos genes relacionados con un mayor riesgo de padecer la enfermedad, entre éstos se encuentran: Neuregulin 1, disbindin, Acid Oxidase Activator, relacionados con hipofunción de NMDS; COMT (neurotransmisión de dopamina), DISC 1, relacionado con alteraciones en memoria, cognición; migración, maduración y funcionamiento neuronal, así como en el desarrollo cerebral.

Los estudios con gemelos monocigotos revelan información muy importante sobre la etiología de la psicosis y las manifestaciones de los genes que predisponen a esquizofrenia. Las investigaciones muestran que cuando uno de los gemelos es definitivamente esquizofrénico, la probabilidad de que el otro lo sea es del 32%. Esto indica que si bien la esquizofrenia tiene una base genética indiscutible, el ambiente es un factor de gran importancia para su aparición. Asimismo, estos estudios delatan que los genes para la esquizofrenia pueden tener distintas manifestaciones fenotípicas incluyendo presentaciones neuróticas.

Entre los factores de riesgo identificados se encuentran: factores infecciosos, complicaciones del embarazo y nacimiento; anomalías físicas menores, género, edad, nivel social, estado civil y abuso de sustancias.

Se ha observado una relación entre la infección viral por rubéola diagnosticada durante el embarazo y la psicosis no afectiva en la vida adulta, así como un riesgo elevado de esquizofrenia en aquellos individuos con antecedente de infección por el virus de influenza durante el embarazo.

Con respecto a los factores de riesgo durante el embarazo, se han reportado: infecciones virales maternas, desnutrición severa, preeclampsia, hemorragias, incompatibilidad Rh, retraso en el desarrollo fetal, parto prolongado, prolapso de cordón umbilical, apgar bajo, convulsiones neonatales así como neuroinfección neonatal.

Otro factor de riesgo que ha sido reportado es la estación del año, Mazzotti y Vega-Dienstmaier (2001) señalan que la proporción de esquizofrénicos que nacen en meses de invierno es 5-15% más alta que en otros momentos del año. La relación de haber nacido en invierno y la esquizofrenia es más pronunciada en mujeres que en varones y en pacientes sin historia familiar de trastorno psiquiátrico.<sup>7</sup>

En lo que se refiere al estado civil, Mazzotti y Vega-Dienstmaier (2001) indican que el riesgo para los solteros es 2.6 a 7.2 veces mayor que para los casados y que las mujeres esquizofrénicas tienen mayor probabilidad de estar casadas que los varones. Esto indicaría que las mujeres tienen un mejor funcionamiento social premórbido que les ha permitido llegar a casarse.

A partir del desconocimiento etiológico, han surgido diversas hipótesis, siendo la dopaminérgica una de las importantes, manteniéndose vigente gracias a Winberger que la da a conocer en el año de 1987.

- **Hipótesis dopaminérgica**, en 1958 la dopamina se identificó como una del control de la actividad psicomotora, además de ser el precursor de otras sustancias como la noradrenalina y la adrenalina. De una manera muy sencilla,

la teoría sugiere la existencia de una hiperactividad dopaminérgica, sobre todo D2 en el sistema límbico, que explicaría los síntomas positivos y una hipoactividad D1 a nivel prefrontal, que sería la causa de los síntomas negativos.

- **Hipotesis glutamatérgica.** El glutamato es un neurotransmisor con un papel fundamental en el desarrollo del sistema nervioso central y en su maduración; la teoría surge a partir de las anomalías estructurales observadas en la corteza entorrinal de pacientes con esquizofrenia, área del cerebro que utiliza principalmente el glutamato como neurotransmisor. Esta teoría establece que existe una hipofunción del receptor de glutamato (NMDA) en la región prefrontal del hipocampo, al parecer, por pérdida de interneuronas GABA en esquizofrenia. A partir de ello, se deduce que la hipofunción del receptor en hipocampo condiciona una mayor liberación de dopamina en el estriado, por lo que se presentaran síntomas cognitivos y negativos.
- **Hipotesis GABA, acetilcolina y Noradrenalina:** Un subtipo de interneuronas GABA, las llamadas neuronas de chandelier de la corteza prefrontal presentan una disminución en el transportador de GABA (GAT1). Además se observó una disminución en la enzima glutamato descarboxilasa (GAD) la cual sintetiza GABA relacionados con esquizofrenia. La noradrenalina tiene un papel importante en la corteza prefrontal, principalmente a nivel cognitivo, debido a sus receptores alfa-2 adrenérgicos, de manera que estudios con agonistas para este receptor han mostrado una mejora en la capacidad cognitiva. Los receptores nicotínicos de la acetilcolina están implicados en la función cognitiva

y procesamiento sensitivo. Se ha visto que se genera una disminución en la expresión de este receptor en zonas concretas del cerebro, de manera de revertirlo agregando agonistas, ó moduladores alostéricos.<sup>8</sup>

## **ESQUIZOFRENIA: CLASIFICACIONES**

Ante la gran diversidad psicopatológica observada en los pacientes con un trastorno esquizofrénico, se hizo necesaria la unificación de sintomatología que permitiera a los especialistas lograr realizar diagnósticos más consistentes y mejorar la comunicación entre ellos. A partir de esta necesidad, surgen dos grandes Clasificaciones: la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), internacionalmente aceptada por la OMS y el Diagnostic and statistical Manual establecido por la Asociación Americana de Psiquiatría en el año 1952 y que en la actualidad se encuentra en vigencia el DSM-IV TR en español y el DSM 5 únicamente en su versión en inglés.

Los sistemas de clasificación DSM IV y CIE-10, que además establecen tipos de Esquizofrenia en base al predominio de sintomatología que presenta el paciente, surgen a partir del conocimiento clínico descriptivo de los pacientes esquizofrénicos, de la evolución propia del padecimiento y de la presencia de las alteraciones cognitivas, en la atención, memoria, lenguaje y habilidades motoras.

La Esquizofrenia Paranoide, la cual se caracteriza por la preocupación de una o más ideas delirantes o alucinaciones frecuentes los recursos del yo suelen ser mayores que de los de los pacientes con esquizofrenia catatónica ó desorganizada; además de que la regresión de las facultades mentales, las

respuestas afectivas y el comportamiento, es inferior en los pacientes con esquizofrenia paranoide que en los pacientes con otro subtipo de esquizofrenia.<sup>9</sup>

**TABLA 1. Criterios Diagnósticos de Esquizofrenia según DSM IV-TR**

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ESQUIZOFRENIA SEGÚN MANUAL DSM IV-TR**

**Criterio A.** Dos (o más) de los siguientes: cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de un mes:

- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Lenguaje desorganizado, incoherencia
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

**Criterio B. Disfunción social/laboral:** durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de 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 (o cuando el inicio es en la infancia o adolescencia: fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperado de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

**Criterio C. Duración:** persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses. Este período de seis meses debe incluir al menos un mes con síntomas que cumplan el Criterio A y puede incluir los períodos prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

**Criterio D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo:** el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado.

**Criterio E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica:** el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, un medicamento, uso de una droga) o de una enfermedad médica.

**Criterio 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 un mes.

**Subtipos de esquizofrenia según el DSM-IV-TR:**

- **Paranoide**, en el que la preocupación por los delirios o las alucinaciones auditivas es una característica prominente.
- **Desorganizado**, en el que destaca el habla y la conducta desorganizada y el afecto plano o inapropiado.
- **Catatónico**, en el que lo más destacado son los síntomas motores característicos.
- **Indiferenciado**, que es una categoría inespecífica que se utiliza cuando ninguna de las demás características de subtipo se manifiesta de manera predominante.
- **Residual**, en el que hay una ausencia de síntomas positivos pero existen signos persistentes de alteración (por ejemplo, síntomas negativos o síntomas positivos en una forma atenuada).

**TABLA 2. Criterios diagnósticos de Esquizofrenia Paranoide CIE-10**

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ESQUIZOFRENIA SEGÚN CIE-10:**

1. Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
  2. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
  3. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como la identidad religiosa o política, la capacidad y los poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima, estar en comunicación con seres de otros mundos).
  4. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes o cuando se presentan a diario, durante semanas, meses o permanentemente.
  5. Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagador, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
  6. Manifestaciones catatónicas tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérica, negativismo, mutismo, estupor.
  7. Síntomas «negativos» tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (éstos habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
  8. Un cambio consistente y significativo de la calidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiesta como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.
- **Pautas para el diagnóstico según la CIE-10:** el requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente, o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos de uno a cuatro; o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más. Los cuadros que reúnan otras pautas pero de una duración menor a un mes (hayan sido tratados o no) deberán ser diagnosticados en primera instancia como trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico y reclasificados como esquizofrenia si el trastorno persiste por un período de tiempo más largo.
  - **Subtipos de evolución según la CIE-10:**
    - Esquizofrenia paranoide
    - Esquizofrenia hebefrénica
    - Esquizofrenia catatónica
    - Esquizofrenia indiferenciada
    - Depresión postesquizofrénica
    - Esquizofrenia residual
    - Esquizofrenia simple
    - Esquizofrenia sin especificación

## SÍNDROME METABÓLICO

Es importante mencionar que, hablar de un paciente esquizofrénico es hablar de un individuo sumamente vulnerable, con mayor riesgo de presentar comorbilidades médicas, que pueden restringir, aún más, su estado de salud general y en consecuencia alterar, negativamente, su calidad de vida. Entre las comorbilidades más frecuentes en los pacientes esquizofrénicos es el llamado Síndrome Metabólico.

En 1963 Reaven y colaboradores describieron en pacientes no diabéticos con infarto de miocardio previo, niveles elevados de glucosa, tolerancia a la glucosa anormal e hipertrigliceridemia, esto en comparación con un grupo control. Para 1988 detectó varios factores que tendían a presentarse al mismo tiempo y que significaban un riesgo cardiovascular importante: dislipidemia, hipertensión e hiperglicemia; por lo que consideró como un síndrome al cual lo nominó “Síndrome X”.

Este síndrome se caracteriza por la presencia de resistencia a la insulina e hiperinsulinismo compensador, asociados con trastornos del metabolismo de los carbohidratos y lípidos, cifras elevadas de presión arterial y obesidad. Es un complejo conjunto de diversos factores de riesgo para Diabetes Mellitus tipo 2 y Enfermedad Cardiovascular y se ha considerado una epidemia a nivel mundial con elevados costos económicos.

Ha recibido diversas denominaciones y se han realizado diferentes clasificaciones con la finalidad de intentar unificar criterios para establecer su diagnóstico, situación que se ha sido complicada a lo largo de los años. <sup>10</sup>

**TABLA 3. Criterios diagnósticos de síndrome metabólico.**

Criterios diagnósticos de síndrome metabólico						
Criterio	OMS (1998)	EGIR (1999)	ATP III (2001)	AACE (2003)	IDF (2005)	AHA/NHLBI (2005)
RI	AGA, IC, DM2 o sensibilidad disminuida a la insulina <sup>1</sup>	Insulina plasmática >perc. 75 Dos o más de los siguientes	Ninguno Tres o más de los siguientes	AGA o IC Más cualquiera de los siguientes según juicio clínico	Ninguno	Ninguno Tres o más de los siguientes
Obesidad	Dos más de los siguientes H: RCC <sup>2</sup> >0.9M: RCC >0.85y/o IMC >30	H: PA <sup>3</sup> ≥94 cm M: PA ≥80 cm	H: PA ≥102 cm M: PA ≥88 cm	IMC≥25	PA elevado según la población (Cuadro 3) Más 2 de los siguientes	H: PA ≥102 cmM: PA ≥88 cm
Dislipidemia	TG ≥150 mg/dl y/o H: HDL <35 mg/dlM: HDL <39	TG ≥150 mg/dl y/o HDL <39	TG ≥150 mg/dlH: HDL <40 mg/dlM: HDL <50 mg/dl	TG ≥150 mg/dlH: HDL <40 mg/dlM: HDL <50 mg/dl	TG ≥150 mg/dl o con medicamentos para disminuir TGH: HDL <40 mg/dlM: HDL <50 mg/dlO con medicamentos para aumentar HDL	TG ≥150 mg/dl o con medicamentos para disminuir TGH: HDL <40 mg/dlM: HDL <50 mg/dl O con medicamentos para aumentar HDL
PA	≥140/90 mm Hg	≥140/90 mm Hg o con antihipertensivos	≥130/85 mm Hg	≥130/85 mm Hg	≥130/85 mm Hg o en tratamiento antihipertensivo	≥130/85 mm Hg o en tratamiento antihipertensivo
Glicemia	AGA, IC o DM2	AGA o IC pero no DM	>110 mg/dl incluyendo DM	AGA o IC, pero no DM	≥100 mg/dl, incluyendo DM	≥100 mg/dl, o con medicamentos antidiabéticos
Otros	Microalbuminuria			Otras características de IR (Cuadro 2)		

1. Condiciones de hiperinsulinemia euglicémica con toma de glucosa en el cuartil inferior 2. RCC: Relación cintura/cadera 3. PA: Perímetro abdominal

Las clasificaciones más utilizadas en la actualidad son: NCEP: ATP III (the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III) e IDF (International Diabetes Federation). 7 Fue en el año 2001 cuando NCEP ATP III establece sus criterios diagnósticos para dicho síndrome, observándose que no era necesario la demostración objetiva de resistencia a insulina, ni estableció como obligatorio la presencia de un determinado factor diagnóstico, como ocurre en otras clasificaciones; no obstante, estableció que era necesario la presencia de por lo menos 3 de los factores de riesgo que adoptó como criterios: obesidad

abdominal medida por el perímetro abdominal, hipertrigliceridemia, HDL bajo, presión arterial  $\geq$  de 130/80 mmHg y/o Hipertensión arterial; glucemia elevada, incluyendo DM; siendo a partir del 2004, glucemia mayor de 100 mg/dl.<sup>11</sup>

Su prevalencia varía según factores como género, edad y etnia, pero se ubica entre 15% y 40% de la población, siendo más frecuente en las personas de origen hispano.

Es uno de los padecimientos que mayor interés ha generado a nivel mundial, ya que su incidencia ha ido en aumento y es causante una elevada mortalidad.

