

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia.

Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora, Guatemala, julio 2018.

TESIS DE GRADO

NILSA ANGELICA MORALES ESPINA
CARNET 12607-12

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, OCTUBRE DE 2018
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia.

Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora, Guatemala, julio 2018.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

NILSA ANGELICA MORALES ESPINA

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE MÉDICA Y CIRUJANA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, OCTUBRE DE 2018
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ

VICEDECANO: DR. DANIEL ELBIO FRADE PEGAZZANO

SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

DIRECTOR DE CARRERA: MGTR. EDGAR ENRIQUE CHÁVEZ BARILLAS

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. CESAR OCTAVIO REYES LÓPEZ

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. IRVING OSWALDO PANIAGUA SOLORZANO

MGTR. JUAN BELISARIO CABALLEROS ORDOÑEZ

LIC. RUTH MARIA GUERRERO CABALLEROS



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Medicina
Comité de Tesis

**VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION**

Guatemala, 12 de Julio del 2018

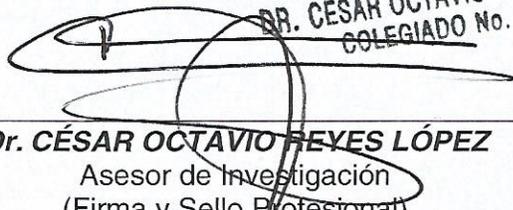
Comité de Tesis
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA** Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora, Guatemala julio 2018 del estudiante **Nilsa Angélica Morales Espina** con **carné N° 1260712**, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente,


DR. CÉSAR OCTAVIO REYES LOPEZ
COLEGIADO No. 6834

Dr. CÉSAR OCTAVIO REYES LÓPEZ
Asesor de Investigación
(Firma y Sello Profesional)



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante NILSA ANGELICA MORALES ESPINA, Carnet 12607-12 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09851-2018 de fecha 18 de octubre de 2018, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado

Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia.

Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora, Guatemala, julio 2018.

Previo a conferírsele el título de MÉDICA Y CIRUJANA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 23 días del mes de octubre del año 2018.

LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar



Agradecimientos

A Dios por todas las bendiciones que me ha dado.

A dos seres extraordinarios que me han dado un amor y apoyo que es único e incondicional, mis padres.

A mi ejemplo a seguir. Un ser magnífico, peculiar e irremplazable en mi vida, mi hermano.

A mis familiares, que siempre me han dado palabras sabías y cálidas.

A mi ángel en vida, quien ha estado a mi lado sobre todas las cosas y ha estado para mí en mis triunfos, alegrías, enojos y tristezas. Mi majestad, Blixzy.

A mi ángel de la guarda, el ángel más encantador y lleno de vida del cielo, al alma que me sigue inspirando. Mi Luna. Gracias por cambiarme la vida. Por enseñarme a valorar y disfrutar los momentos en su totalidad. Simplemente gracias.

A Rasputín, Chunky, Blanquita, Oliver, Rusty, Ladybird, Brownie, Oso, Samurái, Isabella, Ilumini, Gema, Pinta, Landa, Cookie y Valentino.

A los amigos que siempre me han brindado su cariño y apoyo. A los que genuinamente se alegran por mis triunfos. A los que han compartido experiencias inolvidables conmigo. Desde mi primera sacada de sangre o dar mis primeras maniobras hasta el último día de la carrera. A los que me enseñaron la importancia de la perseverancia. Como diría uno de ellos, "nada es imposible."

A mi asesor Dr. Cesar Octavio Reyes López, por brindarme su apoyo.

A la Universidad Rafael Landívar, catedráticos, doctores y personas que ayudaron en mi formación.

Resumen

Antecedentes: la esquizofrenia es un trastorno mental caracterizado por delirios, alucinaciones y comportamiento desorganizado; que puede afectar la calidad de vida. **Objetivo:** determinar la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia. **Diseño:** descriptivo, observacional, transversal. **Lugar:** Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora. **Materiales y Métodos:** 94 pacientes con esquizofrenia que asistieron a consulta externa del Hospital Nacional Federico Mora de enero a marzo del 2017, a quienes se les realizó el cuestionario SF-36. **Limitaciones:** Pacientes incapaces de brindar información. **Resultados:** se encontró buena calidad de vida en el componente físico (67%) y mala calidad de vida en el componente mental (91%). El 56% correspondían al sexo masculino con un promedio de edad de 41 años. Los pacientes sin pareja y que vivían solos se asociaron a mala calidad de vida (56%, 45% respectivamente). El desempleo se asocia a mala calidad de vida (40%). La falta de escolaridad se asocia a mala calidad de vida (56%). El uso de Risperidona se asocia a buena calidad de vida en ambos componentes (28%). **Conclusiones:** los pacientes con esquizofrenia tienen mejor calidad de vida en el componente físico que en el mental. El perfil de paciente con esquizofrenia estudiado es independiente del sexo, con un promedio de edad de 41 años. El desarrollo en la vida social es un determinante de buena calidad de vida en los pacientes con esquizofrenia. La Risperidona es el fármaco que más se asocia con buena calidad de vida

Palabras claves: calidad de vida, esquizofrenia

Índice

1. Introducción	1
2. Marco teórico	2
3.1 Calidad de Vida	2
3.1.1 Definición de Calidad de vida	2
3.1.2 Calidad de vida relacionada a la salud	2
3.1.3 Evaluación de calidad de vida	3
3.1.4 Cuestionario SF-36	5
3.2 Salud Mental y Calidad de Vida	6
3.3 Esquizofrenia	7
3.3.1 ¿Qué es la esquizofrenia?	7
3.3.2 Historia de la Esquizofrenia	7
3.3.3 Etiología	8
3.3.4 Manifestaciones Clínicas	9
3.3.5 Diagnóstico	10
3.3.6 Tratamiento	11
3. Objetivos	14
4. Materiales y métodos	15
4.1 Diseño del estudio: Descriptivo, Transversal, Observacional	15
4.2 Población:	15
4.3 Muestra:	15
4.4 Criterios de exclusión:	15
4.5 Variables:	15
4.6 Técnicas e Instrumentos:	17
4.7 Procedimiento:	17
4.8 Análisis de datos:	18
4.9 Alcances y límites:	18
4.10 Aspectos Éticos:	18
5. Resultados	19
6. Discusión de resultados	25
7. Conclusiones	28
8. Recomendaciones	29
9. Referencias bibliográficas	30
ANEXO I	32
ANEXO II	33

1. Introducción

La esquizofrenia es uno de los trastornos más incapacitantes que afecta la manera en que una persona piensa, siente y se comporta. Además, la esquizofrenia supone un impacto significativo en la manera que el paciente interactúa socialmente y sobre la capacidad que tiene para desenvolverse en su vida diaria. La esquizofrenia también puede llegar a afectar el desempeño educativo y laboral, poniendo en riesgo al paciente del aislamiento social y reducción en la calidad de vida. (1,18).

Actualmente, en nuestra sociedad, la calidad de vida se ha convertido en un tema más relevante y ha obtenido un lugar fundamental en la medicina y sobre todo en la psiquiatría. La relación entre calidad de vida y esquizofrenia es actualmente un problema de investigación, que ha adquirido gran importancia dado a que es un dato que ayuda a predecir el bienestar del paciente. De igual manera es importante entender qué factores son los que influyen de manera directa e indirecta, en la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia y así poder plantear abordajes terapéuticos más eficientes en la búsqueda de una mejor calidad de vida. Se ha vuelto un obstáculo medir la calidad de vida en un paciente esquizofrénico ya que se debe tomar en cuenta cada aspecto y limitación presente al momento de medir la calidad de vida (18).

La sociedad hoy en día le da más importancia a enfermedades crónicas como el cáncer, enfermedad hepática o enfermedad renal, que son enfermedades que eventualmente pueden resultar en la muerte del paciente. Nunca se toman en consideración que hay pacientes con enfermedades psiquiátricas teniendo una calidad de vida similar a estos otros trastornos crónicos. Al igual que en otras enfermedades estos pacientes con esquizofrenia están muriendo lentamente.

Actualmente en Guatemala no existe ningún estudio que documente la calidad de vida de un paciente con esquizofrenia, por lo que el objetivo principal del presente estudio es determinar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia que acuden al Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora. De igual manera se busca caracterizar epidemiológicamente a la población en estudio según su calidad de vida. El estudio se llevó a cabo en el Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora mediante la realización del cuestionario de calidad de vida SF-36 a pacientes que acudieron a la clínica de esquizofrenia de la consulta externa.

2. Marco teórico

3.1 Calidad de Vida

3.1.1 Definición de Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto amplio, elusivo y de alta complejidad que abarca el bienestar general que alcanza una persona en su aspecto físico, mental y social. A lo largo del tiempo se han efectuado varias definiciones con el fin lograr conceptualizar una definición exacta y verdadera aplicable en todos los campos. Según la OMS la calidad de vida se define como, "Percepciones de los individuos sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones." La CDC también ha establecido su propia definición de calidad de vida, "Es un amplio concepto multidimensional que suele incluir evaluaciones subjetivas de aspectos positivos y negativos de la vida." Cabe mencionar que este término es útil en una generalidad de contextos, tales como sociología, ciencia política, estudios médicos, estudios del desarrollo, etc. Al mencionar calidad de vida se incluye indicadores como nivel socioeconómico, empleo, ambiente físico y arquitectural, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social (9, 10,11).

Existen otras definiciones de la calidad de vida que han sido propuestas a lo largo de los años por diferentes autores. Ardila mencionaba que para poder empezar a pensar en el concepto de calidad de vida se debe haber satisfecho las necesidades básicas de alimento, vivienda, trabajo, salud, etc.

Esto puede ser el resultado del desarrollo económico y social que han generado un interés creciente en el valor de las experiencias subjetivas. De esa manera pudiendo definir calidad de vida como, "Un estado de satisfacción general, que proviene de la realización de las potencialidades de la persona" Otra de las definiciones altamente utilizadas es la de la Real Academia Española, quien define este concepto como: "conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida" (12).

