

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“MEDICION DE LA CALIDAD DE VIDA (SQLS) Y FACTORES
INFLUYENTES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE
ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA. 2010 - 2014”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
MEDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR:

MARCO ANTONIO RAFAEL HERRERA FLORES

ASESOR:

MED. ANDRES COLLADO CARDENAS

TACNA – PERU

2016

DEDICATORIA:

Dedico esta tesis a mis padres, mis hermanos, a mis amigos más cercanos, quienes me apoyaron en cada paso de mi camino.

A los docentes que contribuyeron a mi formación a lo largo de mi carrera y que inculcaron en mi la búsqueda de conocimiento.

A esas personas que ya no están a mi lado, pero que dejaron una gran enseñanza en mi vida.

A esas personas que de alguna manera u otra guardan distancia de mí pero que fueron grandes apoyos en su momento.

AGRADECIMIENTO:

Después de un largo proceso que llevo hacer este trabajo de investigación y habiendo finalizado mí fase universitaria de pregrado, me llena de plena satisfacción haber cumplido con cada uno de estos pasos. Sin embargo también es indicado dar mis más sinceros agradecimientos a aquellas personas que han contribuido de alguna u otra manera con la realización de este trabajo.

Principalmente un eterno agradecimiento a dos personas que han estado siempre conmigo, mis padres. Agradecerles por todas las oportunidades que me han otorgado para lograr ser un profesional, por la formación familiar y personal que me han brindado desde que tengo uso de razón, y principalmente porque siempre han estado ahí incluso en mis peores momentos.

Agradecer a mis hermanos mayores, los cuales me han brindado mucha confianza para realizar mis metas y superar todo obstáculo que se me ha presentado en mi vida hasta el momento. De una u otra manera cada uno me ha enseñado lo mejor que tienen para que yo pueda desarrollarme como una mejor persona y profesional.

Agradecer a aquellos profesionales docentes, a mi jurado, que me ayudaron a poder desarrollar de la mejor manera posible este trabajo de investigación y guiarme en el camino para culminar esta fase de mi carrera profesional.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad de vida y los factores influyentes en la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2010 – 2014.

Material y método: el estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal. Comprendió a los pacientes esquizofrénicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Se realizó un muestreo aleatorio simple para determinar el tamaño muestral del periodo en estudio (2010-2014) totalizando a 197 pacientes, los cuales tuvieron que cumplir los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: se encontró que a nivel general, el 49.2% se encuentra con un nivel de calidad de vida deficiente. La esfera más comprometida, la psicosocial, el 43.1% revela un estado de deficiencia en la percepción de su calidad de vida. En la esfera emocional, el 49.2% manifiesta un estado de calidad de vida de deficiente. La esfera que en segundo lugar se encuentra con promedios altos, la de energía, el 52.8% manifiesta un estado deficiente de calidad de vida en el ámbito de rendimiento físico y de desenvolvimiento básico.; las características más asociadas a nivel de calidad de vida son: el nivel de instrucción con primaria ($p:0.05$), dependencia de hermanos ($p:0.028$) y pacientes que acudieron de 5 a 6 veces por el servicio referido($p:0.032$).

Conclusiones: El puntaje promedio total alcanzado en la medición de la calidad de vida es 67.96. La esfera psicosocial (promedio de 32.96) es la más comprometida respecto a la motivacional (promedio 15.54) y energía (promedio de 19.46).

Palabras Clave: Esquizofrenia, Calidad de vida y Psiquiatría

ABSTRACT

Objective: To determine the quality of life and the factors influencing the quality of life of patients with schizophrenia treated at the hospital of Hipólito Unanue Tacna. 2010 – 2014.

Methods: quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional study. He understood schizophrenic patients Hipólito Unanue Hospital in Tacna. simple random sampling was used to determine the sample size of the study period (2010-2014) totaling 197 patients, who had what meet the criteria for inclusion and exclusion.

Results: It was found that at a general level, the 49.2% is a poor quality of life. The more committed sphere, psychosocial, 43.1% revealed a deficiency state in the perception of their quality of life. In the emotional sphere, 49.2% said a state of poor quality of life. The second area that meets high school graduates, the energy, 52.8% said poor state of quality of life in the field of physical performance and basic development; more features associated with quality of life are: the level of education with primary ($p = 0.05$), dependence brothers ($p = 0.028$) and patients who came from 5-6 times by that service ($p = 0.032$).

Conclusions: The total average achieved in measuring the quality of life is 67.96. (Average 32.96) Psychosocial sphere is the most committed regarding the motivational (average 15.54) and energy (average 19.46).

Keywords: Schizophrenia, Quality of Life and Psychiatry

INDICE

INTRODUCCION	.....	1
CAPITULO 1	EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	3
	1.1 Fundamentación del problema	3
	1.2 Formulación del problema	6
	1.3 Objetivos de la investigación.....	6
	1.3.1 Objetivo General.....	6
	1.3.2 Objetivos específicos.....	6
	1.4 Justificación	7
CAPITULO 2	REVISION LITERARIA	8
	2.1 Antecedentes de investigación	8
	2.2 Marco Teórico.....	16
CAPITULO 3	HIPOTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	28
	3.1 Hipótesis	28
	3.2 Operacionalización de variables	28
CAPITULO 4	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION...	31
	4.1 Diseño	31
	4.2 Población y muestra	31
	4.2.1 Criterios de inclusión	32
	4.2.2 Criterios de Exclusión	32
	4.3 Instrumento de Recolección de datos	32
CAPITULO 5	RECOLECCION Y PROCEDIMIENTO DE ANALISIS DE DATOS.....	33
CAPITULO 6	ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	36
DISCUSION	.....	52

CONCLUSIONES	.....	56
RECOMENDACIONES	.....	57
BIBLIOGRAFIA	.....	58
ANEXOS	.....	60

INTRODUCCIÓN

Antes de los años 50 la atención a los pacientes psiquiátricos en nuestro país y en toda Latinoamérica era de capacidad limitada, y sólo quienes podían pagar un servicio especializado recibían una atención diferenciada en alguna clínica privada¹. Hoy en día la tarea fundamental es buscar la rehabilitación integral de los pacientes con trastornos mentales y con enfoque familiar, con el objetivo de dar un tratamiento humano a los enfermos y ayudar a las familias a como convivir con un paciente psiquiátrico y explotar al máximo sus potencialidades para lograr su mejor reinserción a la sociedad y a su medio familiar². La rehabilitación psiquiátrica se define como el conjunto de procedimientos biológicos y socio psicológico utilizado en aquellos enfermos en los que han aparecido incapacidades que le imposibilitan un adecuado ajuste social pero también se habla ya de la rehabilitación de la familia que asume el tener un integrante o más con enfermedad mental. Ambas cosas en conjunto se reflejan en una mejor calidad de vida. Esta característica que aún no ha sido medida en nuestro medio en este tipo de grupos sociales, es el principal objetivo de este trabajo.

Se comienza a tratar la rehabilitación en diferentes aspectos y no solo la medicamentosa a través de la ayuda especializada tradicional. Fortalecer los diferentes grupos o niveles, como la familia, es el nuevo paradigma mundial, pensando en el restablecimiento y desarrollo de habilidades y conocimientos en pacientes que padecen algún tipo y grado de

¹ Rodríguez Cárdenas O, Martínez Hernández O, González Ledesma Y, Rodríguez Hernández LA, Zamora Lombardía E, Sierra Muñiz M. Rehabilitación integral del paciente con trastorno mental grave. Hospital Psiquiátrico de Matanzas. Rev Médica Electrónica. octubre de 2015;37(5):479-87.

² Red Cubana de la Ciencia [Internet]. [citado 20 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.redciencia.cu/noticias/noticias_tit.php

discapacidad como consecuencia de un trastorno mental. La idea es mejorar su calidad de vida, con la única visión de reincorporarlos a una vida social útil, pacientes y familia, de acuerdo a las posibilidades reales existentes en cada caso y país.

La presente investigación se propone informar estos resultados al grupo profesional de Psiquiatría con vistas a mejorar la atención y rehabilitación al paciente psiquiátrico y su entorno familiar, permitiendo así contar con instrumentos de ayuda de la mejora continua en la atención médica. Incrementando así el número y variedad de las mismas.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del Problema

La esquizofrenia afecta a 1-1.5% de la población mundial³; Las características principales de la esquizofrenia son los síntomas positivos y negativos que guardan estrecha relación con el deterioro del funcionamiento psicosocial. El funcionamiento psicosocial se define como la capacidad de cada sujeto para adaptarse, funcionar, desenvolverse e interactuar en el ámbito social y personal.

En los últimos años la morbilidad y mortalidad por enfermedades comunes del adulto han influido notablemente en los indicadores de salud y en la calidad de vida de la población al ubicarse en los primeros lugares, superando así a las enfermedades monogénicas. Entre ellas figura la esquizofrenia como una de las afecciones de mayor impacto en la salud pública mundial, cuyo origen, no precisado aún, fluctúa desde una hipótesis dopaminérgica hasta una viral⁴. Desde 1996 la esquizofrenia se encuentra incluida en la lista de las diez causas más importantes de enfermedad y muerte en el mundo.

Se trata de un trastorno mental crónico y deteriorante que suele iniciarse antes de los 25 años de edad y suele persistir durante toda la vida. Los síntomas que produce esta enfermedad son una fuente importante sufrimiento para el

³ Icaza MEM-M, Martínez LRD, Salcedo VV, García FJ, Collazos MV. Funcionamiento psicosocial de pacientes esquizofrénicos de acuerdo con su consumo de alcohol. *Salud Ment* 2005;28(4):40-8

⁴ Nuñez Copo, Antonio. Factores ambientales y genéticos asociados a la esquizofrenia paranoide en el área de salud «28 de septiembre»2014.

paciente y su familia, así como de discapacidad. Las personas con la enfermedad se enfrentan no solo a los síntomas y los efectos secundarios del tratamiento, sino que sufren un deterioro en su funcionalidad, dadas la gravedad de la afección y la importancia de las áreas afectadas⁵.

Son pocos los estudios en la región y el país y poco el abordaje del entorno del paciente que sufre esta patología. Las estadísticas locales no registran acciones de manejo del problema con enfoque de riesgo y tan sólo se ven acciones de atención a la demanda diaria. Son escasas las intervenciones en el campo de la medición de la calidad de vida del paciente con esquizofrenia.

Si bien la incorporación de las medidas de calidad de vida representan uno de los avances más importantes en materia de evaluaciones en salud, no existe aún la claridad suficiente respecto a una base conceptual compartida en los servicios; por otra parte, se debe aceptar la dificultad de medir integralmente un fenómeno tan multidimensional como es la autoevaluación de la percepción individual, tratando de generar una base empírica que permita pasar de un discurso genérico e inconmensurable a datos que provean evidencia científica de adecuada calidad. Implica además aceptar que, hasta el momento, las evaluaciones de calidad de vida asumen que las personas son capaces de analizar aspectos de su estado de salud en forma aislada, separándolos de otros aspectos de la vida humana (ingresos, situación laboral, relaciones interpersonales, estrategias personales de afrontamiento). Hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que

⁵ What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum. 1996;17(4):354-6.

preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideran que su calidad de vida es buena.