Una de las bases del síndrome metabólico es la resistencia a la insulina, la cual se explica como un factor fisiopatológico del metabolismo de la insulina, dando como resultado un estado compensatorio de hiperinsulinemia. Actualmente se tiene conocimiento de una estrecha relación de la obesidad con la resistencia a insulina, situación que ha mostrado un aumento en la aparición de enfermedades cerebrovasculares. Ahora bien, la obesidad se puede definir como un aumento de grasa corporal total, por encima de un valor estándar, que refleja a nivel celular un aumento en el número y/o tamaño de los adipocitos, no obstante, no debe olvidarse que es el resultado de alteraciones en diversos mecanismos biológicos, genéticos, hormonales, inmunológicos, inflamatorios; así como procesos psicológicos y sociales. La dislipidemia es un de las características fundamentales considerada en todas las clasificaciones que se han realizado para el síndrome metabólico, para definirla se ha utilizado diferentes parámetros: hipertrigliceridemia: TG >150 mg/dl, colesterol de alta densidad disminuido,

aumento de ácidos grasos libres en plasma, así como incremento de apolipoproteína B. Actualmente, se sabe que en la población general, la presencia de síndrome metabólico es un fuerte agente de presentar enfermedades cardiovasculares, de elevada mortalidad por estas mismas enfermedades, así como de diabetes.

## **ESQUIZOFRENIA Y SÍNDROME METABÓLICO**

Los individuos con enfermedades mentales graves, como lo es la esquizofrenia, tienen una menor expectativa de vida si se compara con la población general, sin embargo, esto no se encuentra asociado a la sintomatología psicótica, afectiva o conductual de los pacientes, se encuentra relacionado principalmente con sus comorbilidades médicas. Por ejemplo, se ha reportado que estos individuos presentan un doble riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular, hipertensión, diabetes mellitus y obesidad, si son comparados con la población general.

En el 2004 Jones et al, reportó que un 74% de los pacientes con Esquizofrenia cursó con alguna comorbilidad médica, sin embargo no se especifica cuáles son éstas comorbilidades. En el 2009 Bell, et al, usando los criterios diagnósticos de NCEP-ATP II, encontró que un 40% de los pacientes Europeos con Esquizofrenia y un 51.6% de los pacientes de los pacientes con Esquizofrenia en Estados Unidos, cumplían criterios diagnósticos para síndrome metabólico. Se han realizado múltiples estudios en diferentes grupos étnicos que de manera consistente muestran una elevada prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con esquizofrenia.

**TABLA 4. Prevalencia de Síndrome Metabólico en esquizofrenia.**

Study	Country	N	Design	Mean age	% MetS	Criteria
Heiskanen et al (78)	Finland	35		44.5	37.1	ATP III
Almeras et al (62)	Canada	42	Olanzapine	31.7	33.0	ATP III
	Canada	45	Risperidone	28.4	11.0	ATP III
Basu et al (65)	USA	33	Schizoaffective disorder	44.5	42.4	ATP III
Cohn et al (68)	Canada	240		42.7	44.6	ATP III
Kato et al (80)	USA	48		40.3	63.0	ATP III
Straker et al (96)	USA	89		39.8	29.2	ATP III
Meyer et al (83)	USA	1231		42.8	35.8	ATP III
McEvoy et al (82)	USA	342	White males	39.8	40.9	ATP III
		92	White females	44.2	56.2	ATP III
Saari et al (88)	Finland	31		31.0	19.4	ATP III
Correll et al (69)	USA	367		42.9	37.3	ATP III
De Hert et al (71)	Belgium	430		36.5	32.3	ATP III-A
De Hert et al (72)	Belgium	415		37.7	33.3	IDF
		100	First episode (maximal duration 2 year illness)	25.7	17.0	IDF
		130	Duration illness <10 years	29.0	28.5	IDF
		106	Duration illness 10 to 20 years	39.0	42.4	IDF
		79	Duration illness >20 years	49.8	49.4	IDF
		269		46.0	34.6	ATP III
Hagg et al (77)	Sweden	269		46.0	34.6	ATP III
Lamberti et al (81)	USA	93	Clozapine	34.4	53.8	ATP III
Meyer et al (84)	USA	80		49.0	51.2	ATP III
Bobes et al (66)	Spain	1452		40.7	24.6	ATP III
Correll et al (70)	USA	294	Antipsychotic monotherapy	43.6	34.3	ATP III
De Hert et al (73)	Belgium	208	3 months after start antipsychotics	33.7	27.9	ATP III-A
		23	3 months after start amisulpride	33.7	13.0	ATP III-A
		31	3 months after start aripiprazole	33.7	9.7	ATP III-A
		25	3 months after start clozapine	33.7	56.0	ATP III-A
		54	3 months after start olanzapine	33.7	33.3	ATP III-A
		25	3 months after start quetiapine	33.7	32.0	ATP III-A
		50	3 months after start risperidone	33.7	24.0	ATP III-A
		155	Placebo trials, placebo endpoint	41.4	25.8	ATP III
		267	Placebo trials, aripiprazole endpoint	40.7	19.9	ATP III
		373	Active comparator trials, olanzapine endpoint	37.7	41.6	ATP III
Mulder et al (85)	Netherlands	380	Active comparator trials, aripiprazole endpoint	37.6	27.9	ATP III
		112		36.0	25.0	ATP III
Sicras-Mainar et al (94)	Spain	742	Different diagnosis treated with antipsychotics	55.1	27.0	ATP III
Srisurapanont et al (95)	Thailand	57		37.5	35.0	IDF
		38		53.7	36.2	ATP III
Suvisaari et al (97)	Finland	44		44.3	31.8	ATP III-A
Teixeira and Rocha (98)	Brazil	108		34.6	34.0	ATP III-A
Cerit et al (67)	Turkey	122	First episode, before treatment with FGA	23.1	5.7	ATP III-A
		122	First episode, 3 year FGA	26.8	13.1	ATP III-A
De Hert et al (74)	Belgium	108	First episode, before treatment with SGA	21.9	5.6	ATP III-A
		108	First episode, 3 year SGA	25.1	31.6	ATP III-A
De Hert et al (75)	Europe	2270		41.0	33.9	ATP III-A
		58		36.3	40.0	ATP III-A
Ellingrod et al (76)	USA	99	First episode after treatment	26.1	18.2	IDF
Saddichha et al (90)	India	433		38.0	34.0	ATP III
Schorr et al (91)	Netherlands	53		35.0	45.0	ATP III
Schorr et al (92)	Netherlands	260		28.0	35.0	ATP III
Schorr et al (93)	Netherlands	503	Schizophrenia	34.8	28.8	ATP III-A
van Winkel et al (99)	Belgium	92	Schizoaffective disorder	40.7	50.0	ATP III-A

FGA – first-generation antipsychotic; SGA – second-generation antipsychotic; ATP – Adult Treatment Panel; IDF – International Diabetes Federation

En el 2013, en un estudio de prevalencia realizado en TailandiaB y utilizando las clasificaciones de NCEP-ATP III e IDF, se reportó un 37.5% y 35%, respectivamente, de síndrome metabólico en una población de pacientes esquizofrénicos; detectándose que las mujeres tienen un riesgo metabólico más elevado que los hombres, aunque el resultado reportado se consideró estadísticamente no significativo. En este mismo estudio se encontró que la obesidad central, obtenida por la medición de la circunferencia abdominal fue el

factor de riesgo metabólico más frecuente entre los pacientes. Este resultado es de gran relevancia debido a que existen reportes de que la circunferencia abdominal es uno de los principales factores predictores de enfermedad cardiovascular.<sup>12</sup>

En un estudio llevado a cabo en Seul, Corea 2013, se reportó , utilizando los criterios de NCEP-ATP III, una importante prevalencia de hipertensión entre los pacientes con síndrome metabólico siendo de un 42.2% en hombres y un 35.9% en mujeres. Asimismo se reportó una elevada prevalencia en niveles anormales de triglicéridos: 49.3% en hombres y 35.9% en mujeres. No obstante se reporta una baja prevalencia en el reporte de circunferencia abdominal, así como en niveles anormales en colesterol HDL y en los niveles de glucosa.

Kato y colaboradores evaluaron la presencia del SM en 48 pacientes esquizofrénicos, concluyendo que hasta el 74% de los individuos de ascendencia hispana cumplieron criterios diagnósticos para síndrome metabólico en comparación con los sujetos no hispanos.

Los pacientes esquizofrénicos desarrollan más factores de riesgo para que a lo largo de la evolución del padecimiento cursen con un síndrome metabólico, es decir, los pacientes tienen a ser sedentarios, dependientes del consumo de tabaco u otras sustancias, con hábitos alimenticios inadecuados y pobre apego a tratamiento farmacológico, situación que favorece la presencia de resistencia a la insulina, hiperglucemia y obesidad.

Este síndrome es relevante entre los pacientes esquizofrénicos no sólo por la morbimortalidad que produce, sino porque influye sustancialmente en la evolución clínica de ambos procesos mórbidos,

en el apego a los tratamientos y en la mayor prevalencia de síntomas psicóticos y depresivos.<sup>13</sup>

### **ESQUIZOFRENIA, TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME METABÓLICO.**

En la actualidad, el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia pretende cumplir diversas metas, entre ellas, el control del afecto, evitar el daño cognitivo, mejorar la funcionalidad, así como la favorecer una buena calidad de vida. Con la aparición de los antipsicóticos atípicos se logró disminuir la presencia de efectos extrapiramidales como parkinsonismo, acatisia, disquinesia tardía y otros efectos secundarios; sin embargo aparecen otras consecuencias del uso de dichos fármacos, como son la ganancia de peso, mayor riesgo de resistencia a insulina ó diabetes mellitus, alteraciones en el metabolismo de lípidos, con el consecuente elevación de niveles de colesterol y triglicéridos; así como la presencia de alteraciones cardiovasculares.<sup>14</sup>

En el Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE), estudio con una muestra de 1 460 pacientes esquizofrénicos se encontró una prevalencia del 36% de pacientes del sexo masculino y un 51.6% de pacientes femeninas con Síndrome metabólico, esto en base a los criterios ATP IIIa. 11 Las características del síndrome, pueden variar, es decir, suele depender de diferentes factores

como lo es: la etnicidad, nivel socioeconómico, la falta de actividad física, consumo elevado de alcohol, tabaco u otras sustancias, así como el uso de antipsicóticos, principalmente los de segunda generación. El uso de antipsicóticos atípicos ha sido considerado como uno de los principales factores en el incremento de la prevalencia de síndrome metabólico.

De los antipsicóticos atípicos utilizados, se ha reportado que clozapina y olanzapina son los que más riesgo metabólico representan, principalmente por la ganancia de peso tan importante y la elevación de ácidos grasos. En un metaanálisis en el que se valoraron 80 estudios acerca de los cambios en el peso con el uso de antipsicóticos, se dio a conocer una ganancia de 4.5 Kg con olanzapina, 4.45 Kg con clozapina, 2.10 Kg con risperidona y 1.08 Kg con haloperidol; estos resultados fueron reportados tras 10 semanas del inicio de tratamiento. Otro estudio de 110 pacientes con esquizofrenia en tratamiento con clozapina, olanzapina y haloperidol, reportó después de 12 semanas de manejo farmacológico, una elevada incidencia en la ganancia de peso en aquellos pacientes que recibían tratamiento con clozapina, comparado con los otros dos antipsicóticos. Este resultado puede deberse a que la clozapina cuenta con un efecto antagonista serotoninérgico (5HT1, 5HT2, 5HT3) y en menor grado como antagonista D1, D2; es probable que la ganancia de peso asociada al uso de este fármaco se deba al efecto antagonista 5HT2C y también esté relacionado con el efecto antagonista H1.<sup>15</sup>

Se considera que el riesgo metabólico en esquizofrenia se debe principalmente a los estilos de vida de los pacientes, al proceso patológico propio de la enfermedad

y los efectos secundarios de los psicofármacos, en particular de los antipsicóticos atípicos. Sin embargo, estudios han mostrado un riesgo importante de síndrome metabólico en pacientes con esquizofrenia aún sin el uso de antipsicóticos, es decir, un incremento de peso, hiperglucemia y niveles elevados de cortisol, en pacientes con un primer episodio psicótico antes de recibir manejo farmacológico.<sup>16</sup>

La ausencia en el tratamiento de síndrome metabólico en estos pacientes también puede estar relacionada con su elevada tasa de mortalidad en comparación con la población general; lo que deja en evidencia que el manejo de éstos pacientes no sólo debe ser enfocado a la sintomatología psiquiátrica, es decir, no debe dejarse de lado el manejo de otras comorbilidades médicas del paciente, ya que se ha reportado que más de un 80% de los pacientes esquizofrénicos con hiperlipidemia no reciben el tratamiento para dicha alteración, siendo este porcentaje un dato de alarma, ya que da a conocer que la calidad en la atención de estos pacientes no está siendo óptima.<sup>17</sup>

La esperanza de vida en estos pacientes es menor, en comparación a la población general, probablemente por la misma evolución del padecimiento, por el agravamiento de enfermedades subyacentes, por el uso de antipsicóticos y sus riesgos cardiacos; así como la presencia y persistencia de hábitos de vida poco saludables.<sup>18</sup>

## **CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD**

En las últimas décadas se ha venido hablando de un término significativo para todo ser humano: Calidad de Vida. Dicho término surge para poder desplazar otros términos de mayor dificultad de evaluación, como lo son la felicidad ó bienestar. A pesar de toda su complejidad se ha convertido, en los últimos años, en un área de investigación de gran relevancia.

En el ámbito médico, dicho término comenzó a tomar relevancia en la década de los 60, siendo en 1966 Elkinton, quien emplea por primera vez el concepto de Calidad de vida, refiriéndose específicamente a enfermos renales, sometidos a tratamiento con diálisis. En el año de 1977, el término calidad de vida, se incluye como parte de la literatura médica, siendo a inicios de la década de los 70 cuando se dan a conocer los primeros instrumentos que eran útiles para su evaluación.<sup>15</sup>

En el área de Psiquiatría, fue en el año de 1981, cuando Malm publica el primer método de evaluación de calidad de vida, específicamente en pacientes con Esquizofrenia.

Algunos autores consideran pertinente hacer una diferencia entre el concepto de Calidad de Vida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud, ya que éste último término es aplicado principalmente en el campo de la medicina, con la finalidad de evaluar el impacto que genera un padecimiento ó su tratamiento en la vida diaria de un paciente.