3.1.2 Calidad de vida relacionada a la salud

La calidad de vida relacionada a la salud se puede definir como, "El impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar." Otra definición utilizada es la de Patrick y Erickson (1993) que la definen como: "La medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud." La utilización y medición de calidad de vida consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que puede derivarse de la atención médica (12, 10).

Este término fue usado por primera vez poco después de la Segunda Guerra Mundial, los investigadores estadounidenses lo utilizaron para describir el efecto sobre la vida de las personas de la posesión de bienes de consumo, como vehículos, casas o electrodomésticos. No fue hasta años después que se incluyó dentro de este concepto otros temas, como la educación, el crecimiento económico, el tiempo libre y los derechos humanos (12).

Hoy en día sigue habiendo una falta de consenso conceptual, sin embargo la mayor parte de las mediciones de calidad de vida relacionada a la salud coinciden en que deben comprender, al menos, los siguientes campos: aspectos físicos, incluyendo el deterioro de funciones, los síntomas y el dolor causado por una enfermedad o por su tratamiento; aspectos psicológicos, cubriendo un amplio rango de estados emocionales y funciones cognitivas e intelectuales, y aspectos sociales, haciendo hincapié en el aislamiento social y en la autoestima asociados al papel social de las enfermedades crónicas (13).

El interés por los estudios de calidad de vida ha sido tema creciente durante los últimos años, tanto en enfermedades orgánicas, como también para valorar de forma más exacta las características de las enfermedades funcionales y la comparación de los tratamientos. Lo que estos estudios de calidad de vida intentan reflejar es el impacto que la enfermedad tiene sobre el paciente y su sensación sobre el estado general de salud del mismo (14).

3.1.3 Evaluación de calidad de vida

Para poder evaluar la calidad de vida se deben reconocer y tomar en cuenta algunos factores:

- Bienestar emocional
- Salud general
- Trabajo y otras formas de actividades productiva
- Relaciones familiares y sociales
- Seguridad
- Integración con la comunidad

La evaluación de calidad de vida se pueden dividir en aspectos subjetivos y objetivos que incluyen:

Aspectos subjetivos:

- Intimidad
- Expresión emocional
- Seguridad percibida
- Productividad personal
- Salud percibida

Aspectos objetivos:

- Bienestar material
- Relaciones armónicas con el ambiente
- Relaciones armónicas con la comunidad
- Salud objetivamente considerada

Estos aspectos subjetivos son importantes ya que cada ser humano debe de sentirse capaz de expresar sus emociones y compartir la intimidad, además de sentirse sano, productivo y seguro. Por otra parte los aspectos objetivos indican la percepción externa del individuo principalmente en su estado de salud en el cual puede sentirse saludable y no estarlo, o estarlo y no sentirnos saludable (11,12).

Como ya se había mencionado anteriormente, el término utilizado para calidad de vida con enfoque a la salud permite la relación con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento. La práctica médica tiene como objetivo preservar la calidad de vida por medio de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Por lo tanto, las personas con enfermedades crónicas requieren que las evaluaciones vayan con enfoque a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida (13).

En la actualidad existen múltiples instrumentos diseñados con el fin de evaluar las dimensiones que constituyen las mediciones de salud y de calidad de vida. Una de las opciones más utilizadas para la medición de calidad de vida relacionada a la salud se basa en el uso de cuestionarios, los cuales ayudan a cuantificar en forma efectiva problemas de salud (11).

La primera escala con propósito de medir la calidad de vida, por medio de definir el estado funcional de los pacientes con padecimientos crónicos, fue la de Karnofsky. En un principio esta escala fue diseñada únicamente para pacientes con cáncer, sin embargo después fue usada en otras enfermedades crónicas. Esta escala constaba en 10 puntos y se considera como un método confiable de pronóstico del estado funcional del paciente, es de simple y de rápida aplicación. Desde su primera descripción en 1948, esta escala ha sido aceptada entre los médicos, especialmente por los oncólogos, como un método de estimación del estado funcional del paciente y una medida de progresión y de desenlace de la enfermedad (12, 13,14).

3.1.4 Cuestionario SF-36

El cuestionario SF-36 fue diseñado por el Medical Outcomes Study para medir percepción de calidad de vida. Esta es una encuesta multipropósito de 36 ítems que demuestra el perfil de dos medidas de componentes de salud y de ocho escalas de dominio de salud. El objetivo es evaluar la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas. Es útil y fácil de contestar por los pacientes y permite obtener información sobre funcionalidad física, mental y percepción de la salud. Se encuentra disponible en más de 170 adaptaciones para diferentes países. El cuestionario puede ser auto-administrado o utilizado mediante un entrevistador, para personas de 14 años o más.

Resulta útil disponer de valores normalizados de referencia en población general. Se puede utilizar el cuestionario ya sea para pacientes ambulatorios, ingresados en centros de salud mental o de rutina en la consulta. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional de los pacientes.

Se exploran 8 dominios del estado de salud. El cuestionario permite el cálculo de 2 componentes: el físico y el mental. Para cada dimensión los ítems se transforman en una escala de 0 a 100, se establece que de 0-49 es una mala calidad de vida, y 50-100 un buena calidad de vida. Los dominios evaluados son:

- 1) Función Física: Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, llevar peso y los esfuerzos moderados e intensos (10 ítems)
- 2) Rol físico: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 ítems)
- 3) Dolor corporal: Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 ítems)
- 4) Salud General: Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (5 ítems)
- 5) Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems)
- 6) Función Social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 ítems)
- 7) Rol Emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 ítems)
- 8) Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta u bienestar general (5 ítems)

Existen dos formas de obtener el puntaje:

Enfoque Rand

Transforma el puntaje a una escala de 0 a 100 (en donde 100 es el mejor puntaje posible). Por ejemplo, las preguntas con 3 opciones de respuesta se puntúan 0 - 50- 100; con 5 opciones se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 opciones 0-20-40-60-80- 100. Luego, los puntajes de los ítems de un mismo dominio se promedian para crear un puntaje de 0 a 100 para los 8 dominios. Los ítems no respondidos no se tomarán en cuenta a la hora del puntaje.

Enfoque del Health Institute

Se da diferentes ponderaciones a cada ítem para luego obtener un puntaje final para cada dominio, y además obtener un puntaje para el componente físico y mental. Este es el enfoque más recomendado por los autores del cuestionario ya que hay un software especializado para generar las puntuaciones, lo cual disminuye la posibilidad de error (17).

3.2 Salud Mental y Calidad de Vida

A través del tiempo las diversas especialidades médicas han adoptado el concepto de calidad de vida y lo han utilizado para sus investigaciones. La psiquiatría no ha sido ajena a éste proceso, siendo utilizado en los varios trastornos psiquiátricos. Los estudios más recientes han encontrado asociaciones entre la calidad de vida y depresión, ansiedad, preocupación, estrés y bienestar psicológico y emocional. Los cuestionarios que determinan la calidad de vida de pacientes con trastornos psiquiátricos han servido como instrumentos muy útiles para el mejoramiento del paciente, dando a conocer cuáles son las áreas de más debilidad y las que deberían ser áreas de enfoque en el tratamiento del trastorno (14,15).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2012 señaló que si bien la salud en general ha mejorado en diversos países, la salud mental sigue presentando altos índices de prevalencia. Por lo cual se han ido consolidando como uno de los objetivos principales de todo tratamiento, incluso la Asociación Psiquiátrica Americana plantea que la mejora de la calidad de vida es el objetivo final del tratamiento en psiquiatría, más importante que la mejora clínica del paciente. Para poder hablar de la calidad de vida específicamente en pacientes esquizofrénicos es importante entender las bases y que es lo que comprende esta enfermedad (11,15).

3.3 Esquizofrenia

3.3.1 ¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es un trastorno mental que puede llegar a ser potencialmente devastador afectando el pensamiento, el lenguaje, las emociones, el comportamiento social y la habilidad de una persona para percibir la realidad con precisión. La expresión de estas manifestaciones es diferente en cada paciente y varía con el tiempo, pero el efecto de la enfermedad siempre es grave y normalmente prolongado. En los Estados Unidos afecta a una de cada 100 personas y es uno de los trastornos mentales más perturbadores e incapacitantes. La esquizofrenia es un trastorno psicótico, lo que significa que los delirios, las alucinaciones y el pensamiento desorganizado son elementos prominentes del trastorno (4,16).

3.3.2 Historia de la Esquizofrenia

Una de las primeras menciones acerca de ésta enfermedad se hace en el año 1400 A.C., en el Ayur Veda de la antigua India en donde se describe una condición que podría corresponder a la actual esquizofrenia y para la que recomendaba meditación y técnicas de encantamiento para su tratamiento. En 1856, Morel introdujo el término demencia precoz, para nombrar el caso de un adolescente brillante que se volvió aislado, apático y callado. En 1868, Sander, introduce el término de paranoia para catalogar a un grupo de sujetos que tienen sentimientos de ser maltratados, perseguidos y/o humillados. En 1870 Hecker, utiliza el término hebefrenia, para distinguir un cuadro clínico que empieza en la adolescencia, y donde hay una perturbación mental que lleva al deterioro del sujeto. En 1896, Kraëpelim, retoma de nuevo el término demencia precoz, y hace una descripción de ésta, que aún sigue teniendo vigencia en la actualidad. A la par subdivide el término esquizofrenia en distintas clases: paranoide, catatónica y hebefrénica. En 1911, Bleuler sustituye el término demencia precoz por el de esquizofrenia, ya que consideró que la esquizofrenia no conlleva siempre un deterioro cognitivo del sujeto, mientras que la demencia sí.