La presente investigación pretende dar los pasos iniciales en aceptar que la medición de la calidad de vida debería ser incorporada en las acciones sanitarias locales y regionales. Que existen instrumentos de fácil acceso que ayudaría al clínico a realizar un seguimiento más eficaz de la evolución de sus pacientes y que además serían sustratos de trabajos de investigación futuros.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la calidad de vida y los factores influyentes de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia atendidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2010 – 2014?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General:

- a. Describir el nivel de calidad de vida y los factores influyentes que reportan las personas diagnosticadas de esquizofrenia atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2010 - 2014.

1.3.2. Objetivos específicos:

- a. Identificar la asociación de diferentes factores sociodemográficos en el nivel de calidad de vida que reportan las personas diagnosticadas de esquizofrenia atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2010 - 2014.
- b. Identificar la asociación entre características del entorno familiar y calidad de vida de las personas diagnosticadas de esquizofrenia atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2010 – 2014.
- c. Identificar las características predominantes de las personas diagnosticadas de esquizofrenia atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2010 – 2014.

1.4. Justificación

La motivación de este estudio es indagar en aquellos factores modificables que estarían afectando negativamente la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad, a fin de mejorar la adherencia al tratamiento y la rehabilitación para, de acuerdo con los resultados obtenidos, plantear intervenciones a futuro destinadas a mejorar o mantener una óptima calidad de vida. Se ha publicado en diferentes foros científicos que los pacientes esquizofrénicos con mayor apoyo social tienen mejor calidad de vida que aquellos pacientes esquizofrénicos que tienen menor apoyo social. Pero sabemos que esas características no han sido estudiadas en nuestro medio. Sería interesante realizar esta investigación con un número de pacientes que presenten esta patología para tener resultados comparables. Pero debemos reconocer que todo debe partir de estudios iniciales que describan el problema, especialmente cuando los servicios no han realizado intervenciones de las que referimos. Por lo anteriormente expuesto, el problema que aborda esta investigación está orientado a conocer la calidad de vida y los factores relacionados de los pacientes esquizofrénicos como estudio de base y así marcar el inicio de futuras intervenciones más allá de la farmacoterapia de apoyo en los pacientes que se controlan en los servicios de salud de Psiquiatría de del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes de la investigación

Magali Rodríguez-Vidal La presente investigación tuvo como objetivo conocer la calidad de vida y los factores relacionados de los pacientes esquizofrénicos que se controlan en los servicios de salud Concepción y Arauco de Chile durante los meses de abril-junio de 2009. Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal. La población incluida en este trabajo comprendió al total de los pacientes esquizofrénicos (40) bajo régimen de corta estadía. El instrumento utilizado fue la variable principal —calidad de vida (CV) —, que se midió a través del cuestionario SF-36, además se incorporaron variables sociodemográficas y de apoyo social, esta última medida a través del cuestionario Duke- UNC-11. Los resultados del estudio reflejan aceptable calidad de vida, lo cual puede asociarse con las condiciones socioculturales de la región⁶.

Suarez valida la escala SQLS para medir la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en Colombia. Métodos: Se aplicó a 251 pacientes la escala autoaplicable SQLS. La aplicación se repitió a los 2 días a 28 pacientes y a los 30 días a 38 pacientes para evaluar la confiabilidad test-retest y la sensibilidad al cambio respectivamente; 50 pacientes cumplimentaron además la

⁶ Magali Rodríguez-Vidal. Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. AQUICHAN - ISSN 1657-5997. 11 de marzo de 2011

escala SF-12 para determinar la validez concurrente. Resultados: Se encontraron tres dominios para la escala SQLS en Colombia: para los tres dominios se encontraron coeficientes alfa de Cronbach $> 0,7$. El modelo con tres factores no mostró un ajuste adecuado. En la evaluación test-retest, se encontraron valores de correlación adecuados ($> 0,86$). No se encontró una diferencia significativa en las mediciones de la sensibilidad al cambio. La validez concurrente mostró valores de correlación aceptables sólo con los dominios de la SF-12, relacionados con salud y funcionamiento mental. Conclusiones: Aunque la escala SQLS muestra una estructura factorial consistente con la propuesta original, buena consistencia interna y estabilidad en el tiempo, se requiere un estudio más detallado del funcionamiento de algunos ítems que pueden no estar midiendo el constructo adecuadamente⁷.

Gutiérrez-Maldonado y cols. describen la percepción de apoyo y el funcionamiento social de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores principales, y su relación con la calidad de vida. Participaron 45 pacientes y 45 familiares atendidos por los Servicios de Salud Mental de Arica, Chile. Tanto los pacientes como los cuidadores presentan una percepción pobre de apoyo social por parte de personas extra-familiares, así como una escasa integración social. No obstante, los pacientes muestran adecuadas capacidades para desenvolverse dentro de su ambiente familiar inmediato. A diferencia de lo encontrado en países desarrollados, estos

⁷ Suárez MF, Sánchez R, Calvo JM. Validación de la escala Schizophrenia Quality Of Life Scale (SQLS) para medir la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. 2013;257-65.

pacientes muestran niveles moderados de calidad de vida, con una fuerte relación con la percepción de apoyo social y con la capacidad de establecer y mantener contactos sociales. La calidad de vida de los cuidadores principales se relaciona con la capacidad de los pacientes para establecer y mantener contactos sociales dentro del grupo familiar, en otras instancias sociales, y en el mantenimiento de un empleo. Los resultados del estudio sugieren la necesidad de considerar el funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia, y su integración familiar y comunitaria como un objetivo central en los programas de apoyo para estos pacientes y sus cuidadores⁸.

Caqueo-Urizar y cols. describen la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia con ascendencia aymara, analizando la presencia de diferencias con pacientes de ascendencia no originaria. Método: Participaron 45 pacientes atendidos por los Servicios de Salud Mental de Arica, Chile. Se utilizó la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS), y el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSVV). Resultados: Los pacientes del estudio mostraron niveles moderados de calidad de vida, con una fuerte relación con el síndrome negativo y la psicopatología general del trastorno, no hallando diferencias significativas en las dimensiones de la calidad de vida en función de la ascendencia étnica. Los resultados encontrados evidencian que la integración de los pacientes a los servicios de salud comunitarios se asocia positivamente a la valoración que

⁸ Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Ferrer-García M, Fernández-Dávila P. Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema* Oviedo. 2012; 255-62

hacen respecto a su calidad de vida, siendo fundamental considerar la integración de los cuidadores en los tratamientos administrados⁹.

Calvo realiza la traducción y adaptación cultural de instrumentos de medición es un proceso que se aplica en las fases iniciales dentro de las etapas de validación. La escala SQLS (Schizophrenia quality of life scale) es un instrumento para medir la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia que no ha sido validado en Colombia. **Objetivos.** Traducir y adaptar transculturalmente al Castellano en Colombia la escala SQLS. **Material y métodos.** Para estos procesos se utilizaron las recomendaciones de ISPOR y del grupo de calidad de vida de EORTC. **Resultados.** Dos ítems de la escala fueron modificados: en uno de ellos (pregunta seis) se cambió la presentación original de una frase negativa a una positiva. En otro (pregunta 25) se modificó el término de la traducción literal y se introdujo otro con equivalencia transcultural. La escala puede responderse en un tiempo aproximado de 10 minutos. **Conclusión.** Se dispone de un insumo para generar una versión validada de la escala para poder ser usada en pacientes colombianos¹⁰.

Ojeda propone que mejorar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia es un objetivo fundamental en una enfermedad que resulta devastadora, pero no hay acuerdo sobre qué factores predicen la calidad de vida (CV)

⁹ Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Ferrer-García M, Fernández-Dávila P. Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia de ascendencia étnica aymara en el norte de Chile. Rev Psiquiatr Salud Ment Barc Ed Impr. 2012;121-6

¹⁰ Calvo JM, Sánchez-Pedraza R, Peña-Solano DM. Traducción y adaptación de la escala sqls para medir calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en Colombia. Rev Fac Med Univ Nac Colomb. 2012 ;85-102

en el curso de la enfermedad. Metodología. En el presente estudio se examinaron a 165 pacientes hospitalizados con esquizofrenia. Se incluyeron medidas de síntomas psiquiátricos (PANSS, insight y síntomas afectivos) y cognitivas. Un análisis factorial confirmatorio estableció una estructura cognitiva compuesta de seis factores, que incluyen atención, velocidad de procesamiento, memoria verbal, fluidez, memoria de trabajo y funciones ejecutivas. La calidad de vida fue medida mediante la Escala de Calidad de Vida de Heinrichs-Hanlon-Carpenter. Resultados. La edad, tiempo de duración de la enfermedad, mayor gravedad de síntomas negativos y la mayoría de factores cognitivos correlacionaron significativamente con los indicadores de CV. Los análisis de regresión mostraron que, muy por encima de los demás factores cognitivos, la velocidad de procesamiento (VP) es un importante predictor de la CV. Además, la interacción de la VP con los síntomas negativos, la edad del paciente y el nivel de deterioro en funciones ejecutivas modificaron el efecto de la VP sobre la CV. Finalmente, los síntomas positivos y otros datos sociodemográficos no guardaron relación con la CV en nuestro estudio. Conclusiones. Nuestros hallazgos sugieren que la VP y los síntomas negativos predicen la CV en la esquizofrenia¹¹.