**TABLA 5. Definiciones de Calidad de Vida relacionada con la Salud.**

<b>Autor (es)</b>	<b>Definición</b>
Echteld, van Elderen, van der Kamp <sup>10</sup>	Resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento a estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica y elementos generales; experimentar satisfacción con la vida y afectos positivos y la ausencia de efectos negativos
Awad <sup>11</sup>	Percepción del sujeto de los resultados de la interacción entre la severidad de los síntomas psicóticos, efectos colaterales de la medicación y nivel de desarrollo psicosocial
Burke <sup>6</sup>	Evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes durante un tiempo particular
Schipper <sup>12</sup>	Efectos funcionales de una enfermedad y sus consecuencia en la terapia
Schipper, Clinch & Powell <sup>13</sup>	Efectos funcionales de una enfermedad y su terapia sobre un paciente, percibido por el mismo paciente
Bowling <sup>14</sup>	Efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad en la vida diaria y el impacto de estos efectos en los niveles de bienestar subjetivo, satisfacción y autoestima
Shumaker & Naughton <sup>15</sup>	Evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general
Patrick & Erickson <sup>16</sup>	Valor otorgado a la duración de la vida y su modificación por impedimentos, estado funcional, percepción y oportunidades sociales que son influenciadas por la enfermedad, daño, tratamiento o las políticas
Wu <sup>17</sup>	Aspectos de la salud que pueden ser directamente vivenciados y reportados por los pacientes
O`Boyle <sup>18</sup>	Expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro

Conceptualizar el término de Calidad de Vida, ha sido una tarea compleja; algunos autores establecen que depende de la percepción que tenga el paciente con respecto a su enfermedad; de ahí que dicho término en el área médica, se denomine Calidad de Vida Relacionada con la Salud.<sup>19</sup>

No obstante, el cómo se perciba el paciente ante la enfermedad va a depender de diversos factores como lo son: “la percepción de los síntomas, la forma en que los pacientes los identifican y comunican el malestar que les causa, la experiencia de estar incapacitado para funcionar normalmente y los métodos de enfrentamiento usados por los pacientes y sus familias para controlar la enfermedad”<sup>20</sup>.

El concepto de calidad de vida relacionada a la salud es multidimensional, en el 2005 Padilla menciona que “las definiciones de CDVRS (Calidad de vida relacionada con la salud) consisten en tributos tanto globales como específicos de salud que son dinámicos - cambiantes como consecuencia de la enfermedad, el tratamiento y los cuidados, y que se podría agregar, que no, de un solo factor lineal consecuente”. Es por tanto, un concepto subjetivo, es decir, es la valoración que realiza una persona de acuerdo a sus propios criterios, acerca de su estado físico, emocional y social en que se encuentre en un determinado momento.

Hay una gran diversidad de autores que han intentado conceptualizar el término de Calidad de Vida; por ejemplo, para Calman (1984), define la calidad de vida como “la brecha que hay entre las expectativas de los pacientes y sus logros; la brecha entre las expectativas y los logros puede variar a lo largo del tiempo conforme mejore o se deteriore la salud del paciente, en relación con la efectividad del tratamiento o la progresión de la enfermedad”<sup>20</sup> Para Lehman (1982, 1983), menciona que ésta implica “percepción del enfermo sobre su ejecución en cuatro áreas: 1. Física- ocupacional, 2. Psicológica, 3. Intereacción social y 4. Síntomas somáticos. Finalmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) Calidad de Vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”

Las medidas de CVRS deben ser:

Subjetivas: Recoger la percepción de la persona involucrada.

Multidimensionales: Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.

Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.<sup>21</sup> Brown, considera que el estado de salud es un factor fundamental para una adecuada calidad de vida, sin embargo, también considera que la calidad de vida es a su vez, un determinante que genera un buen estado de salud, lo que genera un problemática para su valoración.

### **CALIDAD DE VIDA Y ESQUIZOFRENIA**

“El binomio calidad de vida – esquizofrenia constituye una relación muy compleja en la que intervienen factores comunes a otras enfermedades, como la cronicidad, la falta de un tratamiento completamente eficaz y los efectos adversos de los antipsicóticos, pero también factores exclusivos de estos trastornos, como la naturaleza subjetiva de la enfermedad, la falta de insight, la notable discapacidad y el estigma social que conlleva”<sup>23</sup>

La evaluación de calidad de vida en esquizofrenia toma particular importancia, a partir de la desinstitutionalización de los pacientes, momento en que comienza hacerse evidente una disfuncionalidad tanto social como laboral.

Diversos estudios de calidad de vida en pacientes con esquizofrenia han reportado un bajo nivel de calidad comparado con la población general, considerándose que la presencia de sintomatología ansiosa – depresiva y los efectos adversos de los fármacos antipsicóticos, tienen un impacto negativo en la calidad de vida de estos pacientes. La falta de concordancia en los resultados obtenidos en las diferentes evaluaciones de calidad de vida en los pacientes con esquizofrenia han sugerido que existe una pobre capacidad de personas con enfermedades mentales graves para evaluar su calidad de vida, considerándose esto como consecuencia de la presencia de alteraciones cognitivas y psicopatológicas propias del padecimiento.

Hablar de Calidad de Vida, en pacientes Esquizofrénicos, puede ser difícil de definir, ya que se menciona que por las características propias del padecimiento, su valoración, puede ser aún menos confiable. El estudio sobre la calidad de vida de los enfermos con esquizofrenia ha estado limitada por dos factores: “la dificultad para definir qué es calidad de vida y la consideración de que los esquizofrénicos no están capacitados para hacer esta evaluación” .Sin embargo, no por ello se debe de dejar de evaluar, ya que si bien es cierto, que dicha enfermedad no culminará en la muerte del paciente, sí le genera grandes limitaciones y disfunción biopsicosocial que en consecuencia alterará su calidad de vida. Asimismo es importante mencionar, que hay reporte de estudios en los que se refiere que los esquizofrénicos con estabilidad clínica, son capaces de dar respuestas confiables con respecto a la evaluación de su calidad de vida.

Hirschberg 2005, realizó un estudio con 95 pacientes con esquizofrenia, reportando que existe un estrecha relación entre sintomatología negativa y positiva

con una pobre calidad de vida; asimismo Shaun y Newhill, 2007, encuentran que hay una relación negativa significativa entre la sintomatología negativa de los pacientes esquizofrénicos y la calidad de vida; que dicha relación dependerá del entorno en que se encuentre el paciente, es decir, de si el paciente es ambulatorio o se encuentra institucionalizado y finalmente señalan que el manejo psicosocial mejora ciertos aspectos de la calidad de vida.

Carlson en el 2007, realiza un estudio longitudinal en el que encuentra que los pacientes esquizofrénicos tienden a autoperibirse satisfechos con su calidad de vida general y en la mayoría de los dominios, sin embargo, detecta que a mayor gravedad psicopatológica, se reporta una menor satisfacción con la calidad de vida y un pobre funcionamiento global.

En el 2001, Touriño realiza un estudio en 87 pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, encontrando que la calidad de vida percibida por los enfermos era baja y que las características sociodemográficas no influían en la calidad de vida; del mismo modo, reportó que a mayor edad de inicio, se reportaba una peor calidad de vida global y salud general.

## **CALIDAD DE VIDA EN ESQUIZOFRENIA Y EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

En el 2002, Bullock et al, hace mención acerca del uso de antipsicóticos atípicos y su impacto en mejorar la calidad de vida tanto de pacientes como cuidadores. En ese mismo año, Tariot et al, concluye que el uso de fármacos como quetiapina en pacientes con esquizofrenia, Alzheimer y en otros tipos de demencia, generaba un

impacto positivo en su calidad de vida al carecer de una actividad anticolinérgica y poca unión a receptores de dopamina; características que mejoran la sintomatología negativa, disminuyen la presencia de síntomas extrapiramidales y estimulan el mantenimiento de la función cognitiva; dichos factores evidenciaron una mejor calidad de vida.

Otros autores como Raggi (2002), Maguire (2002) y Csernansky (2002), concluyen que el uso de los antipsicóticos de segunda generación han conseguido mejorar la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia, además de disminuir el número de recaídas y por lo tanto el número de ingresos a unidades de atención psiquiátrica.

En el 2005 se realizó en España un estudio con 78 pacientes con esquizofrenia en el que no se encontró una diferencia significativa en los resultados de Calidad de vida entre pacientes que eran manejados con antipsicóticos típicos, atípicos o ambos.

Se ha determinado que tanto la evolución propia de la enfermedad como los efectos del manejo farmacológico, alteran el estado funcional de los pacientes y por lo tanto afecta su nivel de satisfacción de calidad de vida

### **ESQUIZOFRENIA, CALIDAD DE VIDA Y SÍNDROME METABÓLICO**

En la población de los pacientes esquizofrénicos que además presentan de manera comórbida un síndrome metabólico, se hacen más prevalentes la presencia de sintomatología psicótica y afectiva, situación que ha demostrado que

estos pacientes tienen una peor percepción de su salud física, generando una deficiente calidad de vida.

Como ya se ha ido mencionando, los pacientes con esquizofrenia, reportan elevadas tasas de sobrepeso y obesidad, esto probablemente debido a una elevada prevalencia de una conducta sedentaria y una baja actividad física.

La evaluación de calidad de vida en pacientes con esquizofrenia y síndrome metabólico aún es poco desarrollada, “los resultados del estudio CATIE confirman la relación entre comorbilidad física y peor autopercepción de salud física”. En un estudio dado a conocer en el 2013 y realizado en Barcelona, España; en el que se evaluó la calidad de vida en una muestra de 76 pacientes esquizofrénicos y con trastorno esquizoafectivo, se reportó que no existe una diferencia significativa entre pacientes con síndrome metabólico y aquellos que no cumplieron con los criterios para el mismo. Sin embargo, se menciona que en los sujetos con síndrome metabólico que practican alguna actividad física reportan una mejor autopercepción de salud.

Miettola et al., encontraron que el síndrome metabólico se asocia a una calidad de vida relacionada a la salud más baja en mujeres desempleadas. Del mismo modo, “Korea National Health and Nutrition examination Survey 2005” dio a conocer que los hombres con hipertensión arterial y las mujeres con hipertensión arterial más obesidad refirieron una peor calidad de vida. <sup>22</sup>

Meltzer et al., utilizó la Escala de Calidad de Vida (QLS) para determinar el impacto de la clozapina en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia,

dicha escala fue aplicada a 38 pacientes esquizofrénicos al inicio del tratamiento y 6 meses después; encontrándose una mejoría del 50% en el puntaje total de la escala en un 57.8% de los pacientes y una mejoría del 100% en el 42.1%. La mejoría se hizo más evidente en el dominio del rol interpersonal, fundamentos intrapsíquicos y rol instrumental. No se detectó una relación entre la mejoría de la calidad de vida con el sexo, edad, duración del padecimiento o número de hospitalizaciones.

Foldemo 2014, en una muestra de 903 pacientes con esquizofrenia, reportó que un 46% cumplieron criterios diagnósticos para síndrome metabólico; de éstos paciente el 63% presentaban una elevada circunferencia abdominal, 61% niveles elevados de glucosa y 59% cifras elevadas en la tensión arterial; además de concluir que este grupo de pacientes contaban con una pobre calidad de vida.

Existen pocos estudios acerca de calidad de vida en pacientes esquizofrénicos con síndrome metabólico, sin embargo, entre los factores metabólicos que tienen mayor impacto, son la circunferencia abdominal, hipertensión arterial y los niveles elevados de glucosa; sin embargo se tienen reportes de estudios en los que los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos.<sup>24</sup>

## MÉTODO

### JUSTIFICACIÓN

La Esquizofrenia es una de las enfermedades mentales que afectan aspectos fundamentales del paciente, ya que irrumpen aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, mismos que influyen para afectar, en mayor o menor medida, la funcionalidad biopsicosocial del individuo, teniendo como resultado el mermar su calidad de vida.

Es importante que los Psiquiatras no olvidemos que tenemos ante nuestros ojos un individuo vulnerable a padecer otras enfermedades médicas, tal como lo es el Síndrome Metabólico, el cual incluye una serie de factores, que sin duda alguna van a tener gran influencia en la vida cotidiana del paciente.

Mediante este estudio se podrá detectar a aquellos pacientes con Esquizofrenia Paranoide que se encuentren con factores de riesgo que estén por condicionar o ya hallan condicionado uno de los padecimientos de mayor impacto en salud a nivel mundial: Síndrome metabólico. Problema de salud que no sólo genera elevados costos en la atención médica, también incrementa la morbi- mortalidad teniendo un impacto importante en la calidad de vida, quizá de mayor relevancia en éstos pacientes que en la población general, debido a la fragilidad que propicia este padecimiento psiquiátrico.

La detección de factores de riesgo, muchos de ellos modificables con el estilo de vida, podría ayudar a idear y llevar a cabo, medidas que puedan postergar, evitar ó controlar la presencia de un síndrome metabólico y con ello se estaría

ofreciendo una mejor atención de salud, con el objetivo de beneficiar principalmente al paciente ya que se estaría buscando un manejo integral de cada individuo, desde el control sintomático del padecimiento y/o padecimientos, hasta la mejora de su calidad de vida.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Qué calidad de vida tienen los pacientes con esquizofrenia paranoide, esta puede estar influenciada ante la presencia de otras comorbilidades médicas como el Síndrome Metabólico?

La esquizofrenia es una enfermedad mental, que como ya se conoce, produce alteraciones cognitivas, conductuales, afectivas y perceptuales en la vida de los pacientes, situación que genera una pobre o nula funcionalidad. Con anterioridad se consideraba que las principales metas en el manejo de los pacientes con Esquizofrenia era reducir la sintomatología psicótica tanto positiva como negativa. Sin embargo, con la aparición de los antipsicóticos de segunda generación, también llamados antipsicóticos atípicos, surge una de las preocupaciones que es fundamental en cada individuo: la calidad de vida. Es decir, no sólo se busca un control sintomático ni la reintegración del paciente a su medio ambiente, ahora también se busca que los pacientes gocen de una vida satisfactoria que le proporcione las herramientas necesarias para enfrentar todas y cada una de todas aquellas circunstancias que se presenten en su entorno personal, biológico y social a lo largo de la vida, es decir, se busca que los

pacientes con esta enfermedad mental, también puedan gozar de una adecuada calidad de vida.

Es de llamar la atención que aún existe un estigma importante con respecto a los pacientes psiquiátricos y más aún con los pacientes esquizofrénicos, por lo que es de esperarse que la atención en salud de estos pacientes se encuentre limitada, siendo en muchas ocasiones manejada principalmente por los psiquiatras, olvidándose de que se está ante un individuo y no sólo una enfermedad y que por lo tanto es susceptible a padecer otros padecimientos médicos, al igual que el resto de la población y que inclusive son aún más susceptibles.