Los signos fundamentales de la esquizofrenia establecidos por Bleuler se refieren como las cuatro A's. Primero el afecto, que es la manifestación externa de los sentimientos y emociones de una persona. La esquizofrenia puede provocar un afecto plano, embotado, inadecuado o extraño. Segundo están las alteraciones asociativas, manifestadas por pensamientos e ideas desorganizadas, discurso ilógico y deterioro en el razonamiento. Tercero es el autismo, en el cual esta descrito que el pensamiento no está vinculado a la realidad sino refleja el mundo perceptual privado del individuo. Delirios, alucinaciones y neologismos son ejemplos de pensamiento autista. Por último está la ambivalencia, que se refiere a tener simultáneamente dos opuestas emociones, actitudes, ideas, o deseo hacia la misma persona, situación u objeto. Ambivalencia se produce en todas las relaciones pero se convierte en algo patológico y paralizante cuando una persona continuamente oscila entre posiciones de oposición

3.3.3 Etiología

La esquizofrenia se manifiesta típicamente entre los 10 y los 25 años en los hombres y entre los 25 a los 35 en mujeres. Se convierte en crónico o recurrente en al menos el 80% de aquellos que lo desarrollan, cada individuo tiene aproximadamente 0.7% de probabilidad de padecer esquizofrenia. La esquizofrenia es un trastorno complicado, se dice que a lo que hoy en día se le llama esquizofrenia podrían ser en realidad un grupo de trastornos con características comunes y de múltiples etiologías superpuestas. Se sabe que la actividad, estructura y química cerebral son diferentes de personas con esquizofrenia que en una persona que no tiene el trastorno, lo cual ha servido para estudiar los efectos que la esquizofrenia causa en los individuos. Existe un consenso científico de que la esquizofrenia ocurre cuando múltiples anomalías de un gen heredado se combinan con factores externos como por ejemplo infecciones virales, alterando las estructuras del cerebro, que afectan el sistema de neurotransmisores del cerebro o directamente lesionan el cerebro.

3.3.3.1 Genética

En comparación con el riesgo habitual del 1% en la población, tener un familiar de primer grado con esquizofrenia aumenta el riesgo a un 10%. La evidencia sugiere que múltiples genes en diferentes cromosomas interactúan entre sí, de formas complejas, para crear vulnerabilidad para la esquizofrenia.

La probabilidad de que una persona sufra esquizofrenia está relacionada directamente con la cercanía de parentesco del pariente afectado. En el caso de los gemelos monocigóticos, que tienen un código genético idéntico, se da aproximadamente un 50% de tasa de concordancia para la esquizofrenia. Además como dato importante esta que el papel de los factores genéticos se refleja en el descenso de la incidencia de la esquizofrenia entre los parientes de segundo y tercer grado, en los cuales se podría pensar que la carga genética ha disminuido.

3.3.3.2 Teoría de la dopamina

Esta teoría de la dopamina en la esquizofrenia plantea que este trastorno tiene su origen en una actividad dopaminérgica excesiva. La teoría de la dopamina de la esquizofrenia se deriva del estudio de la acción de los primeros fármacos antipsicóticos, conjuntamente conocidos como antipsicóticos convencionales. Estos fármacos bloquean la actividad de los receptores de dopamina-2 en el cerebro, limitando la actividad de la dopamina y reduciendo algunos de los síntomas de la esquizofrenia. Al contrario, las anfetaminas, la cocaína, el metilfenidato y el levodopa aumentan la actividad de la dopamina en el cerebro y en las personas biológicamente susceptibles puede producir el inicio de la esquizofrenia. Si la esquizofrenia ya está presente, pueden exacerbar sus síntomas.

Una nueva clase de fármacos, conocidos colectivamente como antipsicóticos atípicos, bloquean la serotonina y la dopamina, lo que sugiere que la serotonina también puede desempeñar un papel en la esquizofrenia. La teoría básica no explica con detalle si la hiperactividad dopaminérgica se debe a la liberación demasiado elevada de dopamina, la presencia de demasiados receptores de la dopamina, o la hipersensibilidad de los receptores de dopamina a esta misma sustancia o a una combinación de este mecanismo.

3.3.3.3 Factores ambientales

Existen una gran variedad de variables que causan estrés al individuo, se cree que estas, combinadas con vulnerabilidad genética, producen la esquizofrenia. Se ha estudiado que una historia de complicaciones en el embarazo se asocia a una probabilidad elevada de desarrollar esquizofrenia. Las infecciones virales, mala nutrición, hipoxia y exposición a toxinas son algunos de las variantes prenatales. Otro factor es tener un padre mayor de 35 años a la hora de la concepción y haber nacido durante el invierno e inicios de la primavera.

3.3.4 Manifestaciones Clínicas

Todos los individuos que desarrollan esquizofrenia no presentan los mismos síntomas, pero en lo general los síntomas de la esquizofrenia se pueden dividir en 4 grupos:

Síntomas Positivos:

Delirios

Esto significa mantener creencias que no sólo no son ciertas sino que pueden parecer incluso bastante extrañas. Al intentar discutir estas creencias, se encuentra que el que las tiene las mantendrá a pesar de que exista mucha evidencia en su contra.

Trastorno del pensamiento

Esto es una dificultad para pensar con claridad. Será difícil entenderlos porque sus frases parecen no tener sentido: pueden saltar de una idea a otra, perdiendo el tema del que están intentando hablar.

Alucinaciones

Estas se pueden manifestar como visuales, auditivas, olfativas o sensitivas. La alucinación más comúnmente experimentada es la auditiva. Los pacientes refieren escuchar voces que parecen absolutamente reales, pudiendo estas influir en la percepción del paciente de su entorno y sus actos. Por ejemplo, hablar o reír para sí mismo como si estuviera hablando con alguien que no está. Esto es bastante diferente del habla o las risas de los niños pequeños cuando están realizando un juego imaginativo o en su mundo imaginario.

Síntomas Negativos

Estos son de desarrollo lento y son los que más interfieren con la adaptación y la habilidad de cooperar del paciente. Estas frecuentemente impiden que el paciente,

inicie y mantenga conversaciones y relaciones, obtenga y mantenga un trabajo, tome decisiones y siga con el plan, mantenga una higiene apropiada. Por ejemplo: anhedonia, apatía, embotamiento y aislamiento social y etc.

Síntomas Cognitivos

Estos incluyen el déficit de atención, memoria, procesamiento de información, flexibilidad cognitiva y funciones ejecutivas. Todo esto causando que el juicio, planificación y la resolución de problemas sean difíciles. Estos llegan a ser un impedimento, causando que el paciente no sea capaz de trabajar, iniciar y mantener un sistema de apoyo, o vivir solo.

Síntomas Afectivos

Estos comúnmente aumentan el sufrimiento del paciente por lo cual una evaluación para descartar depresión es vital. Por ejemplo: depresión ansiedad, irritabilidad, etc.

3.3.5 Diagnóstico

En la actualidad existen varios métodos diagnósticos, siendo los dos más utilizados: el DSM 5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) de la asociación de psiquiatría norteamericana y el CIE 11 (clasificación internacional de enfermedades en su décima edición) de la Organización Mundial de la Salud.

CIE 11

Deben estar presentes al menos dos de los siguientes síntomas (comunicados por el paciente o bien por observación del clínico u otros informantes), durante la mayor parte del tiempo por un período de 1 mes o más. Al menos uno de los síntomas calificados debe estar incluido en los incisos de 1-4 de la siguiente lista:

- 1) Delirios persistentes (ej. delirios de grandiosidad, delirios de referencia, delirios de persecución).
- 2) Alucinaciones persistentes (más comúnmente auditivas).
- 3) Pensamiento desorganizado (trastorno formal del pensamiento) (ej. tangencialidad, lenguaje circunstancial, neologismos). Cuando es grave, el lenguaje de la persona puede ser tan incoherente que es incomprendible (ensalada de palabras).
- 4) Experiencias de influencia, pasividad o control (ej. la experiencia de que los pensamientos o acciones no son generados por la persona, sino que son insertados o retirados de la mente por otros, o que los pensamientos están siendo difundidos a otros).
- 5) Síntomas negativos como aplanamiento afectivo, alogia o pobreza del habla, abulia, asociabilidad y anhedonia. Importante: se debe establecer que estos síntomas no son consecuencia de un trastorno del estado de ánimo, sustancias o medicación.
- 6) Comportamiento notoriamente desorganizado que puede ser observado en cualquier actividad intencionada/dirigida a metas (ej. comportamientos

- bizarros o sin propósito, respuestas emocionales impredecibles o inapropiadas que interfieren con la organización del comportamiento).
- 7) Alteraciones psicomotoras tales como inquietud o agitación catatónica, posturas anormales, flexibilidad cérea, negativismo, mutismo o estupor.

Establecer que los síntomas no son una manifestación de una condición de salud (ej. tumor cerebral) y no se deben al efecto de alguna sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso (ej. corticosteroides), incluyendo los efectos de un síndrome de abstinencia (ej. abstinencia de alcohol).

DSM-V

A.- Deben presentarse dos o más de los siguientes síntomas, por un período mínimo de un mes (menos si fue tratado con éxito) y al menos uno de los síntomas presentados debe corresponder al síntoma 1, 2 o 3.

- 1) Delirios.
- 2) Alucinaciones.
- 3) Discurso desorganizado.
- 4) Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
- 5) Síntomas negativos.

B.- Existe un deterioro en el funcionamiento en uno o más ámbitos principales (trabajo, relaciones personales, cuidado personal) o un funcionamiento por debajo del esperado si comienza en la infancia o la adolescencia.

C- Durante el período mínimo de seis 6 meses deben persistir los signos negativos o dos o más de los síntomas del Criterio A de manera menos acentuada (ej. creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales). En estos seis 6 meses debe estar presente igualmente, un mes como mínimo, de alguno de los síntomas de fase activa del Criterio A.

D- Se ha descartado el Trastorno Esquizoafectivo y el Trastorno Depresivo o Bipolar con características psicóticas.

E- El trastorno no se atribuye a efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.

F- Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes. (19)

3.3.6 Tratamiento

Tomando en cuenta que la esquizofrenia es uno de los trastornos más complejos, afectando funciones físicas, sociales y mentales, se ha establecido una base del régimen de tratamiento. Es importante tomar en cuenta que la esquizofrenia no se cura, sin embargo se puede llegar a controlar, manteniendo al paciente en fase de remisión y así poder llevar actividades sociales normales. Se ha evidenciado un mejor resultado al

iniciar el tratamiento en fases tempranas de la enfermedad, de tal manera que la fase de psicosis dure el tiempo más corto posible. El tratamiento integral debe ser orientado en forma individual a cada persona, basándose en necesidades específicas y tomando en consideración el apoyo familiar.

La farmacoterapia ha sido el pilar donde se centra tratamiento de este trastorno, sin embargo, según la OMS se ha demostrado que el 50% de los pacientes no están recibiendo la atención apropiada y el 90% los pacientes con esquizofrenia que no reciben tratamiento viven en países que están en vías de desarrollo. Esto debido a la falta de acceso a servicios de salud mental y la falta de conocimiento sobre las enfermedades de salud mental. Además, comúnmente los pacientes tienen una mal adherencia al tratamiento establecido, lo cual aumenta las posibilidades de recaídas del paciente (21).

Tomando en cuenta esta información podemos dividir el tratamiento en farmacoterapia y psicoterapia:

Psicoterapia

Según la "Guía práctica clínica para el tratamiento de la Esquizofrenia en centros de salud mental", desarrollada por el Servicio Murciano de Salud, la intervención psicológica pretende lo siguiente (20):

- reducir la vulnerabilidad del paciente
- disminuir el impacto de las situaciones y eventos estresantes
- aumentar la adherencia al tratamiento
- disminuir el estrés y la discapacidad para minimizar los síntomas
- reducir el riesgo de recaídas
- mejorar la comunicación y las habilidades de afrontamiento
- acoger a la familia y atender las situaciones emocionales que se producen en el desarrollo de la enfermedad

Farmacoterapia:

Hoy en día existe una gran variedad de fármacos antipsicóticos, que se clasifican en: típicos y atípicos. En ambos existen limitaciones en cuanto a su eficacia y están relacionados con algunos efectos adversos no deseados, sin embargo, es un hecho que los antipsicóticos pueden mejorar los síntomas psicóticos de la esquizofrenia y prevenir las recaídas.

Los antipsicóticos más utilizados en Guatemala son:

Haloperidol: antipsicótico típico que actúa como antagonista de receptores D2 reduciendo los síntomas positivos de la psicosis y posiblemente el comportamiento agresivo, explosivo o hiperactivo. Los síntomas psicóticos pueden mejorar dentro de la

primera semana, pero pueden tomar varias semanas para un efecto total en el comportamiento. La dosis es de 0.5-5mg 2 o 3 veces al día por vía oral.

Clorpromazina: antipsicótico típico que es antagonista de los receptores D2. Reduce los síntomas positivos de la esquizofrenia pero no los elimina, también mejora el comportamiento. Los síntomas psicóticos pueden mejorar luego de una semana de tratamiento pero tardará varias semanas en lograr su acción total. La dosis es de 10-50mg 2 a 6 veces al día por vía oral.

Risperidona: antipsicótico atípico que bloquea los receptores D2, reduciendo los síntomas positivos de la esquizofrenia y estabilizando los síntomas afectivos; también bloquea los receptores 5-HT2A lo que provoca un aumento de la liberación de dopamina en ciertas áreas cerebrales lo que causa la reducción de los efectos motores secundarios. La dosis es de 0.5-6mg al día por vía oral.

3. Objetivos

Objetivo General:

- Determinar la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia

Objetivos Específicos:

- Caracterizar epidemiológicamente a los pacientes con esquizofrenia

4. Materiales y métodos

4.1 Diseño del estudio:

Descriptivo, Transversal, Observacional

4.2 Población:

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que asisten a la clínica de esquizofrenia de la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora, durante los meses de enero-marzo 2017.

4.3 Muestra:

94 pacientes con esquizofrenia que acudieron a consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora, durante los meses de enero-marzo 2017.

4.4 Criterios de exclusión:

Pacientes que sean incapaces de brindar información.

4.5 Variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador o calidad de medida
Calidad de Vida	La calidad de vida designa las condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción.	Se utilizará el instrumento SF-36, comúnmente utilizado para medir la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas. A cada paciente se le dará un punteo numérico de 0-100, evaluando componente mental y físico respectivamente. Los resultados se interpretaran como mala calidad de vida (<50 pts) y buena calidad	Cualitativa Nominal	0-100 puntos

		de vida (>50 pts).		
Género	Conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres.	Proporcionado por el paciente durante realización de cuestionario	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Proporcionado por el paciente durante realización de cuestionario	Cualitativa Nominal	
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Proporcionado por el paciente durante realización de cuestionario	Cualitativa Nominal	Soltero Unido Casado Separado
Escolaridad	Tiempo durante el cual un alumno asiste a un centro de enseñanza.	Proporcionado por el paciente durante realización de cuestionario	Cualitativa Nominal	Sin estudios Primaria Secundaria Diversificado Universidad
Convivencia	Hace referencia a la vida en compañía de otro u otros individuos	Proporcionado por el paciente durante la entrevista	Cualitativa Nominal	Solo Familia
Ocupación	Es el oficio o profesión de una persona.	Proporcionado por el paciente durante realización de cuestionario	Cualitativa Nominal	Con empleo Sin empleo
Tratamiento	Conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad	Proporcionado por el paciente durante realización de cuestionario	Cualitativa Nominal	Clorpromazina Haloperidol Risperidona

4.6 Técnicas e Instrumentos:

- La técnica que se utilizará será la entrevista directa o asistida por familiar a cada paciente que acuda a la consulta externa del Hospital de Salud Mental Federico Mora durante el periodo de enero a marzo 2017 y el instrumento será el cuestionario llamado SF-36, utilizado para medir calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas.
- El instrumento que se utilizará es el Cuestionario de Salud SF-36, está compuesto por 36 preguntas que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. El cuestionario cubre las siguientes escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Éste permite el cálculo de 2 componentes: el físico y el mental. Para cada dimensión los ítems se transforman en una escala de 0 a 100, se establece que de 0-49 es una mala calidad de vida, y 50-100 un buena calidad de vida.

4.7 Procedimiento:

- Primera etapa: obtención del aval de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar.
- Segunda Etapa: aprobación por parte del Hospital Nacional Federico Mora.
- Tercera etapa: antes del inicio de la recolección, se seleccionará a 10 voluntarios con características semejantes a la población de estudio para responder el cuestionario. se observarán las dificultades del instrumento y se medirá el tiempo promedio de llenado del cuestionario. De esta manera se corregirán los errores encontrados.
- Cuarta etapa: se presentará al lugar y seleccionará a los participantes según vayan ingresando a la clínica de esquizofrenia y según los criterios de inclusión y exclusión.
- Se hablará con 8 pacientes cada día y se les planteará individualmente, con lenguaje claro, el propósito, objetivos, importancia y utilidad del estudio. Luego se asegurará que hayan comprendido la información y se procederá a pasar encuesta tipo entrevista a los que acepten. Este procedimiento continuará por 3 meses.
- Quinta etapa: recopilación de datos obtenidos en las encuestas.
- Sexta etapa: ingreso de datos a QualityMetric Health Outcomes Scoring Software 5.0 y a planilla Excel

4.8 Análisis de datos:

Los datos generales recolectados por medio del cuestionario SF-36 se ingresarán en planilla de Excel. Además las respuestas del cuestionario serán ingresadas a la base de datos de QualityMetric Health Outcomes Scoring Software 5.0, la cual generará el resultado de los componentes físicos y mentales del cuestionario. Dicho software fue brindado de manera gratuita por la compañía desarrolladora Optum Incorporated, tras hacer solicitud y firmar contrato de uso del software.

4.9 Alcances y límites:

Alcances

En Guatemala no existe ningún estudio que determine la calidad de vida de un paciente con esquizofrenia y que identifique si este es un factor que impide el mejoramiento adecuado del paciente. Por lo que se pretende evaluar la calidad de vida de estos pacientes, de modo que al obtener y analizar todos los datos, esta información sirva para los pacientes, familiares y médicos psiquiatras.

Límites

Debido al estado de algunos pacientes se dificulta la comunicación adecuada y total comprensión de todas las preguntas del cuestionario.

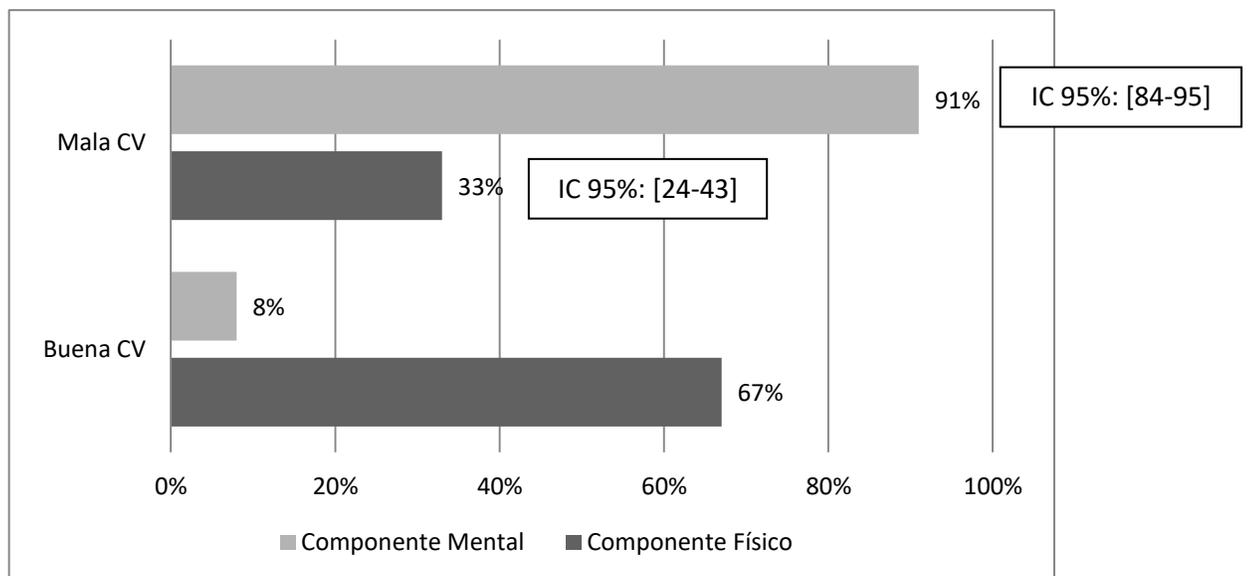
4.10 Aspectos Éticos:

Antes de iniciar la selección de participantes para pasar el cuestionario, se pretende explicar en forma clara y concisa los objetivos del estudio, reasegurar al paciente la confidencialidad de los datos y el anonimato que será usado en los resultados. Los datos obtenidos a través de este estudio serán exclusivamente para esta investigación, sin publicar los nombres de los participantes.