Lizzette Gomez-de-Regil tuvo como objetivo analizar las diferencias en la calidad de vida de pacientes con psicosis comparados de acuerdo con el curso de la enfermedad. Método: Se usaron las historias clínicas y la SCID-I para

¹¹ Ojeda N, Sánchez P, Peña J, Elizagárate E, Yoller AB, Gutiérrez-Fraile M, et al. Un modelo explicativo de la calidad de vida en la esquizofrenia: el papel de la velocidad de procesamiento y los síntomas negativos. *Actas Esp Psiquiatr.*2012 ;10-8.

establecer el curso de la enfermedad, que se clasificó conforme a 3 criterios: a) recaídas, b) síntomas residuales y c) diagnóstico clínico primario. La calidad de vida subjetiva se evaluó con el cuestionario Sevilla. Resultados: Participaron 61 pacientes (el 56% mujeres) que, en general, refirieron un nivel de calidad de vida adecuado. El curso de la enfermedad, caracterizado por la presencia de síntomas residuales, más que por la experiencia de recaídas o la evolución de un primer episodio de psicosis a esquizofrenia, reveló un efecto negativo sobre la calidad de vida percibida por los pacientes. Conclusiones: Los servicios clínicos ofrecidos a los pacientes con psicosis han de enfocarse no solo en la remisión de los síntomas y prevención de las recaídas sino también en la obtención del restablecimiento con una calidad de vida satisfactoria. Puesto que se han identificado los síntomas residuales como un factor esencial que afecta de modo negativo a la calidad de vida, los médicos han de valorarlos cuidadosamente a fin de lograr el mayor grado posible de restablecimiento del paciente.¹²

López Jiménez tuvo como objetivo comprobar los cambios en las dimensiones de ansiedad y depresión de pacientes penitenciarios con esquizofrenia paranoide tras un programa de terapia ocupacional. Material y métodos: Se diseñó un estudio cuasi experimental con una muestra de 8 hombres (edad media \pm desviación estándar 40,1 \pm 8,2 años), extraídos de un conjunto de 25 pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide internados en un hospital

¹² Gómez-de-Regil L. Curso de la enfermedad y calidad de vida en pacientes mexicanos con psicosis. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.12.001>

psiquiátrico. Se utilizaron la Escala de Ansiedad de Hamilton y la Escala de Calgary para Depresión en Esquizofrenia. El protocolo de terapia ocupacional se desarrolló diariamente durante 2 meses y medio. Se hizo un análisis estadístico descriptivo y se utilizó la prueba de Wilcoxon para evaluar los cambios en las puntuaciones de ansiedad y depresión (intervalo de confianza del 95%) con SPSS 19.0. Resultados: Se encontraron cambios favorables en las dimensiones de ansiedad psíquica y somática ($p = 0,008$). En la puntuación total de la ansiedad, se encontraron mejorías significativas ($p = 0,008$), con una mediana antes de la intervención de 18 puntos (RIQ = 9 puntos) a una mediana de 4 puntos (RIQ: 4 puntos), con un descenso del 25% en la puntuación. La puntuación en depresión pasó de 7,0 puntos medianos (RIQ = 6,5 puntos) a 1,0 punto (RIQ = 1 punto) después de la intervención ($p = 0,008$), que supuso un 15% menos en la puntuación de depresión. Conclusiones: La intervención con un programa de terapia ocupacional actuó favorablemente sobre la ansiedad y la depresión de pacientes con esquizofrenia paranoide internados en el centro penitenciario.¹³

Mayoral Fermín buscó evaluar la eficacia y la aplicabilidad de un programa de intervención unifamiliar, en comparación con el tratamiento habitual, en una muestra ambulatoria de pacientes con esquizofrenia, durante un periodo de 18 meses. Metodología: Ochenta y ocho familias fueron aleatorizadas en 2 grupos. El grupo experimental ($n = 44$)

¹³ López Jiménez A, et al. Intervención con terapia ocupacional en pacientes penitenciarios con esquizofrenia paranoide: estudio experimental no controlado. *Fisioterapia*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2013.11.002>

recibió un programa de intervención familiar durante 12 meses. El grupo control (n = 44) mantuvo su tratamiento habitual. Se realizaron evaluaciones en el momento inicial, a los 12 meses y a los 18 meses. La medida principal de resultado fue el número de hospitalizaciones, y como medidas secundarias se utilizaron la gravedad de la sintomatología clínica (BPRS) y el funcionamiento social (DAS II). Resultados: De los 88 pacientes reclutados, 74 completaron la evaluación a los 12 meses y 71 la evaluación final a los 18 meses. Los pacientes que siguieron intervención familiar redujeron un 40% el riesgo de hospitalización respecto a los pacientes que se mantuvieron con tratamiento habitual. La sintomatología clínica mostró una mejoría significativa a los 12 meses que dejó de serlo a los 18 meses. El nivel de discapacidad también se redujo de forma significativa, tanto a los 12 como a los 18 meses en el grupo tratado respecto al control. Conclusiones: Las intervenciones familiares psicoeducativas reducen el riesgo de hospitalización y mejoran el estado clínico y el funcionamiento social de las personas con esquizofrenia.¹⁴

¹⁴ Fermín Mayoral, Adela Berrozpe, Jesús de la Higuera, Juan José Martínez-Jambrina, Juan de Dios Luna, y Francisco Torres-Gonzalez. Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. Un estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado en España. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.11.001>

2.2 Marco teórico

Tipos de esquizofrenia¹⁵

La esquizofrenia se caracteriza por dificultades para diferenciar lo real de lo irreal. Se acompaña de ansiedad, depresión y, ocasionalmente, conductas suicidas. Los que la padecen sienten tensión, dificultades de concentración, insomnio, alucinaciones auditivas y/o visuales, mantienen creencias falsas, el pensamiento y el afecto aparecen alterados. Es una importante causa de discapacidad a largo plazo, altera las relaciones sociales y familiares, conlleva dificultades educativas y ocupacionales, pérdida de productividad, desempleo, enfermedad física y mortalidad prematura. Se postula una base biológica, consistente en hiperfunción dopaminérgica, debida a una susceptibilidad particular de origen genético y, en algún caso, infecciosa, tóxica o traumática. Sin embargo, para su manifestación, son fundamentales los factores biográficos y las dificultades psicosociales^{16,17}

¹⁵ OMS. criterios diagnósticos CIE-10. Esquizofrenia. 2014.

¹⁶ Kay SR, Flszbein A, Opfer LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13(2):261-76.

¹⁷ Pol Yanguas E. Antipsicóticos para la esquizofrenia: paradigma de los medicamentos psiquiá. *Salud Colect [Internet].* marzo de 2015; 11(1):115-28

Esquizofrenia Paranoide

En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos. Ideas delirantes y alucinaciones más frecuentes:

- Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal
- Alucinaciones olfatorias, gestatorias, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales.

El curso puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados. El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica. Pautas para el diagnóstico:

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia y además deben predominar las alucinaciones o las ideas delirantes

y ser relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad y del lenguaje y los síntomas catatónicos.

Esquizofrenia Hebe frénica

Forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial es inadecuada. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva.

Comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia. Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, destaca el trastorno del pensamiento. Se pierden la iniciativa y la determinación, se pierde cualquier tipo de finalidad de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido. Además, la preocupación superficial y manierística por temas religiosos, filosóficos o abstractos puede hacer difícil al que escucha seguir el hilo del pensamiento.

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico seguro de hebefrenia normalmente es necesario un período de dos o tres meses de observación continua para asegurarse de que persiste el comportamiento característico.

Esquizofrenia Catatónica

Presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Durante largos períodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas y encorsetadas. Otra característica llamativa de este trastorno es la excitación intensa.

Pautas para el diagnóstico

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia. Pueden aparecer síntomas catatónicos aislados y transitorios en el contexto de cualquier otro tipo de esquizofrenia. Para el diagnóstico de esquizofrenia catatónica deben predominar en el cuadro clínico uno o más de los siguientes tipos de comportamiento:

Estupor o mutismo.

Excitación.

Catalepsia.

Negativismo.

Rigidez.

Flexibilidad c3rea.

Obediencia autom1tica y perseverancia del lenguaje.

Esquizofrenia Indiferenciada

Conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagn3stico de esquizofrenia pero que no se ajustan a ninguno de los tipos o presentan rasgos de m1s de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categor1a deber1 utilizarse 1nicamente para los cuadros psic3ticos (excluyendo, pues, a la esquizofrenia residual y a la depresi3n pos esquizofr3nica) y s3lo despu3s de haber intentado clasificar el cuadro cl1nico en alguna de las tres categor1as precedentes.

Pautas para el diagn3stico

Satisfacen las pautas para el diagn3stico de esquizofrenia.

No satisfacen las pautas de los tipos catat3nico, Hebe fr3nico o paranoide.

No re1nen las pautas para la esquizofrenia residual o la depresi3n pos esquizofr3nica.

Depresi3n Postesquizofr3nica

Trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge despu3s de un trastorno esquizofr3nico.

Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos "positivos" o "negativos" (más frecuentes). Rara vez son lo suficientemente graves o duraderos para satisfacer las pautas de un episodio depresivo grave y a menudo es difícil decidir qué síntomas del enfermo son debidos a una depresión, cuáles a la medicación neuroléptica y cuáles son expresión del trastorno de la voluntad y del empobrecimiento afectivo de la esquizofrenia por sí misma. Estos estados depresivos se acompañan de un alto riesgo de suicidio.

Pautas para el diagnóstico

El enfermo ha tenido en los últimos doce meses una enfermedad esquizofrénica que satisfacía las pautas generales de esquizofrenia.

Persisten algunos síntomas esquizofrénicos.

Los síntomas depresivos son destacados, fuente de malestar y cumplen al menos las pautas de un episodio depresivo y han estado presentes por lo menos durante dos semanas.

Esquizofrenia Residual

Estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales

caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles.

Pautas para el diagnóstico

Presencia de síntomas esquizofrénicos "negativos" destacados

Evidencia de que en el pasado ha habido por lo menos un episodio claro que ha reunido las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia.

Un período de por lo menos un año durante el cual la intensidad y la frecuencia de la sintomatología florida (ideas delirantes y alucinaciones) han sido mínimas o han estado claramente apagadas, mientras que destacaba la presencia de un síndrome esquizofrénico "negativo".

La ausencia de demencia u otra enfermedad o trastorno cerebral orgánico, de depresión crónica o de institucionalización suficiente como para explicar el deterioro.

Esquizofrenia Simple

Trastorno no muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan claramente psicótico como los

tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. Los rasgos "negativos" característicos de la esquizofrenia residual aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven ociosos y pierden sus objetivos.

Pautas para el diagnóstico

Desarrollo progresivo durante un período de tiempo superior a un año, de los síntomas "negativos" característicos de la esquizofrenia residual, sin que hayan existido antecedentes de alucinaciones, de ideas delirantes ni de otras manifestaciones de un episodio psicótico pasado, con cambios significativos en la conducta personal manifestados con una marcada pérdida de interés, ociosidad y aislamiento social.

Otra esquizofrenia

Esquizofrenia sin especificación

Otros trastornos relacionados con la esquizofrenia

- Trastorno esquizotípico.
- Trastornos de ideas delirantes persistentes.
- Trastorno de ideas delirantes.
- Otros trastornos de ideas delirantes persistentes.
- Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación.
- Trastornos psicóticos agudos y transitorios.

- Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.
- Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.
- Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.
- Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.
- Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.
- Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.
- Trastorno de ideas delirantes inducidas.
- Trastornos esquizoafectivos.
- Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco.
- Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.
- Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.
- Otros trastornos esquizoafectivos.
- Trastorno esquizoafectivo sin especificación.
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos.
- Psicosis no orgánica sin especificación.

Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia

La calidad de vida es un desenlace en salud con un importante componente de subjetividad, sobre el cual se han planteado diferentes definiciones. La mayoría concuerda en subrayar la importancia de la multidimensionalidad y la subjetividad del constructo, pero difiere en cuanto a los parámetros de definición. La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como: «La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno».

La percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. La calidad de vida cuando se está enfermo es la resultante del tipo de enfermedad, su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el apoyo social percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad¹⁸.