Ahora bien, los pacientes con esquizofrenia son individuos que tienen un riesgo levado de otras enfermedades médicas, situación condicionada en parte por la sintomatología propia del padecimiento; es decir, la presencia de síntomas como abulia, aislamiento, anhedonia, alogia; propician formas de vida que perjudican aún más la situación de salud del paciente ya que suelen generar una escasa o nula actividad física, malos hábitos de la alimentación y consumo de sustancias, principalmente tabaco. Estos son factores de riesgo importantes para el desarrollo de enfermedades, principalmente de origen metabólico como lo son la obesidad, hipertensión, diabetes mellitus y enfermedad cardiovasculares. Si a esto agregamos que el uso de antipsicóticos puede incrementar más esta situación, se tiene como consecuencia una menor esperanza de vida, mayor morbi y mortalidad y a su vez una deficiente calidad de vida.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

- Comparar la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia paranoide vs pacientes con esquizofrenia paranoide más síndrome metabólico; que se encuentran en seguimiento en la Clínica de Adherencia Terapéutica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

### **ESPECÍFICOS**

- Detectar aquellos pacientes que se encuentren en seguimiento en la Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT) con el diagnóstico de Esquizofrenia paranoide.
- Detectar factores de riesgo que sean propicios para desencadenar un síndrome metabólico en los pacientes con esquizofrenia paranoide que son atendidos en la CAT.
- Detectar aquellos factores de riesgo que son modificables en los pacientes con Esquizofrenia paranoide con y sin síndrome metabólico.
- Observar si los manejos farmacológicos con antipsicóticos típicos ó atípicos en los pacientes con Esquizofrenia Paranoide, propician la aparición de un síndrome metabólico.
- Determinar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia paranoide que se encuentran en seguimiento en la CAT.
- Observar si la presencia de síndrome metabólico en los pacientes con esquizofrenia paranoide, puede ser un factor influyente en su calidad de vida.

## **HIPOTESIS**

Hipótesis nula: La presencia de síndrome metabólico, no es un condicionante que pueda afectar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia paranoide.

Hipótesis investigación: La presencia de síndrome metabólico es un condicionante que puede afectar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia paranoide.

## **VARIABLES**

### **DEPENDIENTE**

- **Calidad de vida.**

Se valorará la calidad de vida mediante el instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida SF36, desarrollada por Ware JE y Sherburne CD en 1992 y que fue adaptada al Español por Alonso J, Prieto L y Antó JM en el año de 1995. Se ha visto que es de utilidad para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, comparar la carga de distintas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por diferentes tratamientos médicos y valorar el estado de salud de cada paciente. Los 36 ítems exploran 8 dimensiones del estado de salud: 1. Función física 2. Rol físico 3. Dolor corporal 4. Salud general 5. Vitalidad 6. Función social 7. Rol emocional y 8. Salud mental. Existe una cuestión no incluida en estas dimensiones, que exploran los cambios experimentados en el estado de salud en el último año. No obstante, aspectos importantes en salud como el funcionamiento cognitivo, sexual y familiar, no son evaluados en este instrumento. Las opciones de respuesta se presentan en escalas tipo Likert, que evalúan

intensidad y frecuencia. El número de opciones de respuestas varía entre dos, tres y seis según el ítem.

Detecta tanto estados positivos como negativo de salud. También se ha investigado la utilidad del SF36 en salud mental. El SF36 es auto administrado y aplicable tan a población general como clínica, con un tiempo de aplicación de 5 a 10 minutos. El cuestionario prevé que se puede llenar con ayuda, lo que resulta necesario en la población de enfermos con Esquizofrenia, en la que el tiempo de aplicación es muy variable. Fiabilidad: tiene una alta consistencia interna (0.8 para todas las escalas, excepto para la "función social" que es de 0.76. El coeficiente de correlación intraclase es de 0.85. La valides Test-retest con dos semanas de diferencia es de 0.8 para la función física, vitalidad y percepción general de salud y de 0.6, para función social.

Validez. Se ha mostrado sensible al cambio de varios estudios

## **INDEPENDIENTE**

- **Esquizofrenia Paranoide.**

Se aplicará la Evaluación de los Síntomas en la Esquizofrenia: PANSS. La escala de síntomas positivos y negativos la cual se evalúa mediante entrevista semiestructurada de 30 a 40 minutos de duración. La entrevista aumenta los parámetros de calidad de la escala. Fue diseñada por Kay en 1987 a partir de la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) con el objetivo de mejorar sus propiedades psicométricas. Fue adaptada al español por Peralta V, Cuesta M. en 1994. Su objetivo es evaluar el síndrome esquizofrénico desde el punto de vista dimensional

consta de 30 ítems que corresponden a los síntomas, que se puntúan de 1 (ausente) a 7 (extremo). La forman 3 subescalas: la positiva (PANSS-P) y la negativa (PANSS-N), de 7 ítems cada una, y la escala de psicopatología general (PANSS\_PG), de 16 ítems. En la escala positiva se evalúan los delirios, la desorganización conceptual, conducta alucinatoria, excitación, grandiosidad, suspicacia y hostilidad. En la escala negativa se señalan el embotamiento afectivo, retracción emocional, la relación pobre, retracción social y apatía; dificultad para el pensamiento abstracto, falta de espontaneidad y fluidez de la conversación y el pensamiento estereotipado. En la escala de psicopatología general se valoran preocupaciones somáticas, ansiedad, sentimientos de culpa, tensión motora, manierismos y posturas; depresión, retraso motor, falta de cooperación, contenidos inusuales del pensamiento, desorientación, falta de atención, falta de juicio e introspección; trastornos de la volición, falta de control de impulsos, preocupación por pensamiento y sentimientos así como la evitación social activa. En todas las escalas, la mayor puntuación es indicativa de sintomatología grave.

Fiabilidad: fiabilidad interobservador: 0.31 a 0.93. Las escalas positiva y negativa en su globalidad tienen una buena fiabilidad siendo de .71 y .8 respectivamente; sin embargo, en la escala de psicopatología general es más moderada (.56). con respecto a la relación de la escala positiva vs negativa es excelente Kappa: .87

Validez: Las escalas positiva y negativa no se correlacionan entre sí ( $r=.09, ns$ ) por tanto son independientes y representan los dos constructos. Cuando se hace en función de la escala de psicopatología global se obtiene una modesta correlación

(-.25;  $p=.013$ ). Validez factorial: El análisis dio como resultado 4 factores: positivo, negativo, excitación y desorganizado los cuales explicaron respectivamente el 38,2%, 16%, 8,7% y 8% de la varianza total. Los 7 ítems de la escala negativa formaron un único factor (negativo) mientras que los de la escala positiva cargaron en los otros 3 factores.

- **Síndrome Metabólico**

Se evaluará el síndrome metabólico con los criterios diagnósticos de: Definición del Programa Nacional de Educación en Colesterol (NCEP-ATP-III) (National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III) (2004). La cual indica que deben de cumplirse al menos tres de los siguientes parámetros:

- Obesidad: perímetro abdominal > 88 cm en mujeres y > 102 cm en hombres.
- Triglicéridos > 150 mg/dL (> 1.7 mmol/L).
- Colesterol HDL < 40 mg/dl en hombres y < 50 mg/dl en mujeres.
- Tensión arterial  $\geq$  130/85 mmHg o diagnóstico previo de hipertensión.
- Glucosa basal  $\geq$ 100 mg/dl

## **MUESTRA**

Se obtendrá una muestra de pacientes atendidos en el servicio de Clínica de Adherencia Terapéutica, que cuenten únicamente con el Diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide y una segunda muestra de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide más Síndrome Metabólico.

La muestra se obtendrá de los pacientes del servicio de Clínica de Adherencia Terapéutica con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y se formarán dos grupos: el primero con los pacientes que incluya solo el diagnóstico de esquizofrenia paranoide y el segundo con pacientes que además cumplan criterios diagnóstico para síndrome metabólico.

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide entre 20 – 58 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide que se encuentren en seguimiento en la Clínica de Adherencia Terapéutica.
- Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide más diagnóstico de Síndrome Metabólico, cumpliendo los criterios diagnósticos de ATPIII; que se encuentren en seguimiento en la Clínica de Adherencia Terapéutica.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide que se encuentren hospitalizados.
- Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide con otros diagnósticos médicos, diferentes al de Síndrome Metabólico.
- Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide más otra patología psiquiátrica.
- Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide más otra patología psiquiátrica ó consumo de sustancias

## **TIPO DE ESTUDIO**

El tipo de estudio planteado que se llevará a cabo será un estudio prospectivo, transversal y comparativo en una muestra de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide y un segundo grupo de pacientes con esquizofrenia paranoide que además cursen con un síndrome metabólico.

## **INTRUMENTO**

- **Escala Sindromática de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS)**
- **Cuestionario de Salud SF-36. Versión en español.**

## **PROCEDIMIENTO**

El paciente acudirá a su cita programada al Servicio de Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT), en donde se llevará a cabo la toma de signos vitales, así como peso, talla y circunferencia abdominal. Se proporcionará la consulta correspondiente por su médico tratante y posterior a la misma se le solicitará al paciente que proporcione un tiempo extra para la realización de la escala de evaluación de Calidad de Vida SF36. Se le explicará al paciente que la realización de dicha escala es con fines de investigación, además de que no implica riesgo para el bienestar del paciente ni de su familiar acompañante. En base a la revisión del expediente clínico, se determinará qué pacientes cuentan con criterios diagnósticos para Síndrome metabólico en base a la clasificación ATPIII.

Una vez aplicadas la se proporcionará a los pacientes folleto informativo que oriente acerca de las medidas adecuadas para prevenir aquellos factores de riesgo modificables con el estilo de vida, además de que se agregará una nota clínica en la que se reporte los hallazgos en paciente, la cual podrá ser revisada por su médico tratante.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En la presente investigación, se solicitará la autorización del paciente y tutor del mismo; así como del médico tratante ó jefe der servicio de la Clínica de Adherencia Terapéutica para que pueda llevarse a cabo la aplicación del instrumento de investigación. Se le explicará al paciente el procedimiento a realizar, los objetivos del mismo y el tiempo aproximado que se dispondrá del paciente. Durante la realización de la aplicación de los instrumentos en cuestión, prevalecerá el respeto a la dignidad del paciente y su familiar, así como la protección de sus derechos, confidencialidad y bienestar.

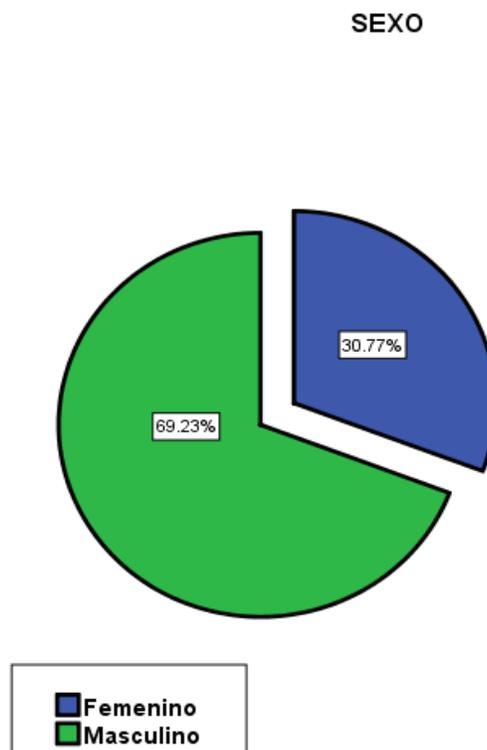
## RESULTADOS

En la realización del estudio participaron 77 pacientes, de los cuales 25 de ellos no cumplieron con criterios de inclusión, quedando una muestra total de 52 pacientes. Todos los pacientes acuden a la Clínica de Adherencia Terapéutica para su atención y seguimiento.

La obtención de resultados se utilizó el software estadístico SPSS en su versión número 20.

Del total de la muestra de 52 pacientes el 30.8% pertenecen al sexo femenino y el 69.2% al sexo masculino.

**GRÁFICA 1. Distribución por sexo de los pacientes con esquizofrenia paranoide con y sin síndrome metabólico.**



Con respecto a la edad de los pacientes, se reporta una edad mínima de 24 años y una máxima de 58 años, con una mediana de 44.50 y una media de 43.12.

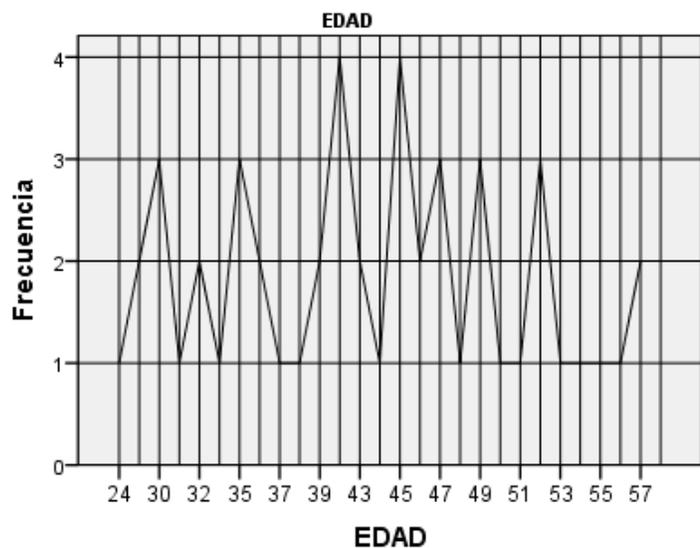
**TABLA 5. Distribución por edad de pacientes con esquizofrenia paranoide con y sin síndrome metabólico.**

**GRÁFICA 2. Distribución por edad de pacientes con esquizofrenia paranoide con y sin síndrome metabólico.**

**TABLA 5**

EDAD		
N	Válidos	52
	Perdidos	0
		43.12
<b>Media</b>		
	<b>Mediana</b>	44.50
	<b>Rango</b>	34
	<b>Mínimo</b>	24
	<b>Máximo</b>	58

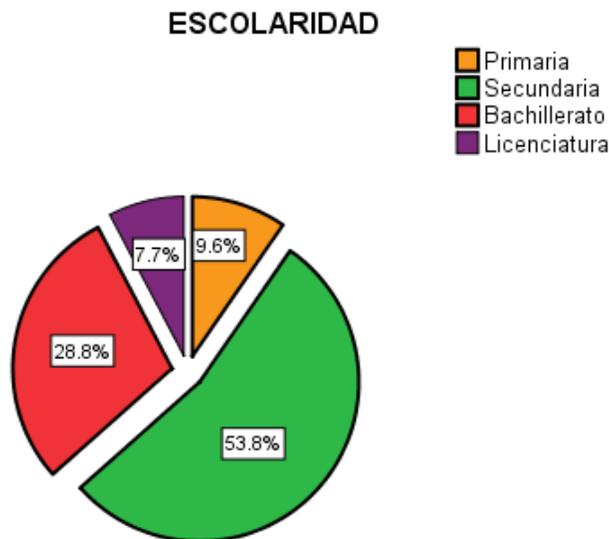
**GRÁFICA 2**



## ESCOLARIDAD

La escolaridad se fue dividida en: primaria, secundaria, bachillerato y licenciatura; encontrándose que el 9.6% (5 pacientes) de los pacientes concluyeron primaria, 53.8% (28 pacientes) secundaria, 28.8 % (15 pacientes) bachillerato y sólo el 7.7% (4 pacientes) lograron concluir una licenciatura.