5. Resultados

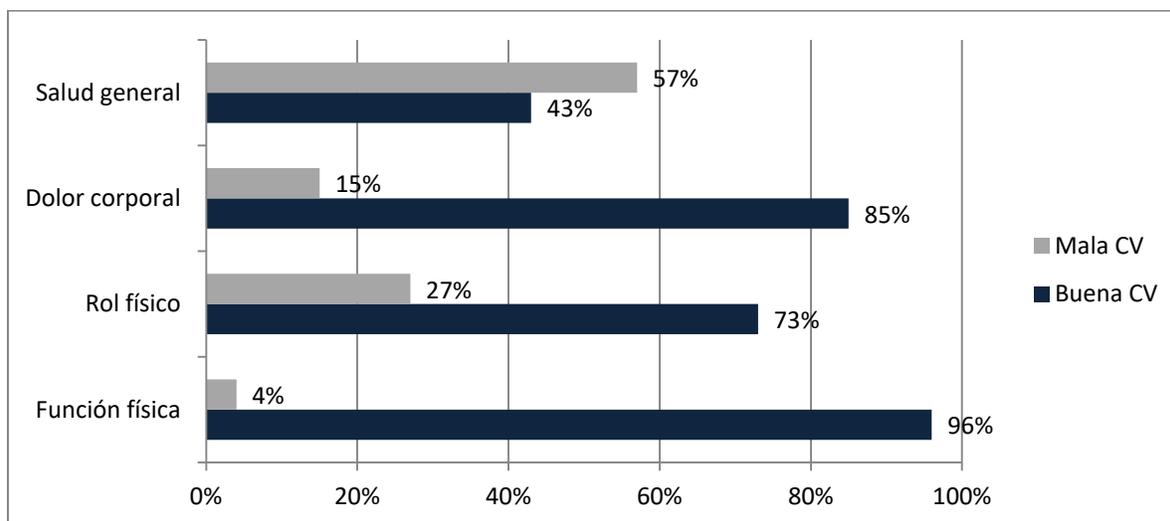
Se trabajó con un total de 94 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que acudieron a la clínica de esquizofrenia del Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora, a los cuales se les realizó el cuestionario SF-36 útil para medir calidad de vida en pacientes que padecen enfermedades crónicas. Se excluyeron a 3 pacientes que se encontraban en estado psicótico.

Gráfica 1. Distribución de pacientes en los componentes, físicos y mentales que miden calidad de vida. Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora enero-marzo 2017.



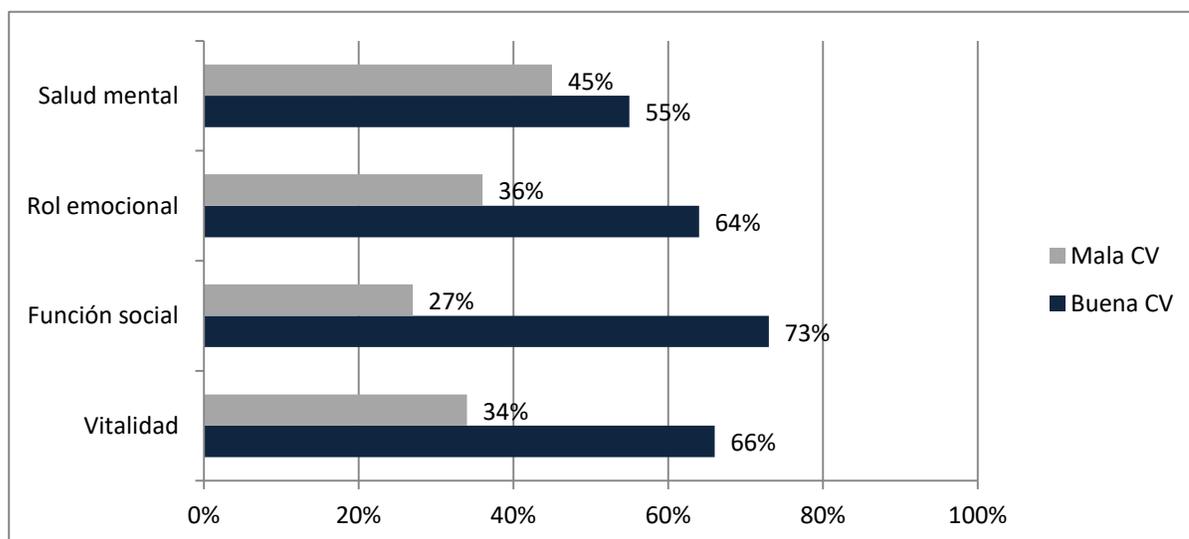
n=94 Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36

Gráfica 2. Dominios de componente físico evaluados en el cuestionario SF-36 en pacientes con esquizofrenia. Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora enero-marzo 2017.



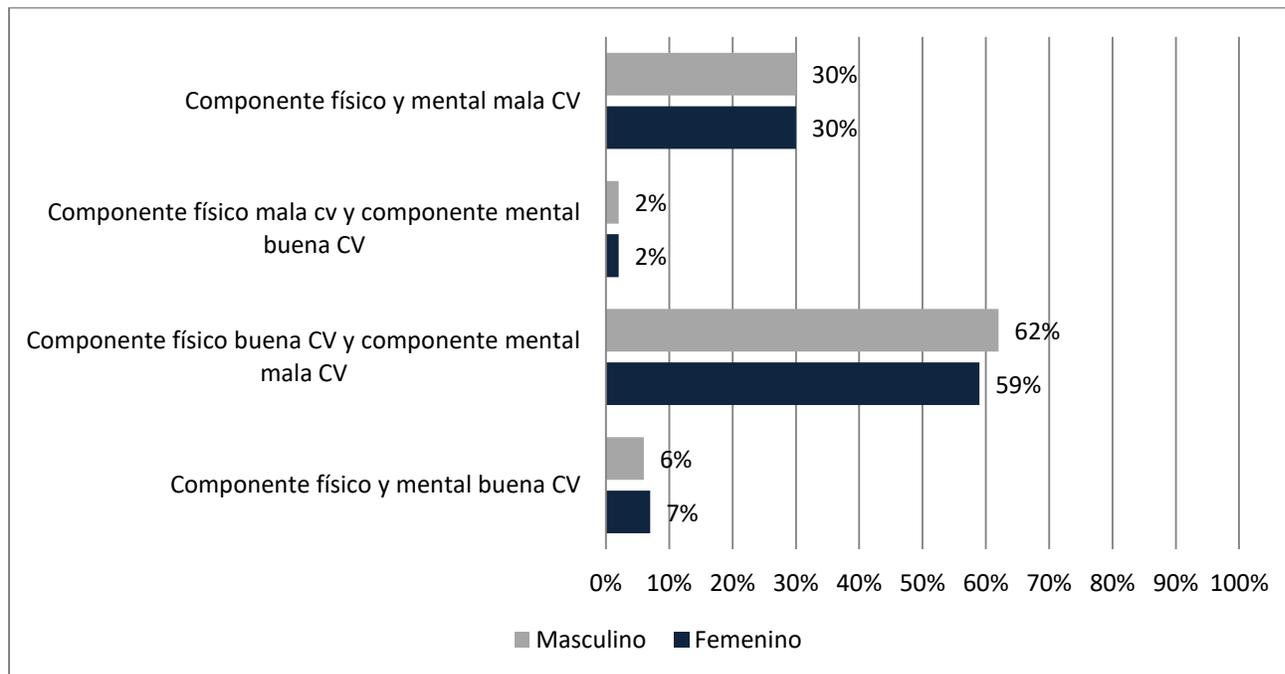
n=94 Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36

Gráfica 3. Dominios de componente mental evaluados en el cuestionario SF-36 en pacientes con esquizofrenia. Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora enero-marzo 2017.