¹⁸ Schwartzmann L. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ASPECTOS CONCEPTUALES. Cienc Enferm. diciembre de 2003; 9(2):09-21.

Medición de la Calidad de Vida

Así como existen numerosas definiciones de calidad de vida, se han desarrollado múltiples instrumentos para medir este constructo. Durante la década de los ochenta del siglo pasado se desarrollaron las primeras escalas para medir calidad de vida en escenarios aplicables a la salud mental: la "Satisfaction with life domain scale" (SLDS) y el "Oregon Quality of Life Questionary" (OQLQ)¹⁹. Posteriormente aparecieron otras escalas como el "SF-36 Health Survey Questionnaire" (SF-36)²⁰ (22), el "Nottingham Health Profile" y el "Sickness Impact Profile", entre otras, como instrumentos generales de medición de calidad de vida utilizables en enfermos mentales. Sin embargo, estas escalas tienen la desventaja de pasar por alto ciertas consideraciones particulares que son importantes para grupos específicos de pacientes. En lo que concierne a la esquizofrenia, existen numerosas escalas específicas que miden la calidad de vida, aunque muchas de ellas tienen una utilidad cuestionable por las siguientes razones:

La excesiva cantidad de ítems en algunas escalas limita su utilidad. Por ejemplo, instrumentos como el "Quality of Life Self Report-100" (QLS-100)²¹ o el "Quality of Life

¹⁹ Awad AG. Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders: New Perspectives on Research and Treatment. Springer Science & Business Media; 2007. 389 p.

²⁰ Ware JE. SF-36 health survey update. Spine. 15 de diciembre de 2000;25(24):3130-9.

²¹ Bobes J, Garcia-Portilla MP, Bascaran MT, Saiz PA, Bouzoño M. Quality of life in schizophrenic patients. Dialogues Clin Neurosci. junio de 2007 ;9(2):215-26

Checklist" (QOLC) ²² son instrumentos con más de 90 ítems lo cual dificulta y hace demorada su aplicación.

En el año 2000, Wilkinson y colaboradores desarrollaron la "Schizophrenia Quality of Life Scale" (SQLS). Este instrumento es una escala de auto-reporte, de rápida aplicación (consta de 30 ítems que se diligencian entre cinco y 10 minutos), y tiene una estructura multidimensional que permite medir tres dominios: psicosocial, energía/motivación y síntomas/efectos adversos. La escala SQLS ha sido adaptada culturalmente y validada en otras partes del mundo incluido Latinoamérica, y ha sido usada ampliamente en estudios de medición de calidad de vida en esquizofrenia. La traducción y adaptación transcultural de instrumentos para medir calidad de vida relacionada con la salud busca que el lenguaje y el significado de los contenidos del instrumento sean consistentes con los diferentes escenarios de aplicación. Además es el primer paso para la validación de tales instrumentos y debe realizarse antes de que comience el uso en actividades clínicas o investigativas ^{23,24}.

En un país como el nuestro, donde las diferencias socioeconómicas son marcadas y suponen así mismo

²² Boyer L, Auquier P. The lack of impact of quality-of-life measures in schizophrenia: a shared responsibility? *PharmacoEconomics*. 1 de junio de 2012;30(6):531-2; author reply 532-3.

²³ Smit J, van den Berg CE, Bekker L-G, Seedat S, Stein DJ. Translation and cross-cultural adaptation of a mental health battery in an African setting. *Afr Health Sci*. diciembre de 2006;6(4):215-22.

²⁴ Calvo JM, Pedraza RS, Solano DMP. Traducción y adaptación de la escala SQLS para medir calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en Colombia. *Rev Fac Med*. 7 de agosto de 2012; 60(2):95-102.

diferencias en aspectos culturales, incluido el mismo uso del lenguaje, la incorporación de los pacientes dentro de los procesos de traducción y de adaptación transcultural juegan un papel clave; esto adquiere una dimensión más clara cuando se trata de instrumentos que buscan medir aspectos subjetivos, matizados con grandes diferencias entre los individuos. En el presente proceso de traducción, las modificaciones introducidas en el instrumento, específicamente la utilización de una palabra que no necesariamente tiene una equivalencia formal con la del instrumento inicial, fue generada dentro del proceso en el que participaron pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Dentro de los resultados del proceso de traducción y adaptación transcultural se destaca el siguiente punto: El instrumento puede ser tramitado por el paciente en un tiempo razonable (10 minutos) lo que está a favor de la utilidad y aplicabilidad de la escala.

CAPITULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

Por ser un estudio observacional no se considerará hipótesis.

3.2 Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADORES	CATEGORIZACIÓN	ESCALA
Tiempo de enfermedad	Tiempo transcurrido desde diagnóstico e inicio de tratamiento	1. < 6 meses 2. 7 meses a 1 año 3. 2 a 5 años 4. 6 a 10 años 5. 11 a más años	Nominal
Sexo	Género	1. Masculino 2. Femenino	Nominal
Edad del Paciente	Edad Cronológica en años	1. 15 a 19 años 2. 20 a 29 años 3. 30 a 39 años 4. 40 – 49 años 5. 50 – 59 años 6. 60 – 65 años	Ordinal
Estado Civil	Estado o condición conyugal	1. Soltero 2. Casado 3. Conviviente 4. Divorciado 5. Viudo	Nominal
Nivel de Instrucción	Grado Alcanzado	1. Analfabeto 2. Primaria Incompleta 3. Primaria Completa 4. Secundaria Incompleta 5. Secundaria Completa 6. Superior Incompleta 7. Superior Completa	Nominal

Ocupación	Principal ocupación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Empleado remunerado 2. Empleado no remunerado 3. Obrero dependiente 4. Obrero independiente 5. Estudiante 6. No trabaja 	Nominal
Familiares del entorno domiciliario	Número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vive sólo 2. 1 a 2 familiares 3. 3 a 5 familiares 4. 6 a más. 	Nominal
Recaídas	Número de recaídas durante el último año	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin recaídas 2. 1 a 2 recaídas 3. 3 a 4 recaídas 4. 5 a más recaídas 	Nominal
Hospitalizaciones	Número de hospitalizaciones en el último año	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin hospitalizaciones 2. De 1 a 2 hospitalizaciones 3. De 3 a 4 hospitalizaciones 4. 5 a más hospitalizaciones 	Nominal
Nivel de dependencia	Presencia de asistencia o apoyo familiar consignada en la historia clínica. Acompañante inicial en periodo de diagnóstico.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acude sólo y sin asistencia 2. Padre 3. Madre 4. Ambos padres 5. Hermanos 6. Abuelos 7. Esposa(so) 8. Otros: _____ 	Nominal
Regularidad de medicación	Tratamiento farmacológico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regular 2. Irregular 3. Muy irregular 	Nominal
Control	Ultimo control en especialidad	Ultimo control en días o meses de visita a especialista para control farmacológico	Nominal
Calidad de vida	Aplicación del instrumento "Schizophrenia Quality of Life Scale" (SQLS) validado y traducido para Latinoamérica	Medición en escala continua de 0 a 100 en tres esferas de dominio: <ul style="list-style-type: none"> • Psicosocial • Energía/motivación • Síntomas/efectos adversos 	Nominal

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño

Este es un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal.

4.2. Población y muestra.

a) La población:

La población incluida en este trabajo comprendió al total de los pacientes esquizofrénicos que acuden al Hospital Hipólito Unanue de Tacna y que se controlan en el Programa de Salud Mental y que a la fecha se encuentran registrados en el sistema.

b) Muestra:

Se realizará un muestreo aleatorio simple para determinar el tamaño muestral del periodo en estudio (2010-2014) determinado por la siguiente función:

$$n = \frac{N * Z^{2*} p * (1 - p)}{d^2 * (N - 1) + Z^{2*} p * (1 - p)}$$

$$n = 197$$

$$N = 1365$$

$$Z = 1.96 \text{ (95 \% nivel de confianza)}$$

$$p = 0.15 \text{ (15 \%)}$$

$$d = \text{nivel de error de 5 \% (0.05)}$$

4.2.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia
- De ambos sexos
- Procedentes de región Tacna
- Atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna
- Pacientes esquizofrénicos de 15 a 65 años.
- Pacientes sin etapa aguda de la enfermedad

4.2.2. Criterios de Exclusión

- Personas sordomudas, portadores de hipoacusia bilateral, no videntes.
- Pacientes las cuales no se logra la ubicación de sus hogares.

4.3. Instrumentos de Recolección de datos. (Ver anexos)

CAPITULO V

RECOLECCION Y PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

El levantamiento de información considerará los siguientes aspectos:

- Enlistado de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Determinación de la muestra representativa
- Identificación de los domicilios respectivos.
- Visita domiciliaria de intervención.

La aplicación de la encuesta estará a cargo de 03 encuestadoras ajenas al investigador y dirigidas por un supervisor de campo con experiencia en el campo, seleccionadas previamente y capacitadas durante tres días. El programa de capacitación contemplará los siguientes aspectos:

- Explicación de los objetivos del estudio de medición
- Características del instrumento a utilizar
- Asignación de la muestra y organización de la recolección de información.
- Práctica de campo en Instituto Piloto.
- Discusión de los resultados de la práctica de campo.
- Organización de la supervisión y control de la calidad de la información recolectada.
- Entrega de materiales y guía de la encuesta.

Consideraciones éticas

El presente estudio tendrá en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- Ninguna persona será obligada a participar en la investigación
- Todos los datos recolectados serán para fines exclusivos de la investigación.
- Por ningún motivo o razón se identificarán los datos particulares de los entrevistados/as.
- A cada entrevistado/a se le explicará las razones y motivos del estudio, a la vez que se garantizará la confidencialidad de los datos individuales.

El instrumento:

El SQLS es un instrumento consistente de 30 ítems que se agrupan en los siguientes dominios:

Psicosocial (15 ítems), Motivación y energía (7 ítems) y Síntomas y efectos secundarios (8 ítems). Cada uno de los ítems se puntúa con un nivel de medición ordinal, usando un formato Likert con puntuaciones que van desde 0 (nunca) hasta 4 (siempre). Para que puntuaciones mayores reflejen peor calidad de vida, algunos ítems se transforman invirtiendo sus valores. La puntuación total de la escala se calcula sumando las de los ítems para cada paciente y realizando su comparación mediante el puntaje global y en forma continua. Mayores puntajes reflejan menor calidad de vida. Se categorizan usando la escala de estatinos con 1 desviación estándar.

Para el procesamiento de los datos se procederá a calificar la ficha de recolección de datos (encuesta) y elaborar una Matriz de datos digital, de donde se obtendrá las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos, representados luego en el programa de hoja de cálculo: EXCEL.