**GRÁFICA 3. Distribución por escolaridad de pacientes con esquizofrenia con y sin síndrome metabólico.**



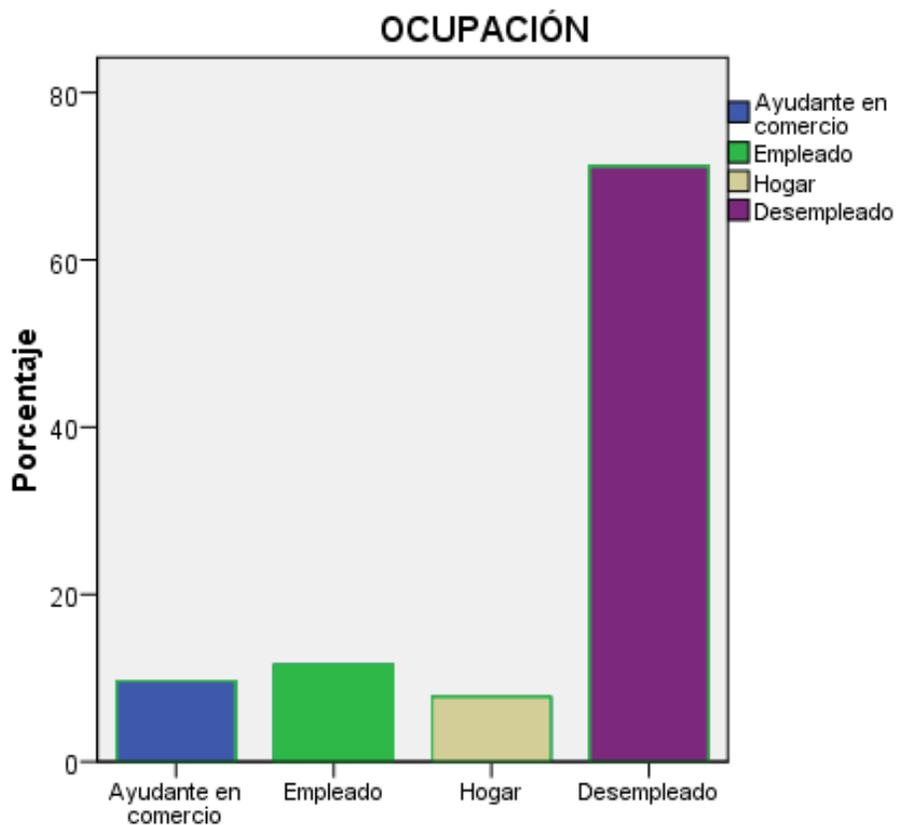
## OCUPACIÓN

De los 52 pacientes que participaron, se reporta que el 9.6% son ayudantes en algún comercio, 11.5% tienen un empleo, 7.7% se dedican a actividades propias del hogar y un 71.2% son desempleados.

**TABLA 7. Ocupación en pacientes con esquizofrenia paranoide con y sin síndrome metabólico.**

OCUPACIÓN				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ayudante en comercio	5	9.6	9.6	9.6
Empleado	6	11.5	11.5	21.2
Hogar	4	7.7	7.7	28.8
Desempleado	37	71.2	71.2	100.0
Total	52	100.0	100.0	

**GRÁFICA 4. Ocupación en pacientes con esquizofrenia paranoide con y sin síndrome metabólico.**

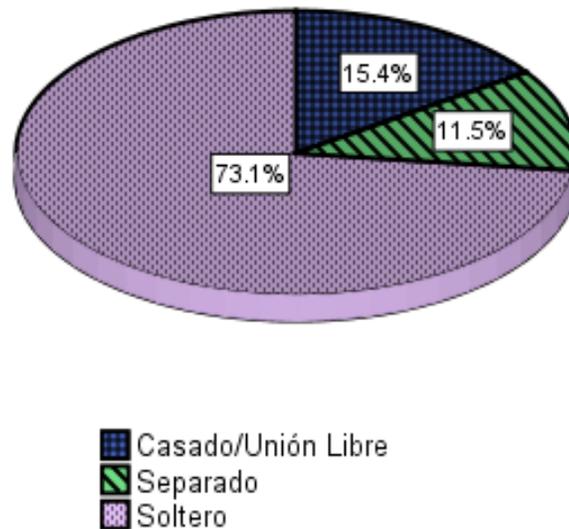


## ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil, el 15.4% de los pacientes se encuentra casado o en unión libre, un 11.5% separado y el 73.1 % de los pacientes, son solteros.

**GRÁFICA 5. Estado civil en pacientes con esquizofrenia paranoide con y sin síndrome metabólico.**

## ESTADO CIVIL



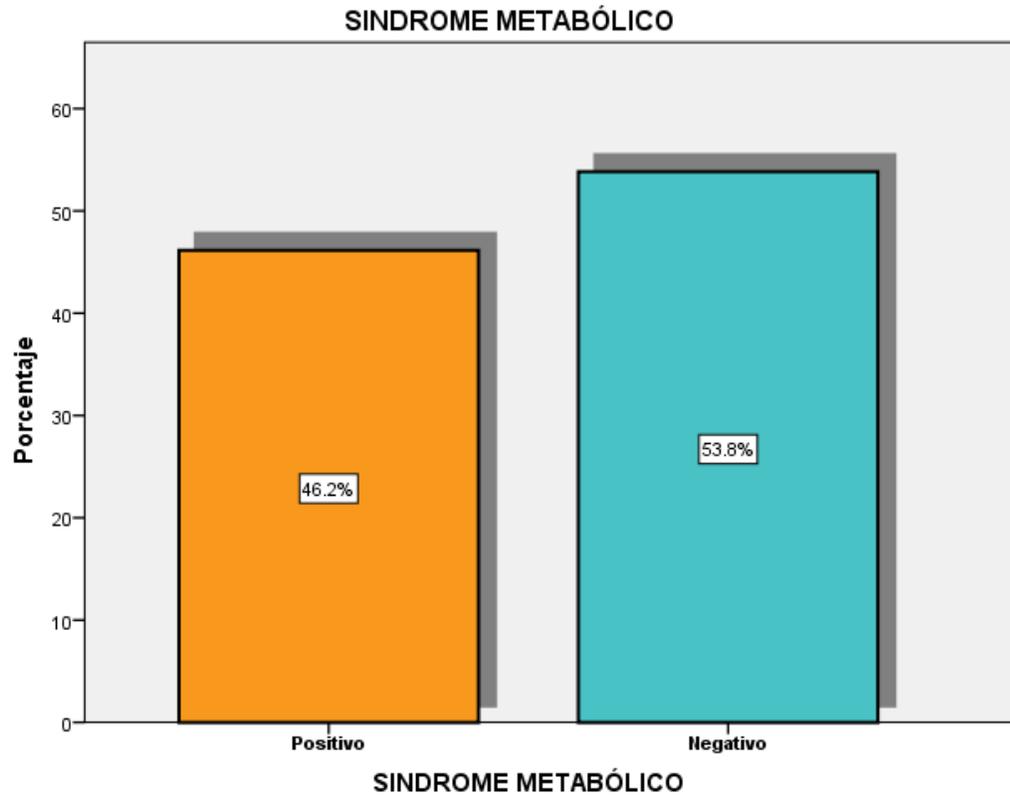
## PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE MÁS SÍNDROME METABÓLICO

La muestra consta de 52 pacientes, de los cuales un 46.2% (24 pacientes) cumplieron con criterios diagnósticos para síndrome metabólico (SM) y un 53.8% (28 pacientes) no cumplió con criterios para SM.

**TABLA 8. Prevalencia de Síndrome Metabólico en pacientes con diagnóstico de síndrome metabólico**

SÍNDROME METABÓLICO			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Positivo	24	46.2	46.2
Negativo	28	53.8	53.8
Total	52	100.0	100.0

**GRÁFICO 6. Prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con esquizofrenia paranoide.**

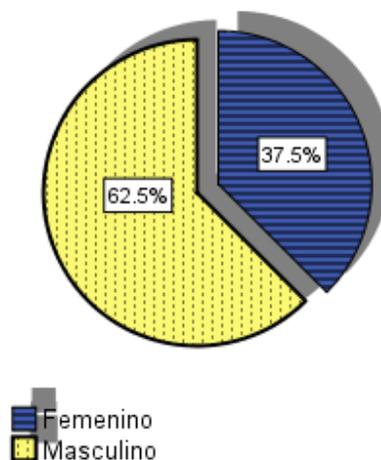


## PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO: SEXO

En relación con los pacientes que cumplieron criterios para síndrome metabólico (24 pacientes), el 37.5% son mujeres (9 pacientes) y el 62.5% hombres (15 pacientes).

**GRÁFICO 7.**  
Distribución por sexo de pacientes con esquizofrenia paranoide con diagnóstico de síndrome metabólico.

**SEXO**  
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA MÁS SÍNDROME METABÓLICO

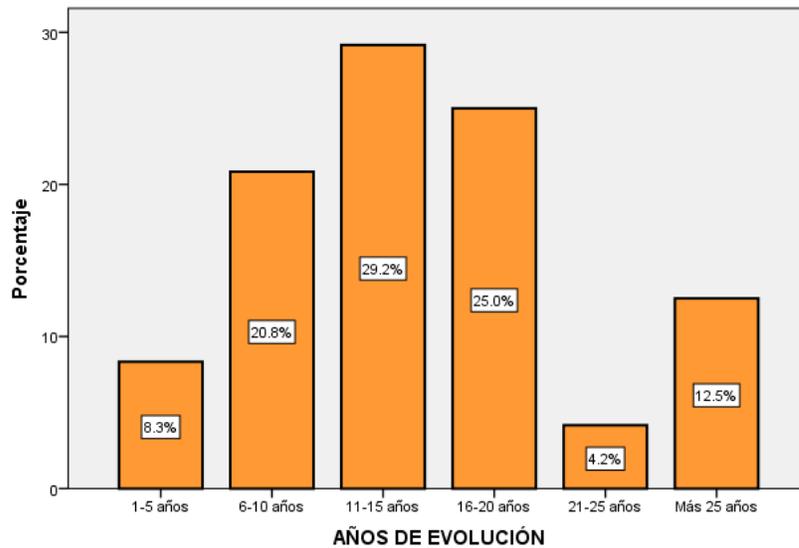


## AÑOS DE EVOLUCIÓN

Los pacientes con Síndrome Metabólico, reportaron los siguientes años de evolución con esquizofrenia paranoide: el 8.3% con una evolución de 1 a 5 años, 20.8% de 6 a 10 años, 29.2% de 11 a 15 años, el 25% de 16 a 20 años, el 4.2% de 21 a 25 años y el 12.5% con más de 25 años de evolución.

### AÑOS DE EVOLUCIÓN DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO

GRÁFICO 8.



### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA SÍNDROME METABÓLICO

De los 24 pacientes (46.2%) que cumplieron criterios para síndrome metabólico, el 95.8% tuvieron, en el caso del sexo masculino, una circunferencia abdominal > 102 cm y en el caso de las mujeres una circunferencia > 90 cm. El 12.5% de los pacientes, reportaron una TA mayor o igual a 130/80, o bien, eran hipertensos.

Un 62.5% de los pacientes, presentaron niveles de triglicéridos > 150 mg/dl; el 66.7% presentaron niveles de glucosa > 100 mg/dl o bien se conocían con Diabetes Mellitus 2 y en un 95.8% de los pacientes se encontraron niveles de colesterol HDL < a los esperados, según el sexo.

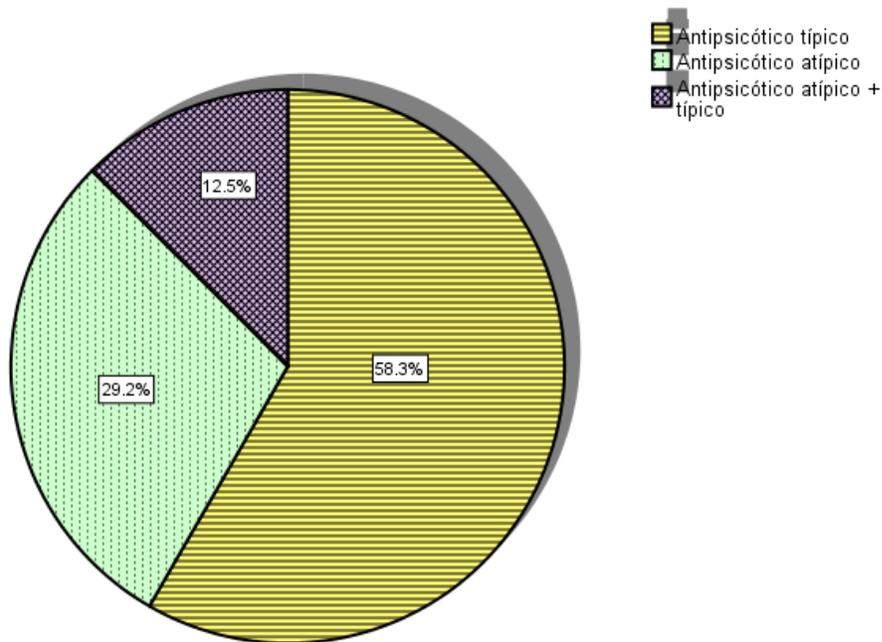
**TABLA 8. PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE MÁS SÍNDROME METABÓLICO: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

<b>Circunferencia Abdominal</b>	<b>TA <math>\geq</math> 130/80 ó Hipertensión</b>	<b>Triglicéridos <math>\geq</math> 150mg/dl</b>	<b>Glucosa <math>\geq</math> 100mg/dl ó DM2</b>	<b>Colesterol HDL &lt; 40 en mujeres &lt; 50 en hombres</b>
<b>95.8% (23 pacientes)</b>	12.5% (3 pacientes)	62.5% (15 pacientes)	66.7% (16 pacientes)	95.8% (23 pacientes)

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Se reporta que entre los pacientes con SM un 58.3% eran manejados con antipsicóticos típicos, un 29.2% con antipsicóticos atípicos y un 12.5% contaban con manejo farmacológico combinado con antipsicótico típico + atípico.

