



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, 10 de abril de 2023

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad Neiva

El (Los) suscrito(s):

Ana María Arias Atahualpa, con C.C. No. 1010098006,

Leydi Tatiana Cortes Charry, con C.C. No. 1007465468,

Eliana María Penagos Mosquera, con C.C. No. 1003802177,

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado o Monografía

titulado Relación Entre los Efectos Secundarios a la Medicación, Factores Sociodemográficos y Clínicos en la Calidad de Vida en Pacientes con Esquizofrenia

presentado y aprobado en el año 2023 como requisito para optar al título de

Psicóloga

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales "open access" y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional [www.usco.edu.co](http://www.usco.edu.co), link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
GESTIÓN DE BIBLIOTECAS**



**CARTA DE AUTORIZACIÓN**

**CÓDIGO**

**AP-BIB-FO-06**

**VERSIÓN**

**1**

**VIGENCIA**

**2014**

**PÁGINA**

**2 de 2**

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

*Leydi Tatiana Cortes*

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

*Ana Maria Arias Alchualpa*

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

*Etan Kukulm*

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional [www.usco.edu.co](http://www.usco.edu.co), link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



**TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO:** “Relación entre los Efectos Secundarios a la Medicación, factores sociodemográficos y clínicos en la Calidad de Vida en Pacientes con Esquizofrenia”

**AUTOR O AUTORES:**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Arias Atahualpa	Ana Maria
Cortes Charry	Leydi Tatiana
Penagos Mosquera	Eliana Maria

**DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre

**ASESOR (ES):**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Muñoz Blanco	Maria Isabel

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:** Psicóloga.

**FACULTAD:** Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

**PROGRAMA O POSGRADO:** Programa de Psicología

**CIUDAD:** Neiva      **AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2023      **NÚMERO DE PÁGINAS:** 96

**TIPO DE ILUSTRACIONES** (Marcar con una X):

Diagramas\_\_\_ Fotografías\_\_\_ Grabaciones en discos\_\_\_ Ilustraciones en general\_\_\_ Grabados\_\_\_  
Láminas\_\_\_ Litografías\_\_\_ Mapas\_\_\_ Música impresa\_\_\_ Planos\_\_\_ Retratos\_\_\_ Sin ilustraciones\_\_\_ Tablas  
o Cuadros X

**SOFTWARE** requerido y/o especializado para la lectura del documento:



<b>CÓDIGO</b>	<b>AP-BIB-FO-07</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>1</b>	<b>VIGENCIA</b>	<b>2014</b>	<b>PÁGINA</b>	<b>2 de 4</b>
---------------	---------------------	----------------	----------	-----------------	-------------	---------------	---------------

**MATERIAL ANEXO:**

**PREMIO O DISTINCIÓN** (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):

**PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:**

<u>Español</u>	<u>Inglés</u>	<u>Español</u>	<u>Inglés</u>
1. <u>Calidad de Vida</u>	<u>Quality of life</u>	6. _____	_____
2. <u>Esquizofrenia</u>	<u>Schizophrenia</u>	7. _____	_____
3. <u>Efectos secundarios</u>	<u>Side Effects</u>	8. _____	_____
4. <u>Antipsicóticos</u>	<u>Antipsychotics</u>	9. _____	_____
5. _____	_____	10. _____	_____

**RESUMEN DEL CONTENIDO:** (Máximo 250 palabras)

La esquizofrenia es una enfermedad altamente discapacitante que representa una carga social y económica significativa (Sotolongo García, Oscar Menéndez, Valdés Mier, Campos Zamora, & Turró Mármol, 2004). Dentro de las opciones de tratamiento está el uso de antipsicóticos, acompañado de intervenciones psiquiátricas, psicológicas y psicosociales. Lamentablemente los fármacos antipsicóticos poseen efectos adversos para la salud y el bienestar, algunos de estos efectos pueden ser: síntomas extrapiramidales, síntomas parkinsonianos, acatisia, etc. (Fernández, Aiex, & Tenor, 2018). El objetivo del presente trabajo es describir cómo los efectos adversos producidos por los psicofármacos, los factores sociodemográficos y clínicos afectan la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Con este fin se aplicaron los siguientes instrumentos a 12 pacientes: el cuestionario sociodemográfico, el Cuestionario de Calidad de Vida, la Evaluación de Síntomas Colaterales Extrapiramidales, la Escala