Las esferas se distribuyen de esta manera en el instrumento:

- ESFERA Psicosocial (15 ítems):
4,7,8,9,11,14,16,18,19,22,24,26,27,28,29
- ESFERA Motivación (7 ítems):
1, 6, 12, 13, 15, 17,20
- ESFERA Sintomas (8 ítems):
2, 3, 5, 10, 21, 23, 25,30

Los elementos 13, 14, 16 y 21, se re-codifican en sus valores 4 = 0, 3 = 1, 2 = 2, 1 = 3 y 0 = 4 antes de calcular el total de la escala.

Para el procesamiento de la información se elaboran tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentarán en cuadros tabulares y con gráfico de barras con el programa SPSS versión 10. Se utilizará la prueba de chi cuadrada para contraste de variables cualitativas con un valor p significativo menor a 0.05.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA 01
PREVALENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2010 - 2014

		ESQUIZOFRENIA		Muestra Proporcional
		N	%	
AÑO	2010	222	16.26%	32
	2011	220	16.12%	32
	2012	194	14.21%	28
	2013	306	22.42%	44
	2014	423	30.99%	61
	Total	1365	100.00%	197

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla N° 01 se puede observar la distribución de frecuencia del número de casos explorados y que accedieron al presente estudio. La prevalencia de esquizofrenia es mostrada por años según fuente del Ministerio de Salud. Su distribución proporcional para la muestra determina los casos por años en la muestra final. Cabe recordar, que independientemente de la prevalencia anual, lo que interesa en la investigación es determinar la muestra final (N=197) porque se levanta la información en forma prospectiva, donde la condición de estar vivo y radicando en Tacna es la principal condición.

TABLA 02
DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL Y GRADO DE
INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA. 2010 – 2014

		N	%
EDAD	≥15 A 19 AÑOS	8	4.1%
	20 A 29 AÑOS	73	37.1%
	30 A 39 AÑOS	83	42.1%
	40 A 49 AÑOS	24	12.2%
	50 A 59 AÑOS	9	4.6%
	Total	197	100.0%
SEXO	FEMENINO	90	45.7%
	MASCULINO	107	54.3%
	Total	197	100.0%
ESTADO CIVIL	SOLTERA(o)	146	74.1%
	CONVIVIENTE	26	13.2%
	DIVORCIADO	19	9.6%
	CASADO	5	2.5%
	VIUDO	1	.5%
	Total	197	100.0%
GRADO DE INSTRUCCION	SECUNDARIA COMPLETA	94	47.7%
	SEC. INCOMPLETA	61	31.0%
	SUPERIOR INCOMPLETA	32	16.2%
	PRIMARIA COMPLETA	10	5.1%
	Total	197	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla N° 02 se observa la distribución de frecuencia de la muestra observada según edad, sexo, estado civil y grado de instrucción.

Se puede observar que el 42.1% tenía de 30 a 39 años, seguido del grupo de 20 a 29 años (37.1%). Según sexo, la distribución fue casi similar, siendo un 45.7% de sexo femenino y un 54.3 % de sexo masculino. Según estado civil, la principal condición del grupo fue solteros(s) con un 74.1% seguido del estado civil de conviviente (13.2%). Según el grado de instrucción, el 47.4% contaba con secundaria completa seguido de un 31% con secundaria incompleta. Un 16.2% contaba con educación superior incompleta.

TABLA 03
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN RELIGIÓN, OCUPACIÓN Y
NIVEL DE DEPENDENCIA ATENDIDOS DE PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA. 2010 - 2014

		N	%
RELIGION	CATOLICA	155	78.7%
	NO CATOLICA	27	13.7%
	NO CONSULTADO	9	4.6%
	AGNOSTICO	6	3.0%
	Total	197	100.0%
OCUPACION	NO TRABAJA	116	58.9%
	OBRAERO INDEPENDIENTE	54	27.4%
	ESTUDIANTE	27	13.7%
	Total	197	100.0%
NIVEL DE DEPENDENCIA	MADRE	41	20.8%
	ACUDE SOLO	34	17.3%
	AMBOS PADRES	33	16.8%
	HERMANOS	24	12.2%
	PADRE	23	11.7%
	OTRO	23	11.7%
	ESPOSA	17	8.6%
	ABUELOS	2	1.0%
	Total	197	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla N° 03 se observa la distribución de frecuencia según religión, ocupación y nivel de dependencia.

El 78.7% profesa la religión católica y el 13.7 alguna otra religión. El 4.6% prefirió no revelar su inclinación de fe.

Según ocupación, el 58.9% no trabaja y el 27.4% refiere ser obrero independiente.

Según el nivel de dependencia, el 20.8% refiere depender de madre y el 16.8% de padre y madre. Un 17.3% afirma no necesitar de alguna persona para asistir su estado de enfermedad.

TABLA 04
DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE INGRESOS POR EMERGENCIA Y
REGULARIDAD DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2010 – 2014

		N	%
INGRESOS POR EMERGENCIA POR CRISIS	1 A 2 VECES	110	55.8%
	3 A 4 VECES	63	32.0%
	5 A 6 VECES	11	5.6%
	NUNCA	9	4.5%
	MAS DE 6 VECES	4	2.0%
	Total	197	100.0%
REGULARIDAD DE TRATAMIENTO	IRREGULAR	111	56.3%
	REGULAR	54	27.4%
	MUY IRREGULAR	32	16.2%
	Total	197	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla N° 04 se puede observar la distribución de frecuencia de las veces que acudió a emergencia por alguna crisis y cómo percibe o considera que lleva su tratamiento.

El 55.8% refiere que acudió entre 1 a 2 veces por el servicio de emergencia, seguido de un 32% entre 3 a 4 veces. Sólo un 4.5% afirma nunca haber necesitado de acudir por el servicio referido.

Según tratamiento, el 56.3% refiere un tratamiento irregular seguido de un 27.4% que lo percibe como regular. Un 16.2% percibe que lleva un tratamiento muy irregular.

TABLA 05
PUNTAJE DE LA ESCALA SQLS SEGÚN ESFERAS EN PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2010 – 2014

	Media	Máximo	Mínimo	Desviación típica
PUNTAJE GENERAL	67.95	97.00	46.00	8.47
ESFERA PSICOSOCIAL	32.96	47.00	21.00	4.98
ESFERA SINTOMAS	19.46	27.00	13.00	3.06
ESFERA MOTIVACIÓN	15.54	26.00	4.00	3.38

Fuente: Cuestionario SQLS.

En la tabla N° 05 se observa la distribución de los valores de tendencia central de la aplicación del test de medición de la calidad de vida en el paciente conviviendo con esquizofrenia.

Se explora el nivel alcanzado en todo el test así como por esferas que el instrumento aporta. Las esferas evaluadas por el test son la psicosocial, motivacional y de síntomas.

A mayor puntaje, menor calidad de vida.

El promedio total alcanzado por el grupo fue de 67.96. La esfera psicosocial (promedio de 32.96) es la más comprometida respecto a la motivacional (promedio 15.54) y síntomas (promedio de 19.46). La variabilidad entre las esferas fue similar, no representando mayor diferencia.

TABLA 06
NIVELES DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESFERAS DEL
CUESTIONARIO SQLS OBTENIDO POR LOS PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2010 – 2014

		N	%
EVALUACIÓN GENERAL	DEFICIENTE	97	49.2%
	REGULAR	71	36.0%
	BUENA	29	14.7%
	Total	197	100.0%
ESFERA PSICOSOCIAL	DEFICIENTE	85	43.1%
	REGULAR	79	40.1%
	BUENA	33	16.8%
	Total	197	100.0%
ESFERA MOTIVACIÓN	DEFICIENTE	97	49.2%
	REGULAR	66	33.5%
	BUENA	34	17.3%
	Total	197	100.0%
ESFERA SINTOMAS	DEFICIENTE	104	52.8%
	REGULAR	62	31.5%
	BUENA	31	15.7%
	Total	197	100.0%

Fuente: Cuestionario SQLS.

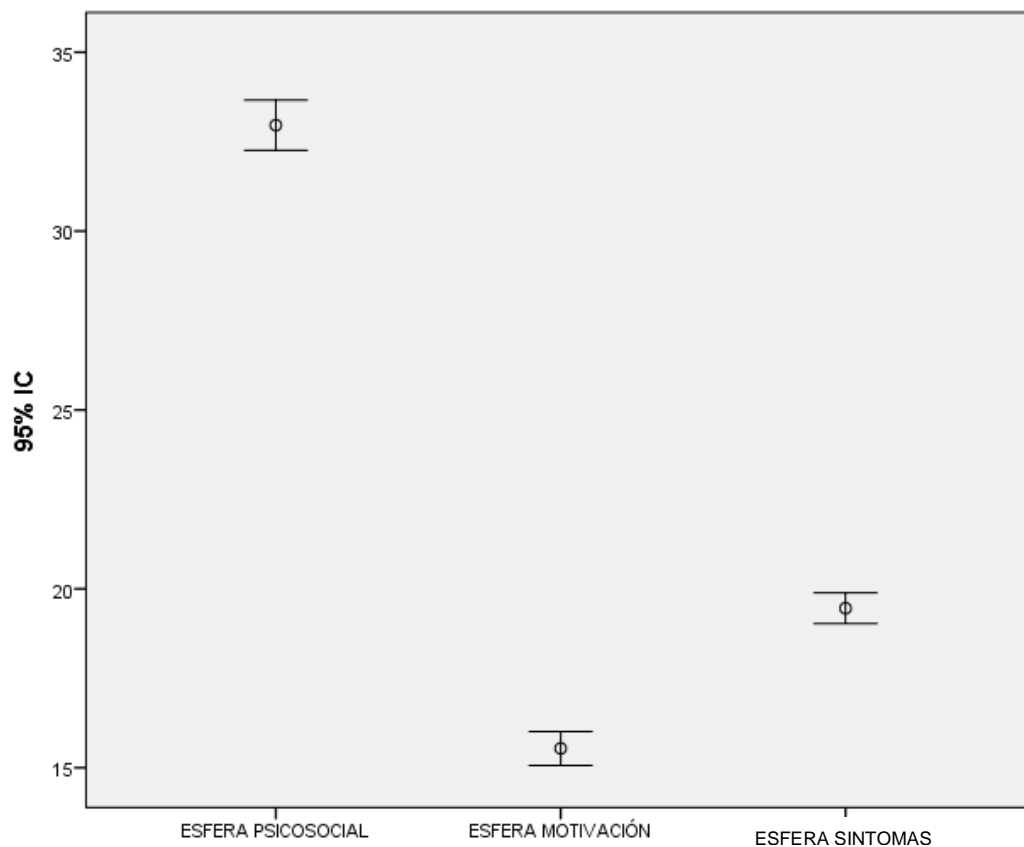
En la tabla N° 06 se observa la distribución de frecuencia de los resultados de la evaluación de calidad de vida en forma general y por esferas, determinado por el coeficiente de staninos.

Respecto al nivel general, el 49.2% se encuentra con un nivel de calidad de vida deficiente, seguido de un 36% que percibe su estado como de regular. Solo un 14.7% afirma sentirse bien.