**TRATAMIENTO EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO**



**GRÁFICA 9**

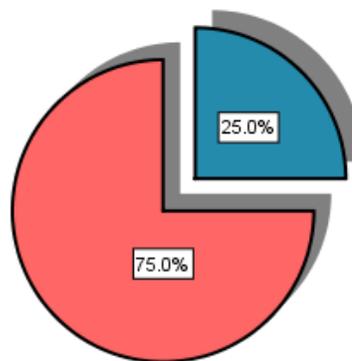
## PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE SIN SÍNDROME METABÓLICO

Se reportaron 28 pacientes que no cumplieron criterios para síndrome metabólico, de los cuáles un 25% (7 pacientes) son mujeres y un 75% (21 pacientes) son masculinos.

**GRÁFICO 10. Distribución por sexo en paciente con esquizofrenia paranoide sin síndrome metabólico.**

PACIENTES SIN SÍNDROME METABÓLICO

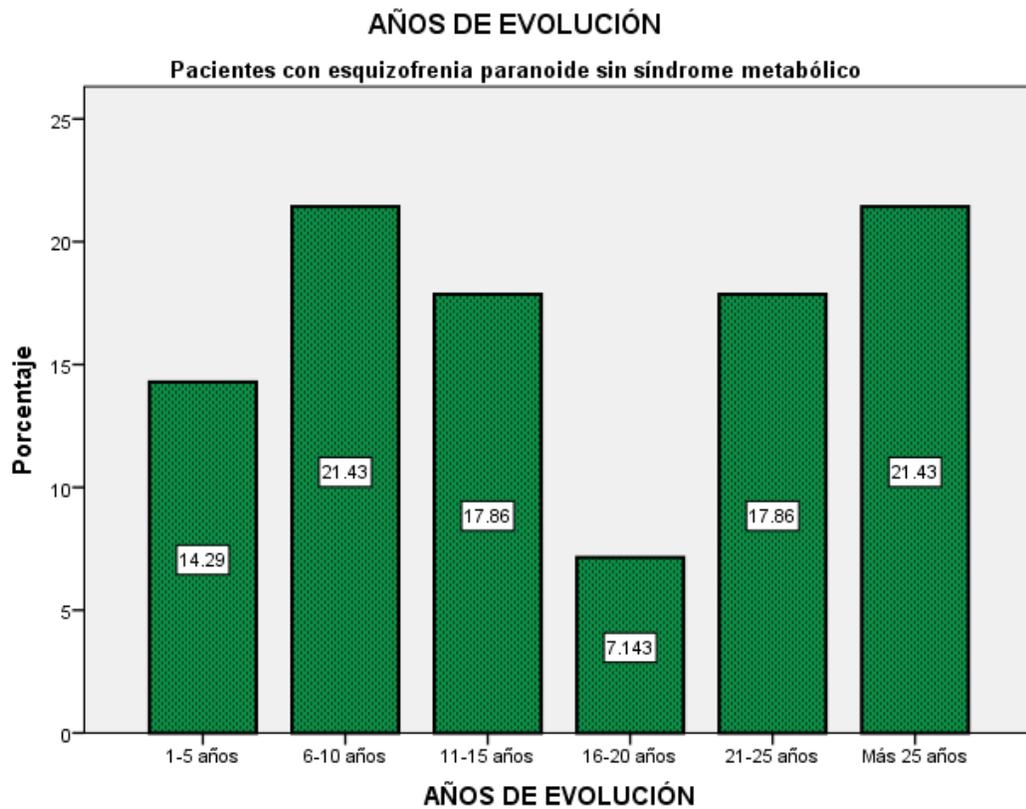
Femenino  
Masculino



## AÑOS DE EVOLUCIÓN

De los 28 pacientes con esquizofrenia paranoide, sin síndrome metabólico, el 14.3% llevaban de 1- 5 años de evolución, 21.4% de 6-10 años, 17.9% de 11-15 años, el 7.1% 16-20 años, el 17.9% de 21- 25 años y el 21.4% más de 25 años.

**GRÁFICO 11.**



### **CRITERIOS DE SÍNDROME METABÓLICO**

Los pacientes con esquizofrenia paranoide, cuentan factores de riesgo metabólico sin lograr cumplir con todos los criterios para un síndrome como tal; es decir, de los 28 pacientes reportados, un 28.6% cumplían con el criterio de circunferencia abdominal, el 3.6% eran hipertensos o bien presentaban una TA  $\geq$  130/80, el 10.7% se reportaron con triglicéridos  $\geq$  150 mg/dl, el 3.6% eran diabéticos o con una glucosa  $\geq$  100mg/dl y el 14.3% presentaba niveles bajos de colesterol HDL.

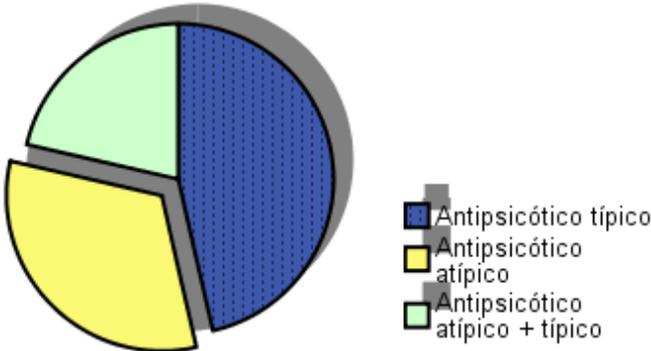
<b>TABLA 9. PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE SIN SÍNDROME METABÓLICO</b>				
<b>Circunferencia Abdominal</b>	<b>TA <math>\geq</math> 130/80 ó Hipertensión</b>	<b>Triglicéridos <math>\geq</math> 150mg/dl</b>	<b>Glucosa <math>\geq</math> 100mg/dl ó DM2</b>	<b>Colesterol HDL &lt; 40 en mujeres &lt; 50 en hombres</b>
<b>28.6%</b>	3.6%	10.7%	3.6%	14.3%

**TRATAMIENTO**

Con respecto al tratamiento que reciben, un 46.4% era manejado con antipsicóticos típicos, 32.1% con antipsicóticos atípicos y un 21.4% reciben manejo combinado de ambos grupos de fármacos.

**GRÁFICA 12**

**TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO**  
**Pacientes con esquizofrenia paranoide sin síndrome metabólico**



**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS CON SÍNDROME  
METABÓLICO Y SIN SÍNDROME METABÓLICO.**

**TABLA 10. Estadísticos descriptivos**

<b>SINDROME METABÓLICO</b>		<b>N</b>	<b>Rango</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<b>Positivo</b>	FUNCIÓN FÍSICA	24	65.00	35.00	100.00	83.9583	14.81620
	ROL FÍSICO	24	100.00	.00	100.00	66.6667	31.85110
	DOLOR	24	88.00	12.00	100.00	75.6667	25.54904
	SALUD GENERAL	24	57.00	20.00	77.00	47.7500	13.72161
	VITALIDAD	24	80.00	10.00	90.00	44.7917	19.91717
	FUNCIÓN SOCIAL	24	75.00	25.00	100.00	55.3333	19.44371
	ROL EMOCIONAL	24	100.00	.00	100.00	68.0833	36.14093
	SALUD MENTAL	24	80.00	16.00	96.00	51.4583	18.72218
	ESTADO DE SALUD FÍSICA	24	35.00	29.00	64.00	48.8750	7.35623
	ESTADO DE SALUD MENTAL	24	40.00	19.00	59.00	37.7083	10.51491
	<b>N válido (según lista)</b>	<b>24</b>					
<b>Negativo</b>	FUNCIÓN FÍSICA	28	45.00	55.00	100.00	88.1786	14.85499
	ROL FÍSICO	28	100.00	.00	100.00	71.4286	35.81995
	DOLOR	28	78.00	22.00	100.00	63.9643	25.06951
	SALUD GENERAL	28	85.00	15.00	100.00	50.9643	18.39179
	VITALIDAD	28	75.00	20.00	95.00	50.1786	18.43317
	FUNCIÓN SOCIAL	28	75.00	25.00	100.00	56.8571	18.77491
	ROL EMOCIONAL	28	100.00	.00	100.00	64.3571	39.49610
	SALUD MENTAL	28	72.00	20.00	92.00	52.2857	16.75721
	ESTADO DE SALUD FÍSICA	28	31.00	31.00	62.00	49.0357	8.47428
	ESTADO DE SALUD MENTAL	28	37.00	23.00	60.00	37.7857	8.40351
	<b>N válido (según lista)</b>	<b>28</b>					

En los pacientes con esquizofrenia paranoide más síndrome metabólico, se tiene un reporte mínimo de cero en los dominios de rol físico y rol emocional; así como un puntaje máximo de 100 en los dominios de función física, rol física, dolor, función social y rol emocional. En el caso de los pacientes que cursan sólo esquizofrenia paranoide sin síndrome metabólico, se tiene una mínima de cero en el dominio en el rol físico y rol emocional y un puntaje de 100 en función física, rol físico, dolor, salud general, función social y rol emocional.

### **Reporte de PANSS en los grupos de estudio**

En los pacientes con esquizofrenia paranoide más síndrome metabólico, se reporta en la escala de PANSS en el dominio de *síntomas positivos* un puntaje mínimo de 7, máximo de 19 y una media de 12.42; con respecto a *síntomas negativos*, un mínimo de 7, máximo de 24 y una media de 17.42 y en *psicopatología general* un mínimo de 18, un máximo de 39 y una media de 28. En comparación con los pacientes que sólo cursan con esquizofrenia paranoide, se tiene reporte en el dominio de *síntomas positivos* un puntaje mínimo de 8, un máximo de 21 y una media de 13.14; en *síntomas negativos* un mínimo de 7, un máximo de 22 y una media de 15.21 y en *psicopatología general* un puntaje mínimo de 18, un máximo de 42 y una media de 27.79.

**TABLA 11. Reporte Estadísticos descriptivos PANSS**

<b>SINDROME METABÓLICO</b>		<b>N</b>	<b>Rango</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<b>Positivo</b>	SÍNTOMAS POSITIVOS	24	12	7	19	12.42	3.106
	SÍNTOMAS NEGATIVOS	24	17	7	24	17.42	4.596
	PSICOPATOLOGÍA GENERAL	24	21	18	39	28.00	5.324
	<b>N válido (según lista)</b>	<b>24</b>					
<b>Negativo</b>	SÍNTOMAS POSITIVOS	28	13	8	21	13.14	4.007
	SÍNTOMAS NEGATIVOS	28	15	7	22	15.21	3.985
	PSICOPATOLOGÍA GENERAL	28	24	18	42	27.79	5.698
	<b>N válido (según lista)</b>	<b>28</b>					

**TABLA 12. PRUEBAS NO PARAMÉTRICAS. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA CON Y SIN SÍNDROME METABÓLICO**

**Resumen de prueba de hipótesis**

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de FUNCIÓN FÍSICA es la misma entre las categorías de SÍNDROME METABÓLICO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.107	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de ROL FÍSICO es la misma entre las categorías de SÍNDROME METABÓLICO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.507	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de DOLOR es la misma entre las categorías de SÍNDROME METABÓLICO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.074	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de SALUD GENERAL es la misma entre las categorías de SÍNDROME METABÓLICO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.289	Retener la hipótesis nula.
5	La distribución de VITALIDAD es la misma entre las categorías de SÍNDROME METABÓLICO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.264	Retener la hipótesis nula.
6	La distribución de FUNCIÓN SOCIAL es la misma entre las categorías de SÍNDROME METABÓLICO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.598	Retener la hipótesis nula.
7	La distribución de ROL EMOCIONAL es la misma entre las categorías de SÍNDROME METABÓLICO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.770	Retener la hipótesis nula.
8	La distribución de SALUD MENTAL es la misma entre las categorías de SÍNDROME METABÓLICO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.796	Retener la hipótesis nula.
9	La distribución de ESTADO DE SALUD FÍSICA es la misma entre las categorías de SÍNDROME METABÓLICO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.600	Retener la hipótesis nula.
10	La distribución de ESTADO DE SALUD MENTAL es la misma entre las categorías de SÍNDROME METABÓLICO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.876	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .05.

**Resumen de prueba de hipótesis**

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
11	La distribución de SÍNTOMAS POSITIVOS es la misma entre las categorías de SÍNDROME METABÓLICO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.678	Retener la hipótesis nula.
12	La distribución de SÍNTOMAS NEGATIVOS es la misma entre las categorías de SÍNDROME METABÓLICO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.038	Rechazar la hipótesis nula.
13	La distribución de PSICOPATOLOGÍA GENERAL es la misma entre las categorías de SÍNDROME METABÓLICO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.720	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .05.

**COMPARACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON  
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE CON Y SIN SÍNDROME METABÓLICO,  
MEDIANTE LA PRUEBA ESTADÍSTICA DE TSTUDENT.**

Se obtienen los resultados comparando los grupos con síndrome metabólico y sin síndrome metabólico en cada uno de los dominios del cuestionario SF-26 y con la escala de valoración sintomática de esquizofrenia: PANSS; ambas con un intervalo de confianza para la diferencia de 95%. Los resultados obtenidos en cada rubro, considerando principalmente el resultado en *significancia*, *t* y *gradientes de libertad*, indican que los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos en ninguno de los dominios de la evaluación de calidad de vida.