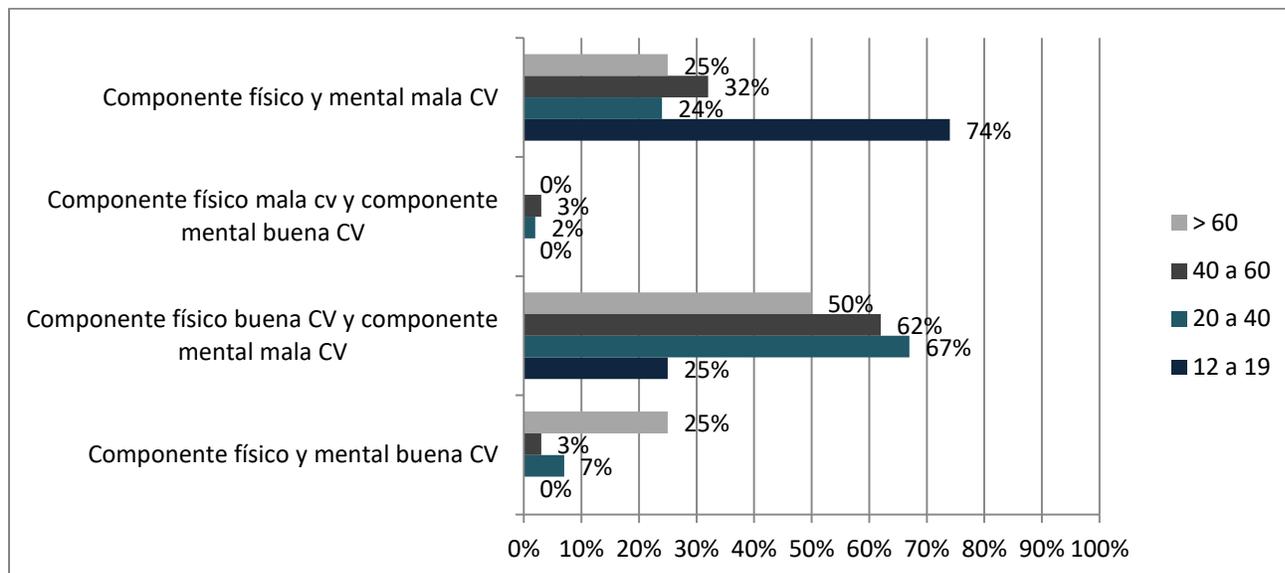
n=94 Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36

Gráfica 4. Calidad de vida según sexo en pacientes con esquizofrenia. Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora enero-marzo 2017.



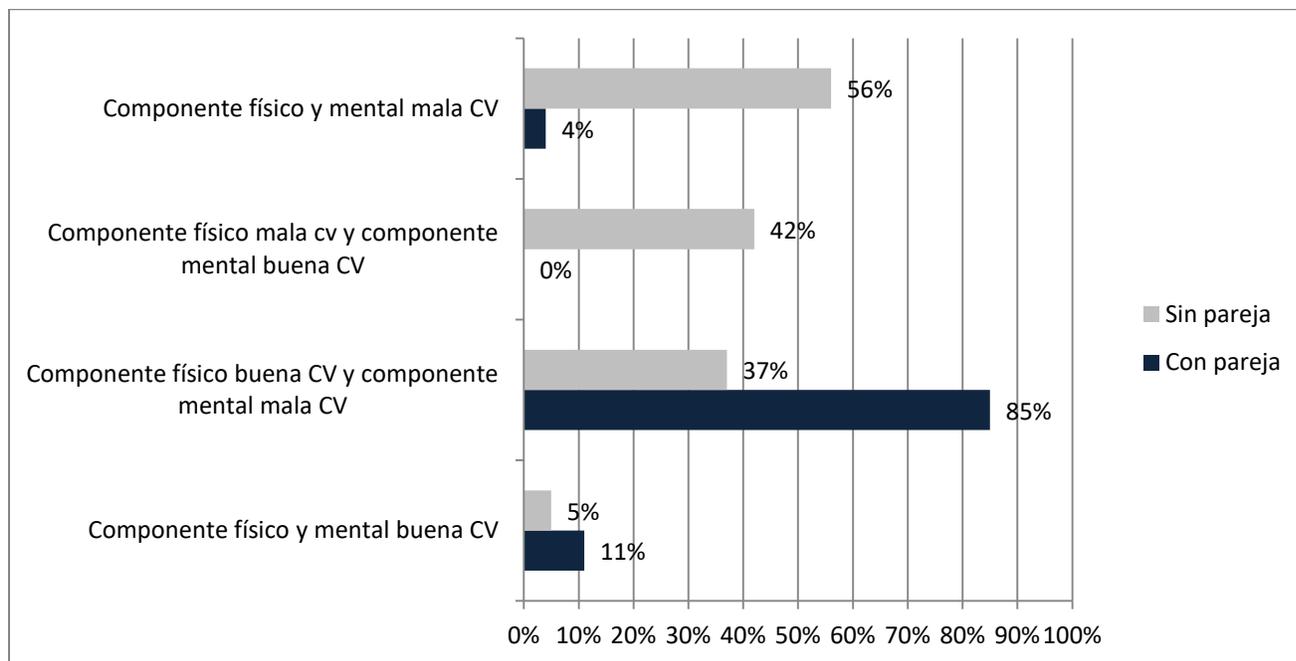
n=94 Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36

Gráfica 5. Calidad de vida según edad en pacientes con esquizofrenia. Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora enero-marzo 2017.



n=94 Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36

Gráfica 6. Calidad de vida según estado civil en pacientes con esquizofrenia. Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora enero-marzo 2017.

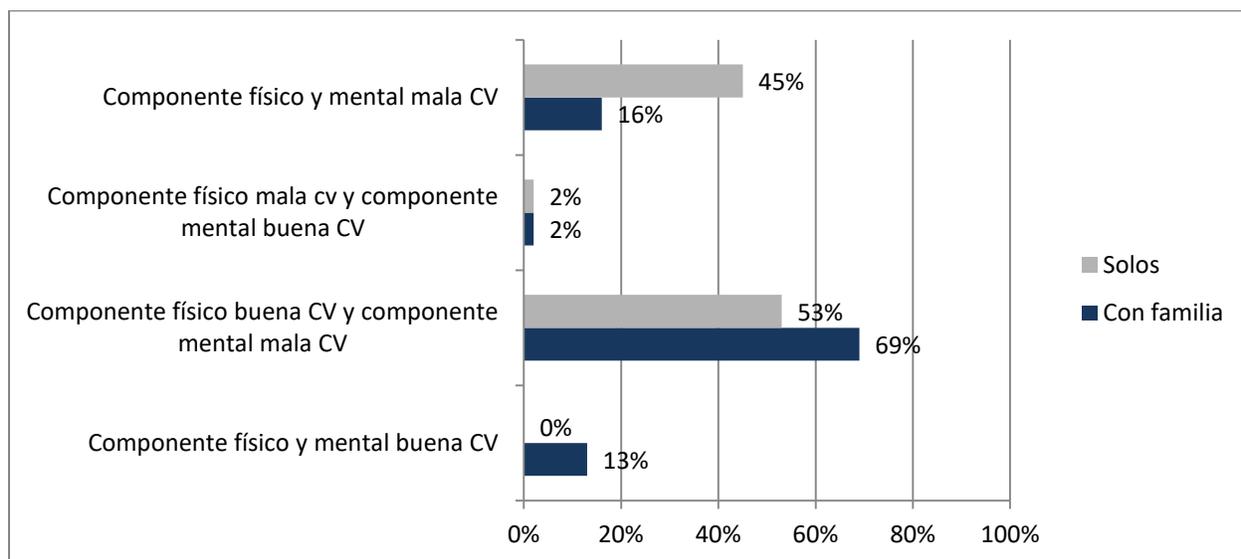


n=94 Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36

Cuadro 1. Calidad de vida según escolaridad en pacientes con esquizofrenia. Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora enero-marzo 2017.

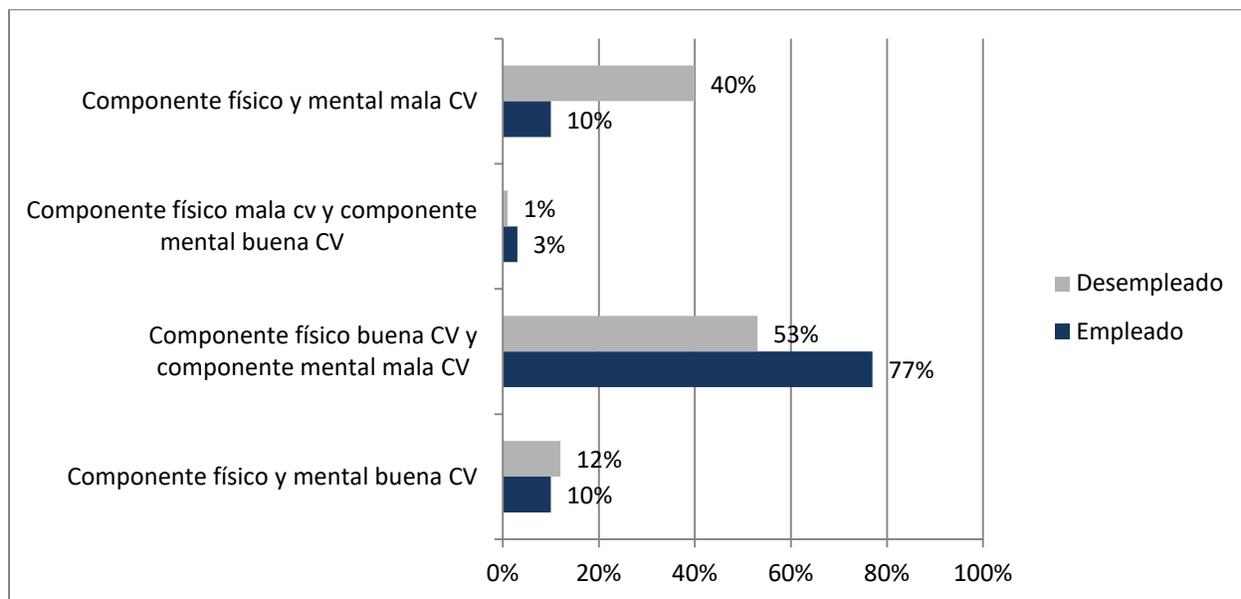
Escolaridad	Sin escolaridad	Primaria	Secundaria	Diversificado	Universidad
Componente físico y mental buena CV	0%	0%	6%	25%	0%
Componente físico buena CV y componente mental mala CV	57%	61%	57%	50%	100%
Componente físico mala cv y componente mental buena CV	0%	3%	3%	0%	0%
Componente físico y mental mala CV	43%	36%	33%	25%	0%

Gráfica 7. Calidad de vida según convivencia en pacientes con esquizofrenia. Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora enero-marzo 2017.