Según las esferas más comprometida son la psicosocial, el 43.1% revela un estado de deficiencia en la percepción de su calidad de vida, seguido de un 40,1% que percibe un estado de regular y la esfera motivacional, según los puntajes de medición de tendencia central, el 49.2% manifiesta un estado de calidad de vida de deficiente, seguido de 33.5% con un estado regular.

La esfera de síntomas presenta que el 52.8% manifiesta un estado deficiente de calidad de vida en el ámbito de rendimiento físico y de desenvolvimiento básico. Un 31.5% manifiesta un estado regular.

GRAFICO 01
TENDENCIA DE LAS ESFERAS SQLS DE LOS PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2010 - 2014



En la gráfica N° 01 se observa la tendencia de las esferas exploradas. La esfera mayormente comprometida es la psicosocial, seguida de la de síntomas. La mejor percibida es la esfera motivacional. Esta diferencia es altamente significativa.

TABLA 08
NIVELES DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN CARACTERÍSTICAS
EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA. 2010 - 2014

		EVALUACIÓN GENERAL								p
		DEFICIENTE		REGULAR		BUENA		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
EDAD	15 A 19 AÑOS	4	50.0%	4	50.0%	0	0.0%	8	100.0%	0.85
	20 A 29 AÑOS	39	53.4%	26	35.6%	8	11.0%	73	100.0%	0.96
	30 A 39 AÑOS	39	47.0%	28	33.7%	16	19.3%	83	100.0%	0.37
	40 A 49 AÑOS	10	41.7%	9	37.5%	5	20.8%	24	100.0%	0.59
	50 A 59 AÑOS	5	55.6%	4	44.4%	0	0.0%	9	100.0%	0.43
	Total	97	49.2%	71	36.0%	29	14.7%	197	100.0%	
SEXO	FEMENINO	48	53.3%	28	31.1%	14	15.6%	90	100.0%	0.29
	MASCULINO	49	45.8%	43	40.2%	15	14.0%	107	100.0%	0.37
	Total	97	49.2%	71	36.0%	29	14.7%	197	100.0%	
ESTADO CIVIL	SOLTERA	71	48.6%	53	36.3%	22	15.1%	146	100.0%	.671
	CASADO	3	60.0%	2	40.0%	0	0.0%	5	100.0%	.773
	CONVIVIENTE	11	42.3%	10	38.5%	5	19.2%	26	100.0%	.626
	DIVORCIADO	11	57.9%	6	31.6%	2	10.5%	19	100.0%	.448
	VIUDO	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	.427
	Total	97	49.2%	71	36.0%	29	14.7%	197	100.0%	
GRADO DE INSTRUCCION	PRIMARIA COMPLETA	5	50.0%	4	40.0%	1	10.0%	10	100.0%	.055
	SEC. INCOMPLETA	26	42.6%	26	42.6%	9	14.8%	61	100.0%	.268
	SEC. COMPLETA	53	56.4%	27	28.7%	14	14.9%	94	100.0%	.961
	SUP. INCOMPLETA	13	40.6%	14	43.8%	5	15.6%	32	100.0%	.214
	Total	97	49.2%	71	36.0%	29	14.7%	197	100.0%	

Fuente: Cuestionario SQLS.

TIEMPO DE ENFERMEDAD	1 A 3 MESES	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	.326
	4 A 6 MESES	2	40.0%	3	60.0%	0	0.0%	5	100.0%	.149
	6 A MAS AÑOS	93	48.9%	68	35.8%	29	15.3%	190	100.0%	.676
	Total	97	49.2%	71	36.0%	29	14.7%	197	100.0%	
OCUPACION	OBRERO INDEPENDIENTE	27	50.0%	21	38.9%	6	11.1%	54	100.0%	.742
	ESTUDIANTE	15	55.6%	8	29.6%	4	14.8%	27	100.0%	.895
	NO TRABAJA	55	47.4%	42	36.2%	19	16.4%	116	100.0%	.480
	Total	97	49.2%	71	36.0%	29	14.7%	197	100.0%	.381
RELIGION	NO CONSULTADO	2	22.2%	4	44.4%	3	33.3%	9	100.0%	.097
	CATOLICA	77	49.7%	55	35.5%	23	14.8%	155	100.0%	.813
	NO CATOLICA	15	55.6%	9	33.3%	3	11.1%	27	100.0%	.480
	AGNOSTICO	3	50.0%	3	50.0%	0	0.0%	6	100.0%	
	Total	97	49.2%	71	36.0%	29	14.7%	197	100.0%	
NIVEL DE DEPENDENCIA	ACUDE SOLO Y SIN ASISTENCIA	14	41.2%	14	41.2%	6	17.6%	34	100.0%	.081
	PADRE	8	34.8%	11	47.8%	4	17.4%	23	100.0%	.301
	MADRE	18	43.9%	16	39.0%	7	17.1%	41	100.0%	.140
	AMBOS PADRES	22	66.7%	10	30.3%	1	3.0%	33	100.0%	.442
	HERMANOS	16	66.7%	6	25.0%	2	8.3%	24	100.0%	.028
	ABUELOS	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	2	100.0%	.068
	ESPOSA	7	41.2%	7	41.2%	3	17.6%	17	100.0%	.162
	OTRO	12	52.2%	6	26.1%	5	21.7%	23	100.0%	.487
Total	97	49.2%	71	36.0%	29	14.7%	197	100.0%		
HOSPITALIZACIONES	0	3	75.0%	0	0.0%	1	25.0%	4	100.0%	.457
	NUNCA	3	75.0%	1	25.0%	0	0.0%	4	100.0%	.298
	1 A 2 VECES	68	46.9%	54	37.2%	23	15.9%	145	100.0%	.298
	3 A MAS	23	52.3%	16	36.4%	5	11.4%	44	100.0%	.272
	Total	97	49.2%	71	36.0%	29	14.7%	197	100.0%	
INGRESOS POR EMERGENCIA POR CRISIS	NUNCA	6	66.7%	1	11.1%	2	22.2%	9	100.0%	.975
	1 A 2 VECES	57	51.8%	39	35.5%	14	12.7%	110	100.0%	.163
	3 A 4 VECES	24	38.1%	28	44.4%	11	17.5%	63	100.0%	.415
	5 A 6 VECES	8	72.7%	1	9.1%	2	18.2%	11	100.0%	.032
	MAS DE 6 VECES	2	50.0%	2	50.0%	0	0.0%	4	100.0%	.109
	Total	97	49.2%	71	36.0%	29	14.7%	197	100.0%	
REGULARIDAD DE TRATAMIENTO	REGULAR	24	44.4%	22	40.7%	8	14.8%	54	100.0%	.568
	IRREGULAR	55	49.5%	40	36.0%	16	14.4%	111	100.0%	.408
	MUY IRREGULAR	18	56.3%	9	28.1%	5	15.6%	32	100.0%	.921
	Total	97	49.2%	71	36.0%	29	14.7%	197	100.0%	

Fuente: Cuestionario SQLS.

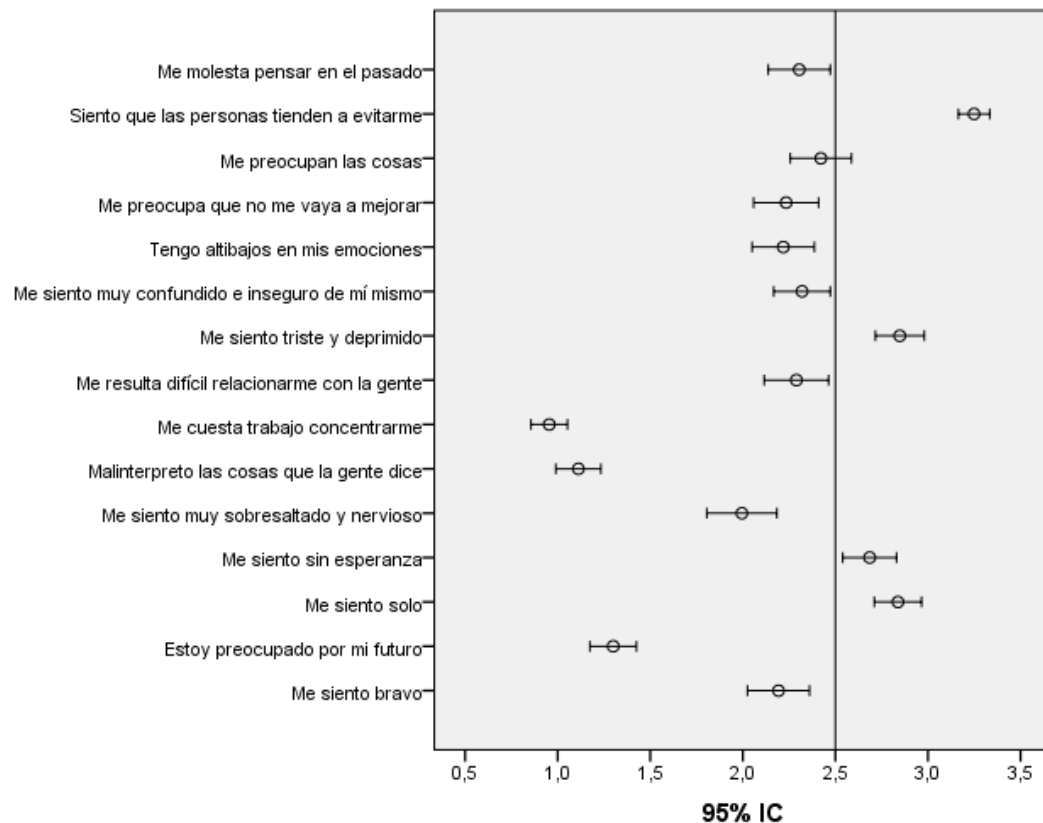
En la tabla N° 08 se observa el contraste y nivel de influencia de las diferentes variables observadas y que pudieran estar marcando la diferencia en sus categorías en la evaluación de la calidad de vida.

Sólo el nivel de instrucción con primaria ($p:0.05$) existe una diferencia significativa. En este grupo la mayor tendencia a un estado deficiente es mucho mayor que en el resto del grupo. Esta diferencia es altamente significativa.

Según el nivel de dependencia, el estado que mayormente se diferencia del resto es dependencia de hermanos ($p:0.028$) donde el 66.7% del grupo manifiesta un estado deficiente en su calidad de vida con una mayor proporción (30.3%) en estado regular. Esta diferencia respecto a las demás categorías de la variable es altamente significativa.

Los ingresos por emergencia se encuentran asociados al nivel de calidad de vida ($p:0.032$). El grupo que estadísticamente es diferente, son aquellos pacientes que acudieron de 5 a 6 veces por el servicio referido. En ellos, el 72.7% manifiesta un estado deficiente de calidad de vida y esta diferencia frente al resto de las categorías es estadísticamente diferente.