**TABLA 13. ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, SINDROME METABÓLICO, CALIDAD DE VIDA T DE STUDENT.**

		Prueba de muestras independientes									
		igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
									Inferior	Superior	
FUNCIÓN FÍSICA	Se han asumido varianzas iguales	.022	.883	-1.023	50	.311	-4.22024	4.12732	-12.51020	4.06972	
	No se han asumido varianzas iguales			-1.023	48.830	.311	-4.22024	4.12647	-12.51342	4.07295	
ROL FÍSICO	Se han asumido varianzas iguales	.931	.339	-.503	50	.617	-4.76190	9.47233	-23.78764	14.26383	
	No se han asumido varianzas iguales			-.507	49.921	.614	-4.76190	9.38586	-23.61470	14.09089	
DOLOR	Se han asumido varianzas iguales	.019	.891	1.663	50	.102	11.70238	7.03537	-2.42857	25.83333	
	No se han asumido varianzas iguales			1.661	48.493	.103	11.70238	7.04583	-2.46050	25.86526	
SALUD GENERAL	Se han asumido varianzas iguales	.762	.387	-.704	50	.485	-3.21429	4.56468	-12.38272	5.95415	
	No se han asumido varianzas iguales			-.720	49.131	.475	-3.21429	4.46383	-12.18408	5.75550	
VITALIDAD	Se han asumido varianzas iguales	.680	.414	-1.012	50	.316	-5.38690	5.32151	-16.07547	5.30166	
	No se han asumido varianzas iguales			-1.006	47.404	.319	-5.38690	5.35387	-16.15509	5.38128	
FUNCIÓN SOCIAL	Se han asumido varianzas iguales	.000	.998	-.287	50	.775	-1.52381	5.30909	-12.18743	9.13981	
	No se han asumido varianzas iguales			-.286	48.218	.776	-1.52381	5.32368	-12.22654	9.17892	
ROL EMOCIONAL	Se han asumido varianzas iguales	.223	.639	.353	50	.726	3.72619	10.56771	-17.49969	24.95207	
	No se han asumido varianzas iguales			.355	49.766	.724	3.72619	10.49456	-17.35521	24.80759	
SALUD MENTAL	Se han asumido varianzas iguales	.318	.575	-.168	50	.867	-.82738	4.92041	-10.71032	9.05556	
	No se han asumido varianzas iguales			-.167	46.681	.868	-.82738	4.96324	-10.81392	9.15916	
ESTADO DE SALUD FÍSICA	Se han asumido varianzas iguales	1.244	.270	-.072	50	.943	-.16071	2.21968	-4.61907	4.29765	
	No se han asumido varianzas iguales			-.073	49.988	.942	-.16071	2.19534	-4.57021	4.24879	
ESTADO DE SALUD MENTAL	Se han asumido varianzas iguales	3.233	.078	-.029	50	.977	-.07738	2.62419	-5.34823	5.19347	
	No se han asumido varianzas iguales			-.029	43.875	.977	-.07738	2.67000	-5.45885	5.30409	

**TABLA 14. COMPARACIÓN DE LA ESCALA PANSS EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO Y SIN SÍNDROME METABÓLICO.**

		Prueba de muestras independientes								
		igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
SÍNTOMAS POSITIVOS	Se han asumido varianzas iguales	3.560	.065	-.721	50	.474	-.726	1.007	-2.749	1.296
	No se han asumido varianzas iguales			-.735	49.542	.466	-.726	.988	-2.710	1.258
SÍNTOMAS NEGATIVOS	Se han asumido varianzas iguales	.241	.625	1.851	50	.070	2.202	1.190	-.187	4.592
	No se han asumido varianzas iguales			1.831	45.940	.074	2.202	1.203	-.219	4.624
PSICOPATOLÓGIA GENERAL	Se han asumido varianzas iguales	.045	.833	-.139	50	.890	.214	1.538	-2.875	3.304
	No se han asumido varianzas iguales			-.140	49.603	.889	.214	1.530	-2.859	3.288

## **DISCUSIÓN**

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales más graves a nivel mundial, como ya se ha mencionado, ha sido reportada por la Organización Mundial de la Salud dentro de las primeras 10 causas de discapacidad, de ahí la importancia de su estudio.

Es un padecimiento de gran impacto, generador de alteraciones afectivas, cognitivas, conductuales y de la sensopercepción; su evolución es crónica, degenerativa y con múltiples exacerbaciones de la sintomatología psicótica, generando mayor deterioro de los pacientes, de sus cuidadores y causante de elevados gastos económicos en el ámbito sanitario.

El tratamiento se encuentra dirigido al control sintomático; aunque es de relevancia mencionar que las metas con respecto al mismo han ido evolucionando al cabo de los años, siendo quizá la desinstitucionalización de los pacientes y la aparición de los antipsicóticos de segunda generación los factores que mayor influencia han tenido para modificar el abordaje del paciente, intentando que éste no sólo sea dirigido al tratamiento farmacológico, es decir, actualmente se busca no solo un mejor control sintomatológico, se busca evitar o mitigar el deterioro cognitivo de los pacientes, crear conciencia de enfermedad, favorecer la adherencia terapéutica y principalmente la reinserción social, familiar y laboral, mediante la recuperación ó iniciación de una funcionalidad global; situación que finalmente beneficiaría no solo al paciente y su familia, estaría beneficiando a toda una sociedad.

Ahora bien, con respecto a las características socio demográficas de la esquizofrenia, los resultados obtenidos en este estudio son muy similares a los reportados en la Literatura. Como ya ha es conocido, la esquizofrenia paranoide se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres, esto se ve reflejado en este estudio, ya que del total de la muestra obtenida (52 pacientes), un 69.2% corresponden al sexo masculino. Los resultados obtenidos con respecto a la escolaridad, ocupación y estado civil de los pacientes coincide con el reporte de otros estudios, es decir, la escolaridad de los pacientes con esquizofrenia es baja, reportándose un 56.8% de pacientes que lograron concluir sólo hasta el nivel secundaria, haciendo evidente que este padecimiento suele aparecer en edades tempranas y cruciales de los individuos, limitando, entre muchos otros aspectos su desarrollo académico.

Con respecto a la ocupación, se deja evidente, que las características propias del padecimiento y su evolución clínica impiden a los pacientes su reinserción tanto en el aspecto social como laboral, ya que se reporta que hasta un 71.2% de los pacientes se encuentran desempleados, cifra significativamente elevada. Asimismo, un 73.1% de los pacientes en este estudio son solteros, lo que podría hacernos notar que probablemente estos resultados sean secundario a la presencia de síntomas como el aislamiento, abulia, el aplanamiento afectivo o bien la sintomatología positiva del padecimiento, factores que dificultan el establecer relaciones interpersonales.

Una de las problemáticas que surgen con respecto al abordaje de la esquizofrenia es la alta prevalencia de padecimientos comórbidos, tanto psiquiátricos como de otra índole médica. Desde éste último punto de vista, los que han generado mayor interés de estudio son todos aquellos factores de riesgo que dan lugar al denominado síndrome metabólico.

Para establecer el diagnóstico de este padecimiento existen múltiples clasificaciones, las cuáles han surgido con el fin de unificar conceptos y permitir un consenso para mejorar estrategias de abordaje; no obstante, esto aún ha sido difícil de conseguir; sin embargo no importando los criterios utilizados para su detección, todos ellos parten un factor fisiopatológico en común: la resistencia a la insulina y su consecuente alteración en el metabolismo de carbohidratos y lípidos.

Dentro del campo de la investigación, una de las clasificaciones de más uso para diagnósticas el síndrome metabólico es la ATP- III siendo una de sus características la determinación de obesidad central mediante la medición de la circunferencia abdominal.

El interés de detectar el síndrome metabólico en los pacientes con esquizofrenia, surge a partir de considerarlos una población vulnerable, con un mayor riesgo de cursar con alteraciones en el metabolismo, considerándose que estas pueden ser parte de algún mecanismo fisiopatológico desconocido propio de la enfermedad, o bien, secundario a factores externos como: la presencia de estilos de vida poco saludables, sedentarismo, pobre o nula actividad física, malos hábitos en la

alimentación, nivel socioeconómico bajo, consumo alcohol, tabaco u otras sustancias; entre otros.

El síndrome metabólico ya es considerado como un problema de salud a nivel mundial que genera elevados costos sanitarios, además de incrementar, de manera significativa, la morbimortalidad de la población, es causante de padecimientos cardiovasculares, diabetes mellitus y enfermedades cerebrovasculares. Si consideramos que los pacientes con esquizofrenia, son una población susceptible, debemos considerar que la presencia del riesgo metabólico mermará, en mayor o menor medida el estado de salud de los pacientes; disminuirá, aún más, los años de vida saludables y la esperanza de vida

El reporte que se tiene de la prevalencia de síndrome metabólico en nuestra muestra de estudio 46.2 % suele ser cercana a los resultados que se reportan en la bibliografía, por ejemplo Bell, 2009; reporta un 40% de síndrome metabólico en pacientes esquizofrénicos de origen europeo y un 50% en pacientes estadounidenses. Con respecto al sexo, en este estudio se reporta un predominio de síndrome metabólico en hombres, resultado que tiene una diferencia en los estudios de Kato et al, CATIE y Huang et al; en el que existe una asociación entre el síndrome metabólico y género, en donde las mujeres mostraron una mayor prevalencia.

Ahora bien, de los factores de riesgo metabólicos más frecuente encontrados tanto en pacientes esquizofrénicos con síndrome metabólico y sin síndrome metabólico;

los niveles bajos de colesterol HDL, fue el más prevalente entre los pacientes, situación que es de llamar la atención, ya que no hay reporte en ninguno de los estudios revisados acerca del predominio de este factor metabólico. Seguido de esto, la circunferencia abdominal, los niveles elevados de glucosa así como triglicéridos siguen en prevalencia, situación que es similar en otros estudios, como el realizado en Corea, en el 2013.

You-yung ko 2013, reporta que los marcadores para síndrome metabólico encontrados en su estudio, la hipertensión arterial y los niveles elevados de triglicéridos eran significativamente elevados, sin embargo reportó una baja prevalencia de obesidad central, hiperglucemia y HDL. Esto es de importancia, debido a que la obesidad determinada mediante la medición de la circunferencia abdominal, así como la dislipidemia; son los principales factores de riesgo metabólico que se relación con diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares así como muerte prematura, conocimiento que nos permitiría diseñar estrategias preventivas para disminuir el riesgo en nuestros paciente.

Con respecto al tratamiento, no hay diferencia significativa entre nuestro grupo de estudio, ya que en ambos grupos la mayoría del los pacientes eran manejados con antipsicóticos típicos, haciendo mención que en su mayoría son antipsicóticos de depósito ya que la población que es tratada en el Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT), suelen ser pacientes de difícil manejo, de larga evolución y pobre apego a tratamiento. Esta situación nos genera cierta incertidumbre con respecto a la influencia que pueden tener los antipsicóticos de segunda generación en la aparición del riesgo metabólico, ya que se obtuvo como resultado

que sólo un 29.2% de los pacientes que cumplieron con criterios diagnósticos eran manejados con antipsicóticos atípicos y un 12.5 % recibían manejo combinado de antipsicóticos. Esto probablemente puede explicarse a partir del tipo de antipsicóticos de segunda generación que son utilizados en la CAT, es decir, el fármaco atípico de mayor uso en este servicio es la risperidona, seguido de olanzapina y en una menor proporción clozapina. Si tomamos en cuenta lo reportado en la literatura, es decir, si consideramos que el riesgo metabólico de los antipsicóticos atípicos está propiciado principalmente por ciertos fármacos como la clozapina, seguido de olanzapina, quetiapina y finalmente risperidona; y lo comparamos con la muestra de estudio, podemos identificar que la mayoría de los pacientes tienen indicado un fármaco con bajo riesgo de generar alteraciones metabólicas, situación que nos haría entender el porqué no se detectó un mayor riesgo de síndrome metabólico en los pacientes que son manejados con antipsicóticos de segunda generación.

Como ya se ha mencionado, las metas en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia paranoide se han ido modificando. Cuando aparecen los antipsicóticos atípicos, surge un concepto de gran importancia: “*calidad de vida*”, que en ese momento fue utilizado como estrategia de mercadotecnia para dar a conocer la eficacia de estos fármacos; no obstante, ha sido de gran impacto en el campo de la medicina y quizá ha causado un especial interés entre las enfermedades mentales.

Es un término que ha sido difícil de conceptualizar, a partir de esto surgen múltiples definiciones, todas ellas válidas e interesantes que tienen el objetivo de unificar este relevante y significativo conjunto de palabras; sin embargo, lo complicado no sólo se limita a lo ya mencionado, también ha generado dificultades con respecto a crear instrumentos para poder medirla y pasar de lo subjetivo a algo objetivo; situación que ha sido complicado de resolver.

Con respecto a los pacientes con esquizofrenia, la medición de *calidad de vida* ha sido un tema de discusión ya que se tiene reporte de que por las características psicopatológicas del padecimiento, los resultados obtenidos serían poco confiables; no obstante existen reportes de estudios en los que se da a conocer que los pacientes esquizofrénicos son capaces de dar una respuesta confiable con respecto a la calidad de vida.

El objetivo principal de este estudio era determinar si el síndrome metabólico ejercía un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia paranoide. No obstante, la hipótesis establecida en este estudio no resultó la esperada, ya que mediante la prueba estadística de T de Student, que nos da a conocer si existen diferencias entre una muestra y otra, no se hizo presente una diferencia estadística significativa entre nuestros grupos de estudio; es decir; la calidad de vida en los pacientes con esquizofrenia paranoide no se ve modificada ó alterada por la presencia de síndrome metabólico; situación que difiere con algunos estudios, como el de Foldemon 2014, llevado a cabo en España, en el que da a conocer que los factores causantes del síndrome metabólico suelen exacerbar la sintomatología psicótica, tanto positiva como

negativa, así como las alteraciones afectivas y conductuales de los pacientes, situación que propicia una menor calidad de vida. En el estudio de Park et al, da a conocer una relación entre síndrome metabólico, calidad de vida y género; es decir, las mujeres con más criterios para síndrome metabólico presentaron una peor calidad de vida autopercebida. El estudio CATIE reporta con respecto a la evaluación de calidad de vida, que sólo el rol físico de los pacientes con esquizofrenia y síndrome metabólico es significativamente importante, sin embargo no se reporta lo mismo en otros dominios valorados.

Por el contrario, los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con los resultados obtenidos por Medeiros et al., 2013 en los que reporta que no se tuvo evidencia de una correlación entre la presencia de síndrome metabólico y una peor calidad de vida entre los pacientes esquizofrénicos y propone que se realice un instrumento dirigido a esta población en estudio, que permita una mejor evaluación de calidad de vida.

Aunque los resultados no sean estadísticamente significativos, es importante no dejar de lado, que los pacientes esquizofrénicos están cursando con factores de riesgo que pueden generar cambios trascendentales, es decir, cuentan con factores de riesgo metabólico, la mayoría de ellos modificables mediante la realización de estrategias terapéuticas que permitieran modificar el sedentarismo, propiciar la realización de actividad física, modificar hábitos de la alimentación además de fomentar la adherencia terapéutica no solo desde el punto de vista psiquiátrico.

Algunas limitaciones en el estudio es el hecho de no considerar otros aspectos que podrían estar alterando los resultados, como lo son: insight, adherencia terapéutica, deterioro cognitivo, cronicidad del padecimiento, tratamiento coadyuvante como lo son el uso de anticomociales, benzodiazepinas, colinérgicos u otros fármacos. Quizá podría ser de mayor utilidad la aplicación de otro instrumento que nos permitiera una evaluación más objetiva ó que incluya otros dominios de importancia de la vida cotidiana como la sexualidad.

Probablemente el estudio también podría verse beneficiado si la muestra en estudio estuviese limitada a un grupo de edad específica, a determinados años de evolución del padecimiento, con el uso de determinados fármacos; es decir con características más específicas que permitieran obtener una muestra más uniforme.