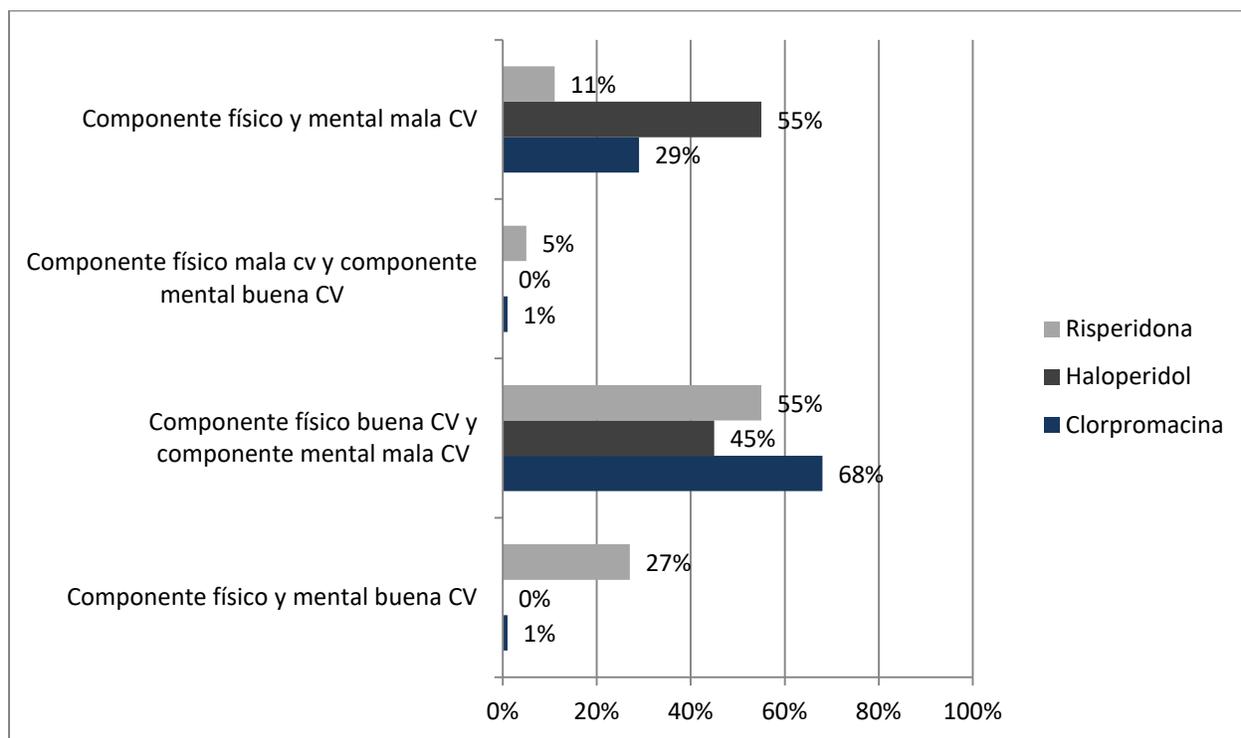
n=94 Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36

Gráfica 8. Calidad de vida según condición laboral en pacientes con esquizofrenia. Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora enero-marzo 2017.



n=94 Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36

**Grafica 9. Calidad de vida según tratamiento en pacientes con esquizofrenia.
Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora enero-marzo 2017.**



n=94 Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36

6. Discusión de resultados

Los pacientes con esquizofrenia refieren buena calidad de vida en el componente físico, lo que nos orienta a que la mayor parte de los pacientes cuentan con buena condición física, sin embargo el componente mental se encuentra comprometido probablemente debido a las repercusiones que conlleva el diagnóstico, como el deterioro mental y la marginación social. Además se evaluaron 8 dominios propios del cuestionario (SF-36) encontrándose los siguientes promedios: componente físico: buena calidad de vida (51.65pts), componente mental: mala calidad de vida (35.01pts). Para el dominio función física: buena calidad de vida (51.39pts), rol físico: mala calidad de vida (44.67pts), dolor corporal: mala calidad de vida (49.26pts), salud en general: buena calidad de vida (42.1pts), vitalidad: mala calidad de vida (46.34pts), función social: mala calidad de vida (38.41pts), rol emocional: mala calidad de vida (36.98pts) y salud mental: mala calidad de vida (37.84).

Sexo y Edad:

Del total de pacientes evaluados el 56% correspondían al sexo masculino y el 44% al femenino. Se observó que la diferencia entre sexos para cada uno de los componentes no es estadísticamente significativa ($p > 0.05$). El promedio de edad de los pacientes estudiados era de 41 años, correspondiendo 18 años para la edad más joven y de 69 años para la edad más longeva. El 20% de los pacientes se encontraba entre la tercera y cuarta década de vida. De los pacientes que se encontraban en la etapa de adolescencia (12–19 años) el 75% tenía mala calidad de vida en ambos componentes. De los pacientes que se encontraban en la adultez temprana (20–39 años) el 67% tenía buena calidad de vida en el componente físico, pero mala en el mental; el 24% tenía mala calidad de vida en ambos componentes y solamente el 7% tenía buena calidad de vida en ambos componentes. De los pacientes que se encontraban en la adultez madura (40-59 años) el 62% tenía buena calidad de vida en el componente físico, y mala en el mental; el 32% tenía mala calidad de vida en ambos componentes y solamente el 3% tenía buena calidad de vida en ambos componentes. Los pacientes adultos mayores (>60 años) tenían 25% buena calidad de vida en ambos componentes y 25% mala calidad de vida en ambos componentes. Se encontró que la edad adolescente es un factor que se asocia a mala calidad de vida, esto probablemente a la afeción social y personal que contribuye padecer un trastorno mental disfuncional a una edad temprana. Además, se encontró que la edad avanzada está asociada a mejor condición de calidad de vida en ambos componentes.

Estado civil:

La distribución del total de pacientes para estado civil correspondía al 49% para los pacientes con esquizofrenia que tenían pareja y 51% para pacientes con esquizofrenia que no tenían pareja. El 85% de los pacientes con pareja tienen buena calidad de vida en el componente físico, y mala en el componente mental; el 11% de los mismos tienen buena calidad de vida en ambos componentes, solamente el 4% tienen mala calidad de vida en ambos componentes. Con respecto a los pacientes sin pareja, el 56% tenían mala calidad de vida en ambos componentes, y únicamente el 2% tienen buena calidad de vida en ambos componentes. Se observa que el no tener pareja es una condición que se relaciona a mala calidad de vida en ambos componentes en pacientes con esquizofrenia. Esto probablemente a la insatisfacción personal que puede generar el no haber desarrollado una relación afectiva al igual que el resto las personas, atribuyéndolo probablemente a su condición de padecer esquizofrenia.

Escolaridad:

El 86% de los pacientes tenían un grado de escolaridad. El 61% de los pacientes que tienen un grado de escolaridad a nivel primaria tenían buena calidad de vida en el componente físico y malo en el componente mental, el 36% de los mismos tenían mala calidad de vida en ambos componentes. El 57% de los pacientes que tienen un grado de escolaridad a nivel secundaria tienen buena calidad de vida en el componente físico y malo en el componente mental, el 33% de los mismos tienen mala calidad de vida en ambos componentes. El 50% de los pacientes que tenían un grado de escolaridad a nivel diversificado tenían buena calidad de vida en el componente físico, y mala en el mental; y el 25% de los mismos tenían buena calidad de vida en ambos componentes. El 100% de los pacientes que tenían un grado de escolaridad a nivel universitario tenían buena calidad de vida en el componente físico, y mala en el componente mental. El 43% de los pacientes que no tenían un grado de escolaridad referían tener mala calidad de vida en ambos componentes. Se observa que mientras más alto es el nivel académico alcanzado mejor es la calidad de vida en los pacientes con esquizofrenia. Esto probablemente al grado de satisfacción personal y aceptación social que puede generar un logro académico.

Convivencia

El 48% de los pacientes estudiados referían vivir con por lo menos un familiar. El 69% de los pacientes que vivían con familia tenían buena calidad de vida en el componente físico, y mala en el mental; el 13% de los mismos tenían buena calidad de vida en ambos componentes y el 16% de éstos tenían mala calidad de vida en ambos componentes. El 53% de los pacientes que vivían solos tenían buena calidad de vida en el componente físico, y mala en el mental: el 45% de éstos contaban con mala

calidad de vida en ambos componentes. Ninguno de los pacientes que vivían solos tenían buena calidad de vida en ambos componentes. Se puede determinar que el vivir solo es un factor determinante para desarrollar mala calidad de vida en ambos componentes en pacientes con esquizofrenia. Esto probablemente a la falta de apoyo o rechazo de parte de su familia que podrían sentir y asociar a su condición de padecer esquizofrenia.

Empleo

El 68% de los pacientes con esquizofrenia estudiados se encuentran desempleados. El 77% de los pacientes con empleo tiene buena calidad de vida en el componente físico, y mala en el mental, el 10% de los mismos tienen buena calidad de vida en ambos componentes y 10% mala calidad de vida en ambos componentes. El 53% de los pacientes desempleados tienen buena calidad de vida en el componente físico, y mala en el componente mental: el 40% de los mismos tienen mala calidad de vida en ambos componentes y únicamente el 12% tiene buena calidad de vida en ambos componentes. Se puede determinar que el desempleo es un factor determinante para desarrollar mala calidad de vida en ambos componentes en pacientes con esquizofrenia.