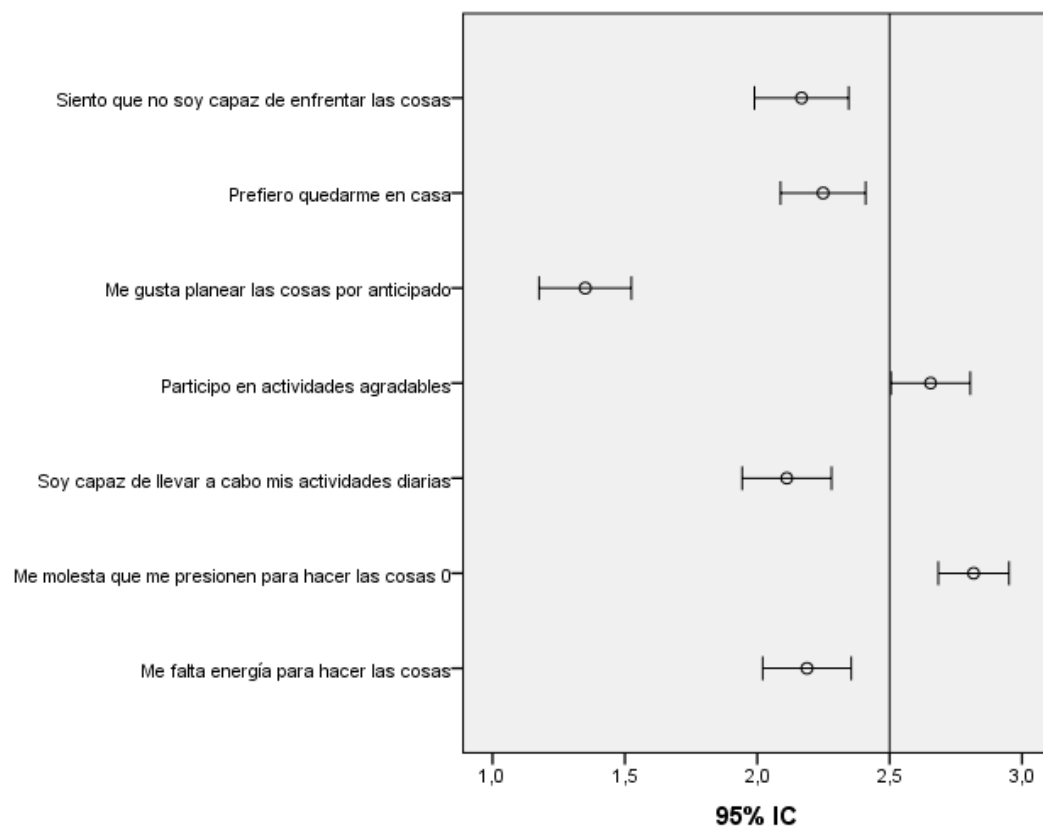
GRAFICO 02
OPORTUNIDADES DE MEJORA PARA LA ESFERA PSICOSOCIAL EN
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2010 - 2014



En la gráfica 02 se observa las oportunidades de mejora o abordaje clínico según el test y análisis de tendencia en la esfera psicosocial, con un intervalo de confianza del 95%.

Podemos observar que las características más comprometidas son: “siento que las personas tienden a evitarme”, “me siento triste y deprimido”, “me siento sin esperanza” y “me siento solo”.

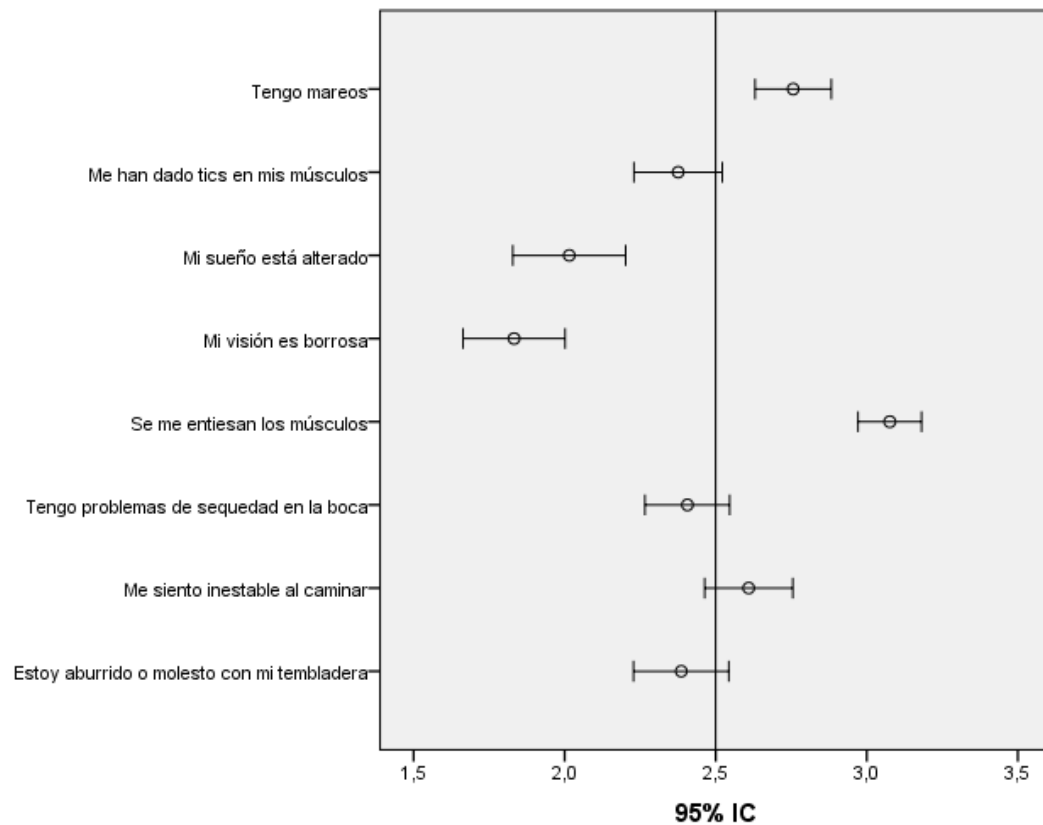
GRAFICO 03
OPORTUNIDADES DE MEJORA PARA LA ESFERA MOTIVACIONAL
EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2010 -
2014



En la gráfica 03 se observa las oportunidades de mejora o abordaje clínico según el test y análisis de tendencia en la esfera motivacional, con un intervalo de confianza del 95%.

Se puede observar que los aspectos mayormente comprometidos son: “Participar en actividades sociales” y “Le molesta que le presionen para hacer las cosas”.

GRAFICO 04
OPORTUNIDADES DE MEJORA PARA LA ESFERA DE SINTOMAS EN
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2010 - 2014



En la gráfica 04 se observa las oportunidades de mejora o abordaje clínico según el test y análisis de tendencia en la esfera de síntomas, con un intervalo de confianza del 95%.

Las características que mayormente se encuentran comprometidas en la esfera de síntomas son: “Tengo mareos”, “se me entiesan los músculos” y “me siento inestable al caminar”.

DISCUSION

Magali Rodríguez en su estudio tuvo como objetivo conocer la calidad de vida y los factores relacionados de los pacientes esquizofrénicos. Afirma que los resultados del estudio reflejan aceptable calidad de vida, ya que más de un 50% de la población presentó una regular calidad de vida lo cual puede asociarse con las condiciones socioculturales de la región. A diferencia de nuestros resultados, que reflejan un nivel deficiente en el 49.2%, donde solo el 14,7% estaría en el nivel bueno de calidad de vida.

Gutiérrez-Maldonado y cols. describen la percepción de apoyo y el funcionamiento social de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores principales, y su relación con la calidad de vida. Refiere que los pacientes muestran adecuadas capacidades para desenvolverse dentro de su ambiente familiar inmediato. Afirma la necesidad de considerar el funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia, y su integración familiar y comunitaria. Estamos de acuerdo con **Gutiérrez**, ya que en la esfera psicosocial se observa mayores problemas, teniendo un puntaje de 32,96, esta es la esfera más comprometida en este tipo de pacientes, las grandes dificultades de socialización se evidencian en: “siento que las personas tienden a evitarme”, “me siento triste y deprimido”, “me siento sin esperanza” y “me siento solo”, además agregando que solo el 17,3% es independiente, lo que reafirma el rol que juega el entorno familiar y social en este tipo de pacientes.

Caqueo-Urizar y cols. describen la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia con ascendencia aymara, analizando la presencia de diferencias con pacientes de ascendencia no originaria. Los pacientes

del estudio mostraron niveles moderados de calidad de vida, no hallando diferencias significativas en las dimensiones de la calidad de vida en función de la ascendencia étnica. Este punto no fue abordado en nuestro caso, porque consideramos las características de multiculturalidad de nuestro entorno, nuestra región tiene un origen aymara, según los historiadores.

Ojeda propone que mejorar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia es un objetivo fundamental en una enfermedad que resulta devastadora, pero no hay acuerdo sobre qué factores predicen la calidad de vida (CV) en el curso de la enfermedad. La edad, tiempo de duración de la enfermedad, mayor gravedad de síntomas negativos y la mayoría de factores cognitivos correlacionaron significativamente con los indicadores de CV. Con respecto a este punto mencionado por Ojeda, creemos que nuestro estudio estaría aportando algo más, en nuestro análisis hemos identificado por cada esfera estudiada para calidad de vida, las oportunidades de mejora que debiera considerarse al momento de seguir con el tratamiento así se observa algunos indicadores para el abordaje clínico en la esfera psicosocial, las características más comprometidas son: el sentir que las personas tienden a evitarlos, el sentirse triste y deprimidos, el no tener esperanza y la soledad.

En cuanto a la esfera de energía, los indicadores de abordaje serían la sensación de mareo, el entesamiento de los músculos” y la inestabilidad al caminar. Y con respecto a la esfera motivacional, el hecho de participar en actividades sociales y la molestia por presionarlos para hacer las cosas.

Lizzette Gomez-de-Regil tuvo como objetivo analizar las diferencias en la calidad de vida de pacientes con psicosis comparados de acuerdo con el curso de la enfermedad. Y han identificado los síntomas

residuales como un factor esencial que afecta de modo negativo a la calidad de vida, los médicos han de valorarlos cuidadosamente a fin de lograr el mayor grado posible de restablecimiento del paciente. Esto contrasta con nuestro trabajo donde evidenciamos que una frecuencia de recaídas por la que acudieron a emergencia (5 a 6 veces) está asociado a una calidad de vida deficiente (valor p: 0.032). Pero se debe tener en cuenta que en nuestro estudio se evaluaron a pacientes que no presentaban en ese momento una psicosis activa o una recaída, y pese a ello se encontró una calidad de vida aceptable en solo 14.7%.