Finalmente, considero que los pacientes psiquiátricos, más aún los pacientes con esquizofrenia, aún son vulnerables al estigma social, aún tienen que enfrentarse a múltiples limitaciones, quizá una de ellas sea el acceso a los servicios de salud. Los pacientes acuden a su atención psiquiátrica, sin embargo no debemos olvidar que ante nosotros no sólo tenemos un enfermo mental, tenemos un individuos susceptible a otros padecimiento médicos y que quizá su atención en salud esté limitada a acudir exclusivamente a una unidad psiquiátrica, es por ello que nos corresponde no sólo el actuar como psiquiatras, nos corresponde ser su médico en todos los sentidos de la palabra y por lo tanto indicar todas aquellas medidas farmacológicas y no farmacológicas que requiera el paciente.

Haciendo énfasis en el síndrome metabólico, considero que se debería comenzar a diseñar un programa multidisciplinario que incluya especialidades como medicina interna, rehabilitación, psiquiatría; psicólogos y nutriólogos; con el fin de abordar todos aquellos factores de riesgo metabólico que pueden prevenirse o bien que pueden ser modificados; con ello el paciente mejoraría su estado social, mental, de salud y sin duda alguna podría mejorar su calidad de vida.

## **CONCLUSIONES**

Sigue siendo evidente que la esquizofrenia aparece en etapas trascendentales de los individuos. En este estudio no se reporta una relación significativa entre el uso de antipsicóticos atípicos con la presencia de factores de riesgo metabólico, es decir, los pacientes en manejo con antipsicóticos de segunda generación no son los que generan mayor prevalencia de síndrome metabólico.

Asimismo, la presencia de síndrome metabólico no es un factor que genere impacto en la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia, sin embargo queda evidente que los pacientes esquizofrénicos cursan con múltiples factores de riesgo, muchos de ellos prevenibles o modificables, que de ser abordados podrían mitigar la aparición de otras comorbilidades médicas y con ello ayudaríamos a mejorar su estado de salud general y consecuentemente disminuir la morbimortalidad de los pacientes y la mejora en su calidad de vida; se estaría ejerciendo la metas del tratamiento, que en la actualidad, no está limitada sólo al control sintomático del padecimiento.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Sidlova M, Prasko J, Jelenova D, Kovacsova A. The quality of life of patients suffering from schizophrenia – a comparison whit healthy controls. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2011 jun; 155(2):173-180.
2. Vallejo R, Leal C. Tratado de psiquiatría: calidad de Vida. Editor. Ars medica: Barcelona; 2005.
3. Bleuler E. Demencia precoz, el grupo de las Esquizofrenias. Editor Lumen; segunda edición; 1993
4. Awad, G. Calidad de vida en Esquizofrenia. Conceptos y medidas para la práctica clínica. Rev Psiquiatr Urug. 2008; 72(2): 121- 129.
5. Lieberman A, Stroup T, Perkins D. Tratado de Esquizofrenia. Ars Medica: Barcelona 2009.
6. Messias E, Chuan-Yu Chen, William W. Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths. Psychiatr Clin N Am. 2007;323-338.
7. Adrianzen C, Mazzotti G, Cárdenas E. Costos y calidad de vida en esquizofrenia. Revista de Neuro-Psiquiatría. 2013; 60(5): 81- 93.
8. Paz R. Pathophysiological models of schizophrenia: from dopamine to glutamate, and glutamate to GABA. REV CHIL NEURO-PSIQUIAT. 2005; 43(4): 314-328.
9. Kaplan H, Sadick B. Tratado de psiquiatría. Masson-Salvat, 1992
10. Pineda A. Síndrome metabólico: definición, historia, criterios. Colomb Med. 2008; ene-mar 39(1).

11. Pineda C. Síndrome metabólico: definición, historia, criterios. *Colomb Med.* 2008;39:96-106.
12. Sirijit S, Suttrak P. Prevalence of metabolic syndrome and its association with depression in patients with schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;(9): 941–946
13. Kato M, Currier M, Gomez C, Hall L, Gonzalez M. Prevalence of Metabolic Syndrome in Hispanic and Non-Hispanic Patients With Schizophrenia. *J Clin Psychiatr* 2004; 6: 74-77.
14. You-Kyung K, Min-Ah S, Shi-Hyun K. The prevalence of Metabolic Syndrome in Schizophrenic Patients Using Antipsychotics. *Clin Psychopharmacol Neurosci.*2013;nov (2):80-88.
15. Muñoz P, Gallardo R. Trastornos metabólicos en pacientes esquizofrénicos tratados con Clozapina. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2004; 42( 1 ): 37-42.
16. Wysokinsk A, Kowman M, Kloszewska I. The prevalence of metabolic syndrome and framingham Cardiovascular risk scores in adult inpatients taking antipsychotics- a retrospective medical records review. *Psychiatr Danub.* 2012;24(3):314-322.
17. Rodríguez V, Castro M, Sanhueza V. Calidad de Vida en pacientes Esquizofrénicos. *Pers Bioet.* 2011; 66-76.
18. Hert M, Schreurs V, Vancampfort D, Winkel R. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry.* 2009;8:15-22.
19. Urzúa M. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile* 2010; 138: 358-365

20. Nuñez AC, Tobón S, Arias D, Hidalgo CA, Santoyo F. Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. 2010. 11-32.
21. Schwartzmann L, Calidad de vida relacionada a la salud: Aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería.2003; (2): 9-21.
22. Medeiros L, Obiols J, Navarro J, Zuñiga A. Síndrome metabólico y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con esquizofrenia. Actas Esp Psiquiatr.2013;41(1):17-26.
23. Goodman M, Smith E. Measuring Quality of Life in Schizophrenia. Psychiatry & Mental Health eJournal, 1997; 2(6).
24. Foldemo A, Wärdig R, Bachrach L, Gunnar E. Health-related quality of life and metabolic risk in patients with psychosis. Schizophr Res. 2014(1):295-299.

# ANEXOS

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

<b>NOMBRE DE LA INSTITUCION :</b> HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ	<b>SERVICIO EN EL QUE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO:</b> CLÍNICA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA
<b>FECHA:</b> <b>DIA:            MES:            AÑO:</b>	

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con número de expediente \_\_\_\_\_ y como paciente o como responsable \_\_\_\_\_ del paciente \_\_\_\_\_ autorizo la realización del procedimiento Aplicación de Escala de Calidad de Vida en pacientes Esquizofrénico. \_\_\_\_\_, teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar, siendo estos: El paciente acudirá a su cita programada al Servicio de Clínica de Adherencia Terapéutica, en donde se llevara acabo la toma de signos vitales así como peso y talla, recibirá la consulta correspondiente por su médico tratante y posterior a la misma se le solicitará que proporcione un tiempo extra para la realización de la Escala de Calidad de vida en pacientes Esquizofrénicos; la cual puede tener una duración de 30 a 50 minutos.

Al firmar este documento reconozco que los he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

**NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD:** \_\_\_\_\_

Número de teléfono: 55 48 00 12 88

## CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF-36. VERSIÓN EN ESPAÑOL

### MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:
- |             |             |         |           |        |
|-------------|-------------|---------|-----------|--------|
| 1 Excelente | 2 Muy buena | 3 Buena | 4 Regular | 5 Mala |
|-------------|-------------|---------|-----------|--------|
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
- |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| 1 Mucho mejor ahora que hace un año | 2 Algo mejor ahora que hace un año |
| 3 Más o menos igual que hace un año | 4 Algo peor ahora que hace un año  |
| 5 Mucho peor ahora que hace un año  |                                    |

### 14. ¿CÓMO SE SIENTE EN SU ACTIVIDAD DIARIA? ¿CÓMO SE SIENTE EN SU VIDA NORMAL?

13. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes repetitivos?
- |                       |                         |                         |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 Sí, me limita mucho | 2 Sí, me limita un poco | 3 No, no me limita nada |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
14. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o correr más de una hora?
- |                       |                         |                         |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 Sí, me limita mucho | 2 Sí, me limita un poco | 3 No, no me limita nada |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
15. Su salud actual, ¿le limita para ir a la compra?
- |                       |                         |                         |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 Sí, me limita mucho | 2 Sí, me limita un poco | 3 No, no me limita nada |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
16. Su salud actual, ¿le limita para subir varias veces por la escalera?
- |                       |                         |                         |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 Sí, me limita mucho | 2 Sí, me limita un poco | 3 No, no me limita nada |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
17. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
- |                       |                         |                         |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 Sí, me limita mucho | 2 Sí, me limita un poco | 3 No, no me limita nada |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
18. Su salud actual, ¿le limita para ir al trabajo o a actividades que le gustan?
- |                       |                         |                         |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 Sí, me limita mucho | 2 Sí, me limita un poco | 3 No, no me limita nada |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
19. Su salud actual, ¿le limita para salir un día de vacaciones o más?
- |                       |                         |                         |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 Sí, me limita mucho | 2 Sí, me limita un poco | 3 No, no me limita nada |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
20. Su salud actual, ¿le limita para salir varias veces por la escalera?
- |                       |                         |                         |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 Sí, me limita mucho | 2 Sí, me limita un poco | 3 No, no me limita nada |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
21. Su salud actual, ¿le limita para salir un solo piso por la escalera?
- |                       |                         |                         |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 Sí, me limita mucho | 2 Sí, me limita un poco | 3 No, no me limita nada |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
22. Su salud actual, ¿le limita para salir un solo piso por la escalera?
- |                       |                         |                         |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 Sí, me limita mucho | 2 Sí, me limita un poco | 3 No, no me limita nada |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
23. Su salud actual, ¿le limita para salir un día de vacaciones o más?
- |                       |                         |                         |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 Sí, me limita mucho | 2 Sí, me limita un poco | 3 No, no me limita nada |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
24. Su salud actual, ¿le limita para salir varias veces por la escalera?
- |                       |                         |                         |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 Sí, me limita mucho | 2 Sí, me limita un poco | 3 No, no me limita nada |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
25. Su salud actual, ¿le limita para salir un solo piso por la escalera?
- |                       |                         |                         |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 Sí, me limita mucho | 2 Sí, me limita un poco | 3 No, no me limita nada |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|

### 15. ¿CÓMO SE SIENTE EN SU ACTIVIDAD DIARIA? ¿CÓMO SE SIENTE EN SU VIDA NORMAL?

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto que reduce el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades habituales, a causa de su salud física?
- |      |      |
|------|------|
| 1 Sí | 2 No |
|------|------|
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto que reduce el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades habituales, a causa de su salud física?
- |      |      |
|------|------|
| 1 Sí | 2 No |
|------|------|
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cómo se siente en su trabajo o en sus actividades habituales (por ejemplo, lo está más de lo normal), a causa de su salud física?
- |      |      |
|------|------|
| 1 Sí | 2 No |
|------|------|
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cómo se siente al trabajar o a sus actividades habituales, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- |      |      |
|------|------|
| 1 Sí | 2 No |
|------|------|
30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cómo se siente en su familia, los amigos, los vecinos o otros personas?
- |        |           |           |            |         |
|--------|-----------|-----------|------------|---------|
| 1 Nada | 2 Un poco | 3 Regular | 4 Bastante | 5 Mucho |
|--------|-----------|-----------|------------|---------|
31. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
- |               |               |                |             |
|---------------|---------------|----------------|-------------|
| 1 No, ninguno | 2 Sí, un poco | 3 Sí, moderado | 4 Sí, mucho |
|---------------|---------------|----------------|-------------|
32. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
- |        |           |           |            |         |
|--------|-----------|-----------|------------|---------|
| 1 Nada | 2 Un poco | 3 Regular | 4 Bastante | 5 Mucho |
|--------|-----------|-----------|------------|---------|
33. Durante las 4 últimas semanas, ¿cómo se sintió lleno de vitalidad?
- |           |                |                |                 |                   |
|-----------|----------------|----------------|-----------------|-------------------|
| 1 Siempre | 2 Casi siempre | 3 Muchas veces | 4 Algunas veces | 5 Sólo alguna vez |
|-----------|----------------|----------------|-----------------|-------------------|

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?  
**1 Siempre      2 Casi siempre      3 Muchas veces      4 Algunas veces      5 Sólo alguna vez**  
**6 Nunca**
25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarlo?  
**1 Siempre      2 Casi siempre      3 Muchas veces      4 Algunas veces      5 Sólo alguna vez**  
**6 Nunca**
26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?  
**1 Siempre      2 Casi siempre      3 Muchas veces      4 Algunas veces      5 Sólo alguna vez**  
**6 Nunca**
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?  
**1 Siempre      2 Casi siempre      3 Muchas veces      4 Algunas veces      5 Sólo alguna vez**  
**6 Nunca**
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?  
**1 Siempre      2 Casi siempre      3 Muchas veces      4 Algunas veces      5 Sólo alguna vez**  
**6 Nunca**
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?  
**1 Siempre      2 Casi siempre      3 Muchas veces      4 Algunas veces      5 Sólo alguna vez**  
**6 Nunca**
30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?  
**1 Siempre      2 Casi siempre      3 Algunas veces      4 Sólo alguna vez      5 Nunca**
31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?  
**1 Siempre      2 Casi siempre      3 Algunas veces      4 Sólo alguna vez**
32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?  
**1 Siempre      2 Casi siempre      3 Algunas veces      4 Sólo alguna vez      5 Nunca**

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.  
**1 Totalmente cierta      2 Bastante cierta      3 No lo sé      4 Bastante falsa      5 Totalmente falsa**
34. Estoy tan sano como cualquiera.  
**1 Totalmente cierta      2 Bastante cierta      3 No lo sé      4 Bastante falsa      5 Totalmente falsa**
35. Creo que mi salud va a empeorar.  
**1 Totalmente cierta      2 Bastante cierta      3 No lo sé      4 Bastante falsa      5 Totalmente falsa**
36. Mi salud es excelente.  
**1 Totalmente cierta      2 Bastante cierta      3 No lo sé      4 Bastante falsa      5 Totalmente falsa**

## Escala Sindromática de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS)

	A	D	L	M	MS	S	E
<b>SINDROME POSITIVO (PANSS-P)</b>							
1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización	1	2	3	4	5	6	7
3. Comportamiento alucinatorio	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicacia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
<b>SINDROME NEGATIVO (PANSS-N)</b>							
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Dificultad en el pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Ausencia de Espont. y fluidez en la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
<b>PSICOPATOLOGÍA GENERAL (PANSS-PG)</b>							
1. Preocupaciones somáticas	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos y posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Retardo motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Inusuales contenidos del pensamiento	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de juicio e "introspección"	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