Tratamiento

Los tres antipsicóticos utilizados como farmacoterapia son: Clorpromazina en 56 pacientes, Haloperidol en 20 pacientes y Risperidona en 18 pacientes. De los pacientes que usaban Clorpromazina: el 68% tenían buena calidad de vida en el componente físico y malo en el mental, el 30% tenían mala calidad de vida en ambos componentes y únicamente 1 paciente (1%) refería buena calidad de vida en ambos componentes. Con respecto a los pacientes que usaban Haloperidol el 45% tenían buena calidad de vida en el componente físico y mala calidad de vida en el componente mental, el 55% tenían mala calidad de vida en ambos componentes. Ningún paciente tenía buena calidad de vida en ambos componentes usando este fármaco. Con respecto a los pacientes que usaban Risperidona el 56% tenían una buena calidad de vida en el componente físico y malo en el mental, el 28% tenían buena calidad de vida en ambos componentes. Únicamente 2 pacientes (11%) tenían mala calidad de vida en ambos componentes. Según los resultados obtenidos el uso de Haloperidol está asociado a mala calidad de vida en ambos componentes. El uso de Risperidona mostró superioridad, estadísticamente significativa ($p < 0.05$), sobre Clorpromazina para obtener una buena calidad de vida en ambos componentes, asociada también a menores casos de mala calidad de vida en ambos componentes.

7. Conclusiones

- 1) Según este estudio los pacientes con esquizofrenia tienen buena calidad de vida en el componente físico (67%) y mala calidad de vida en el componente mental (92%).
- 2) El perfil de paciente con esquizofrenia estudiado es independiente del sexo, con un promedio de edad de 41 años. Los pacientes con pareja y que viven acompañados tienen mayor índice de buena calidad de vida en comparación con los pacientes sin pareja y que viven solos. Mientras más alto es el nivel de escolaridad alcanzado mejor es el índice de buena calidad de vida. Los pacientes sin grado de escolaridad se asocian a mala calidad de vida en ambos componentes. El desempleo se asocia a un mayor índice de mala calidad de vida.
- 3) En los pacientes con esquizofrenia la Risperidona es el fármaco que más se asocia con buena calidad de vida.

8. Recomendaciones

- 1) Enfatizar en la importancia de evaluar calidad de vida, usando el instrumento SF-36, a cada paciente con esquizofrenia que consulte a seguimiento de caso, considerando ésta como un determinante en la evolución del paciente.
- 2) Notificar a familiares o acompañantes la importancia de brindar un apoyo integral con acompañamiento al paciente con esquizofrenia.
- 3) Uso de Risperidona como antipsicótico de primera línea en pacientes con esquizofrenia, sobre Clorpromazina y Haloperidol.

9. Referencias bibliográficas

1. Jiménez T. Calidad de vida y Esquizofrenia. [Internet]. Asociaciones de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid: AMAFE; 2008. [Consultado abril 1 2016]16-26. Disponible en: http://www.incorporasaludmental.org/images/doc/D_CAS_ENT_DOCU_SUPO_0319_Calidad_de_Vida_Esquizofrenia.pdf
2. Adrianzen C, Mazzotti G, Cardenas E. Costos y Calidad de Vida en Esquizofrenia. Revista Neuro-psiquiatria (Peru) 1997; 60 Supl 1: 81-93. [consultado 3 abril 2016];Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/1424/1453>
3. Cabello HR, Díaz CL, Arredondo A. Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México. Salud Ment. 34(2): 95-102. 2011 Abril [consultado 5 abril 2016];Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000200002&lng=es.
4. Sergio Ramos Pozón. La calidad de vida en pacientes con esquizofrenia y sus familias. Análisis bioético, conceptual y psicopatológico. EIDON. Volumen 42:46-56. [Internet] diciembre 2014. [consultado 20 abril 2016]; Disponible en: www.revistaeidon.es/descargas/articulo/5
5. Browne S. Roe M. Lane A. Gervin M. Morris S. Quality of life in schizophrenia:relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. Acta Psychiatrica Scandinavica. Volume 94: 118–124. 2007. [consultado 23 abril 2016]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8883573>
6. Boyer L, Millier A, Perthame E, Aballea S, Auquier P, Toumi M. Quality of life is predictive of relapse in schizophrenia. BMC Psychiatry. 13:15. 2013[consultado abril 23 2016]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23302219>
7. Katschnig H, Schizophrenia and quality of life. Acta Psychiatrica Scandinavica, 102: 33–37. [revista en la Internet]. 2000 dic. [citado 5 abril 2016]; Disponible en : <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-15>
8. Rodríguez-Vidal M, Castro-Salas M, Sanhueza E, del Valle A, Martínez J. Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. Aquichán, 11(1): 66-76 [Internet]. 2011 Apr [consultado 7 abril [Internet]. 2013 2016]; Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000100006&lng=en.
9. Rosales G. Calidad de vida en alumnos adolescentes de un colegio privado de santa cruz del quiché. Universidad Rafael Landívar. [Tesis]15-27. Dic 2016 [consultado 12 septiembre de 2016]; Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Rosales-Gabriela.pdf>
10. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. HRQOL Concepts. CDC. Mayo 2016 [consultado 14 septiembre de 2016]; Disponible en: <http://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>

11. Velaverde E, Avila C. Evaluación de Calidad de Vida. salud pública de México vol.44, no.4. [revista en la Internet]. 2002 julio. [citado 14 de septiembre de 2016]; Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>
12. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. Revista latinoamericana de psicología volumen 35: 2003 161-164. [consultado 16 septiembre de 2016]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
13. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc. Enferm. [Internet]. 2003 Dic [citado 2016 Sept 25] ; 9(2): 09-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es
14. Grace L. _A life course study of quality of life at older ages in a French occupational cohort. Imperial College London. [consultado 17 septiembre 2016]; Disponible en: <file:///C:/Users/Nilsa/Downloads/PhD Thesis A life course study of qualit.pdf>
15. Vaquez J. Calidad de Vida en pacientes con epilepsia. Universidad San Carlos de Guatemala. [Tesis];17-21. [consultado 12 septiembre de 2016]; Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9626.pdf
16. Varcarolis E. Jordan M. Psychiatric Mental Health Nursing. Elsevier. Sixth Edition: 307-319 [consultado 17 septiembre 2016].
17. Hunter R, Kennedy E, Song F, Gadon L, Irving CB. Centro Cochrane Iberoamerican. Risperidone versus typical antipsychotic medication for schizophrenia. [Internet] 2003. [Consultado 14 de marzo del 2018]; Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD000440/risperidona-versus-farmacos-antipsicoticos-tipicos-para-la-esquizofrenia>
18. Pinho LG, Pereira A, Chaves C. Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia. Rev Esc Enferm USP. 2017 [Consultado 16 de marzo 2018]; Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/es_1980-220X-reeusp-51-e03244.pdf
Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ta Ed. [Internet]. Arlington, VA, 2014. [Consultado 16 de marzo 2018] Asociación Americana de Psiquiatría. Pág. 87-122 Disponible en: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
20. Montañol. Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. Revista Vanguardia Psicológica revista en internet Volumen 4, Número 1, marzo-septiembre de 2013. [Consultado 23 de abril 2018]; Disponible en: www.psicothema.com/pdf/459.pdf
21. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. Pag 467- . [Consultado 23 abril 2018].



**Calidad de Vida en
Esquizofrenia**

Esta encuesta le pide su opinión acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué tan bien puede hacer usted sus actividades normales. *¡Gracias por contestar estas preguntas!*

Por cada una de las siguientes preguntas, por favor marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

1. En general, ¿diría usted que su salud es:

<input type="checkbox"/> 5				

2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría usted en general ahora?

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual ahora que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5

SF-36v2™ Health Survey © 1995, 2004 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.

SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
(IQOLA SF-36v2 Standard, Guatemala (Spanish))

3. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo/la limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
---------------------	-----------------------	------------------------------

- | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a <u>Actividades vigorosas</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| b <u>Actividades moderadas</u> , tales como mover una mesa, barrer, trapear, bailar, montar bicicleta | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| c Levantar o llevar las compras del mercado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| e Subir <u>un</u> piso por la escalera..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| f Doblarse, arrodillarse o agacharse | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| g Caminar <u>más de un kilómetro</u> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| h Caminar <u>varios cientos de metros</u> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| i Caminar <u>cien metros</u> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| j Bañarse o vestirse | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

SF-36v2™ Health Survey © 1995, 2004 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
 SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
 (IQOLA SF-36v2 Standard, Guatemala (Spanish))

4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?

	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

d Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo) 1 2 3 4 5

5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido/a o ansioso/a)?

	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

c Ha hecho su trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual 1 2 3 4 5

SF-36v2™ Health Survey © 1995, 2004 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
 SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
 (IQOLA SF-36v2 Standard, Guatemala (Spanish))

6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

		Más o menos			Demasiado
<input type="checkbox"/> 5					

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas?

Ningún dolor					
<input type="checkbox"/> 6					

8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto el dolor le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

		Más o menos			Demasiado
<input type="checkbox"/> 5					

9. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante las últimas cuatro semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas...?

	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

i se ha sentido cansado/a? 1 2 3 4 5

10. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 5				

SF-36v2™ Health Survey © 1995, 2004 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
 SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
 (IQOLA SF-36v2 Standard, Guatemala (Spanish))

11. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No sé	Bastante falsa	Totalment e falsa
	<input type="checkbox"/>				
a Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

¡Gracias por contestar estas preguntas!

ANEXO



This is to certify that the IQOLA Project has prepared a true translation from English (for the United States) into Spanish (for Guatemala) of the SF-36[®] Health Survey (Version 1) and derivative forms, including the SF-36v2[®] Health Survey. The Spanish translation initially was developed in the United States using the standard IQOLA translation methodology, which involves multiple independent forward translations by native speakers of Spanish residing in the United States; reconciliation of the translations into one form; backward translation of this translation into English to check for conceptual equivalence; and small pilot tests. Minor modifications were made to the US-Spanish translation for use in Guatemala and other Central American countries by experienced health services researchers working in Central America. Translators in Guatemala subsequently reviewed the translation to confirm its acceptability in Guatemala.

Further details of the IQOLA translation process can be found in the following peer-reviewed article:

Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Leplège A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The International Quality of Life Assessment Project approach. *J Clin Epidemiol* 1998; 51:913-923.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script that reads 'Barbara Gandek'.

Barbara Gandek, M.S.
Director, IQOLA Project