López Jiménez tuvo como objetivo comprobar los cambios en las dimensiones de ansiedad y depresión de pacientes penitenciarios con esquizofrenia paranoide tras un programa de terapia ocupacional. La cual actuó favorablemente sobre la ansiedad y la depresión de los pacientes con esquizofrenia paranoide internados en el centro penitenciario. Si bien en nuestro trabajo la esfera motivacional es la menos comprometida con un puntaje de 15.54, se ve mayormente afectados ítems como “participación en actividades agradables” y “molestia al presionarlos para hacer las cosas”, también en el trabajo de López Jiménez se aborda el tema de la depresión, lo cual va ligado a la esfera psicosocial de nuestro trabajo, y que es la más comprometida.

Mayoral Fermín buscó evaluar la eficacia y la aplicabilidad de un programa de intervención unifamiliar, en comparación con el tratamiento habitual, en una muestra ambulatoria de pacientes con esquizofrenia, durante un periodo de 18 meses. Conclusiones: Las intervenciones familiares psicoeducativas reducen el riesgo de hospitalización y mejoran el estado clínico y el funcionamiento social de las personas con esquizofrenia. En nuestro trabajo se da visión a lo que en futuras investigaciones puedan abordar un enfoque de terapia

psicoeducativa, esto debido a los hallazgos que obtuvimos en nuestro trabajo, observando que el déficit del paciente es más que solo el incumplimiento del tratamiento (solo el 27,4% mantiene un tratamiento regular), juega también un rol importante el factor psicosocial, siendo la esfera más afectada, además también el porcentaje de dependencia del paciente (solo 17,3% independiente) y a su exclusión social, educacional (solo el 16.2% alcanzo una educación superior incompleta) y laboral (el 58,9% no labora).

CONCLUSIONES

1. Respecto al nivel general de la percepción de calidad de vida, el 49.2% se encuentra con un nivel de calidad de vida deficiente. El puntaje total de calidad de vida es 67.96, siendo la esfera psicosocial la más afectada con un puntaje promedio de 32.96 con respecto a la esfera motivacional con 15.54 y síntomas con 19.46.
2. Las características sociodemográficas asociadas al nivel de calidad de vida son: el nivel de instrucción primaria ($p: 0,05$) y pacientes que acudieron de 5 a 6 veces por el servicio referido ($p: 0.032$).
3. Entre las características del entorno familiar, el estado que está asociado al nivel de calidad de vida es la dependencia a los hermanos ($p: 0.028$).
4. En nuestra población de estudio se logra evidenciar las diferentes características de la misma, teniendo pacientes en su mayoría en la edad productiva (20 a 39 años de edad; 79,2 % de la población), soltera (74,1% de la población), con un grado de instrucción de secundaria completa o incompleta (78,7% de la población), desempleada (58.9% no trabaja), dependiente (82,7% de la población), con predisposición a las recaídas (4,5% nunca tuvo recaídas), y con un tratamiento en su mayoría irregular (27,4% con tratamiento regular).

RECOMENDACIONES

1. La aplicación del instrumento SQLS de manera estandarizada en los consultorios externos de psiquiatría, y así contribuir a una evaluación más integral del paciente.
2. Proponer una guía de práctica clínica para la atención extra hospitalaria en el nivel primario y secundario que permita abordar los demás componentes influyentes en el proceso salud enfermedad.
3. Realizar posteriores investigaciones de calidad de vida en los pacientes esquizofrénicos de manera prospectiva, así comprobando la eficacia de estrategias sanitarias antes y después de aplicarlas.
4. Potenciar la rehabilitación psicosocial y familiar de los pacientes esquizofrénicos, mediante psicoeducación en el hospital de día del servicio de psiquiatría.

Bibliografía

1. Rodríguez Cárdenas O, Martínez Hernández O, González Ledesma Y, Rodríguez Hernández LA, Zamora Lombardía E, Sierra Muñiz M. Rehabilitación integral del paciente con trastorno mental grave. Hospital Psiquiátrico de Matanzas. Rev Médica Electrónica. octubre de 2015;37(5):479-87.
2. Red Cubana de la Ciencia [Internet]. [citado 20 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.redciencia.cu/noticias/noticias_tit.php
3. Icaza MEM-M, Martínez LRD, Salcedo VV, García FJ, Collazos MV. Funcionamiento psicosocial de pacientes esquizofrénicos de acuerdo con su consumo de alcohol. Salud Ment 2005;28(4):40-8
4. Nuñez Copo, Antonio. Factores ambientales y genéticos asociados a la esquizofrenia paranoide en el área de salud «28 de septiembre»2014. MEDISAN 2011; 15(2):162
5. What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum. 1996;17(4):354-6.
6. Magali Rodríguez-Vidal. Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. AQUICHAN - ISSN 1657-5997. 11 de marzo de 2011
7. Suárez MF, Sánchez R, Calvo JM. Validación de la escala Schizophrenia Quality Of Life Scale (SQLS) para medir la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. 2013;257-65.
8. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Ferrer-García M, Fernández-Dávila P. Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. Psicothema Oviedo. 2012; 255-62
9. Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Ferrer-García M, Fernández-Dávila P. Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia de ascendencia étnica aymara en el norte de Chile. Rev Psiquiatr Salud Ment Barc Ed Impr. 2012; 121-6
10. Calvo JM, Sánchez-Pedraza R, Peña-Solano DM. Traducción y adaptación de la escala sqls para medir calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en Colombia. Rev Fac Med Univ Nac Colomb. 2012 ;85-102
11. Ojeda N, Sánchez P, Peña J, Elizagárate E, Yoller AB, Gutiérrez-Fraile M, et al. Un modelo explicativo de la calidad de vida en la esquizofrenia: el papel de la velocidad de procesamiento y los síntomas negativos. Actas Esp Psiquiatr. 2012 ;10-8
12. Gómez-de-Regil L. Curso de la enfermedad y calidad de vida en pacientes mexicanos con psicosis. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.12.001>
13. López Jiménez A, et al. Intervención con terapia ocupacional en pacientes penitenciarios con esquizofrenia paranoide: estudio

- experimental no controlado. Fisioterapia. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2013.11.002>
14. Fermín Mayoral, Adela Berrozpe, Jesús de la Higuera, Juan José Martínez-Jambrina, Juan de Dios Luna, y Francisco Torres-Gonzalez. Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. Un estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado en España. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.11.001>
 15. OMS. criterios diagnósticos CIE-10. Esquizofrenia. 2014.
 16. Kay SR, Flszbein A, Opfer LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13(2):261-76.
 17. Pol Yanguas E. Antipsicóticos para la esquizofrenia: paradigma de los medicamentos psiquiá. *Salud Colect [Internet]*. marzo de 2015; 11(1):115-28.
 18. Schwartzmann L. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ASPECTOS CONCEPTUALES. *Cienc Enferm.* diciembre de 2003; 9(2):09-21.
 19. Awad AG. *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders: New Perspectives on Research and Treatment.* Springer Science & Business Media; 2007. 389 p.
 20. Ware JE. SF-36 health survey update. *Spine.* 15 de diciembre de 2000;25(24):3130-9.
 21. Bobes J, Garcia-Portilla MP, Bascaran MT, Saiz PA, Bouzoño M. Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues Clin Neurosci.* junio de 2007 ;9(2):215-26.
 22. Boyer L, Auquier P. The lack of impact of quality-of-life measures in schizophrenia: a shared responsibility? *PharmacoEconomics.* 1 de junio de 2012;30(6):531-2; author reply 532-3
 23. Smit J, van den Berg CE, Bekker L-G, Seedat S, Stein DJ. Translation and cross-cultural adaptation of a mental health battery in an African setting. *Afr Health Sci.* diciembre de 2006;6(4):215-22
 24. Calvo JM, Pedraza RS, Solano DMP. Traducción y adaptación de la escala SQLS para medir calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en Colombia. *Rev Fac Med.* 7 de agosto de 2012; 60(2):95-102.

ANEXO 1

Tiempo de enfermedad	<ol style="list-style-type: none"> 1. < 6 meses 2. 7 meses a 1 año 3. 2 a 5 años 4. 6 a 10 años 5. 11 a más años
Sexo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino
Edad del Paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. 15 a 19 años 2. 20 a 29 años 3. 30 a 39 años 4. 40 – 49 años 5. 50 – 59 años 6. 60 – 65 años
Estado Civil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Conviviente 4. Divorciado 5. Viudo
Nivel de Instrucción	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeto 2. Primaria Incompleta 3. Primaria Completa 4. Secundaria Incompleta 5. Secundaria Completa 6. Superior Incompleta 7. Superior Completa
Ocupación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Empleado remunerado 2. Empleado no remunerado 3. Obrero dependiente 4. Obrero independiente 5. Estudiante 6. No trabaja
Familiares del entorno domiciliario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vive sólo 2. 1 a 2 familiares 3. 3 a 5 familiares 4. 6 a más.
Recaídas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin recaídas 2. 1 a 2 recaídas 3. 3 a 4 recaídas 4. 5 a más recaídas
Hospitalizaciones	<ol style="list-style-type: none"> 5. Sin hospitalizaciones

	6. De 1 a 2 hospitalizaciones 7. De 3 a 4 hospitalizaciones 8. 5 a más hospitalizaciones
Nivel de dependencia	1. Acude sólo y sin asistencia 2. Padre 3. Madre 4. Ambos Padres 5. Hermanos 6. Abuelos 7. Esposa(so) 8. Otros: _____
Regularidad de medicación	1. Regular 2. Irregular 3. Muy irregular
Control	_____ meses

ANEXO 2

- 0: nunca
- 1: pocas veces
- 2: Usualmente
- 3: Casi siempre
- 4: Siempre

	0	1	2	3	4
1. Me falta energía para hacer las cosas					
2. Estoy aburrido o molesto con mi tembladera					
3. Me siento inestable al caminar					
4. Me siento bravo					
5. Tengo problemas de sequedad en la boca					
6. Me molesta que me presionen para hacer las cosas 0					
7. Estoy preocupado por mi futuro					
8. Me siento solo					
9. Me siento sin esperanza					
10. Se me entiesan los músculos					
11. Me siento muy sobresaltado y nervioso					
12. Soy capaz de llevar a cabo mis actividades diarias					
13. Participo en actividades agradables					
14. Malinterpreto las cosas que la gente dice					
15. Me gusta planear las cosas por anticipado					
16. Me cuesta trabajo concentrarme					
17. Prefiero quedarme en casa					
18. Me resulta difícil relacionarme con la gente					
19. Me siento triste y deprimido					
20. Siento que no soy capaz de enfrentar las cosas					
21. Mi visión es borrosa					
22. Me siento muy confundido e inseguro de mí mismo					
23. Mi sueño está alterado					
24. Tengo altibajos en mis emociones					
25. Me han dado tics en mis músculos					

26. Me preocupa que no me vaya a mejorar					
27. Me preocupan las cosas					
28. Siento que las personas tienden a evitarme					
29. Me molesta pensar en el pasado					
30. Tengo mareos					