de Comportamiento Agitado de Corrigan, la Escala para Síndrome Positivo y Negativo (PANSS), Escala de Evaluación del Insight y la Escala Barnes de Acatisia. Posteriormente, los puntajes se codificaron y se analizaron a través de un análisis estadístico descriptivo a través de la herramienta SPSS, cada puntaje fue comparado a su vez con los factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes. Los resultados encontrados muestran que factores como la edad y los años viviendo con el diagnóstico influyen en los puntajes de la prueba de Calidad de Vida, mientras que no se observó relación entre esta prueba y, la medicación y factores clínicos, referente a lo anterior no se evidencia relación con la literatura revisada.

**ABSTRACT:** (Máximo 250 palabras)

Schizophrenia is a highly disabling disease that represents a significant social and economic burden (Sotolongo García, Oscar Menéndez, Valdés Mier, Campos Zamora, & Turró Mármol, 2004). Among the treatment options is the use of antipsychotics, accompanied by psychiatric, psychological and psychosocial crises. The main antipsychotic drugs have adverse effects on health and well-being, some of these effects may be: extrapyramidal symptoms, parkinsonian symptoms, akathisia, etc. (Fernández, Aiex, & Tenor, 2018). The objective of this paper is to describe how the adverse effects produced by psychoactive drugs, sociodemographic and clinical factors ruled out the quality of life of patients with schizophrenia at the Hernando Moncaleano Perdomo University Hospital. To this end, the following instruments were applied to 12 patients: the sociodemographic questionnaire, the Quality of Life Questionnaire, the Assessment of Extrapyramidal Collateral Symptoms, the Corrigan Agitated Behavior Scale, the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Scale of Insight



Assessment and the Barnes Akathisia Scale. Subsequently, the scores were coded and analyzed through a descriptive statistical analysis using the SPSS tool, each score was in turn compared with the sociodemographic and clinical factors of the patients. The results found show that factors such as age and years living with the diagnosis influence the scores of the Quality of Life test, while no relationship was found between this test and medication and clinical factors, no reference to the above. relationship with the reviewed literature is evident.

#### APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado:

Firma:

Nombre Jurado: Rosmary Garzón Gonzalez

Firma:

Nombre Jurado: Luisa Fernanda Muñoz

Firma:

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

1

**Relación entre los Efectos Secundarios a la Medicación, factores sociodemográficos y clínicos en la Calidad de Vida en Pacientes con Esquizofrenia**

Ana M. Arias, Leydi T. Cortes y Eliana M. Penagos

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Psicólogas.

ASESOR:

Maria Isabel Muñoz Blanco Ph.D.

Universidad Surcolombiana

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas.

Programa de Psicología

Neiva

2023

**DEDICATORIA**

El presente trabajo lo dedicamos principalmente a Dios por brindarnos la sabiduría necesaria para culminar esta investigación, a nuestros padres por su amor, trabajo y sacrificio durante estos años de carrera, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertimos en lo que somos. A nuestra asesora María Isabel por su dedicación, paciencia y compromiso porque sin sus palabras y sus correcciones precisas, no hubiésemos podido lograr llegar a este momento tan anhelado, como lo es el obtener nuestro título de pregrado como psicólogas. Gracias a todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito, en especial a aquellos que nos motivaron cada día para ser mejores personas y cumplir nuestra meta.



### **AGRADECIMIENTOS**

Primeramente, agradecemos a la Universidad Surcolombiana por habernos aceptado ser parte de ella y abierto las puertas para poder estudiar nuestra carrera, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día. Agradecemos también a nuestra asesora de tesis PhD. María Isabel Muñoz Blanco por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento investigativo, así como también habernos tenido toda la paciencia del mundo para guiarnos durante el desarrollo de la tesis.

Igualmente, a la Dra. Alejandra Caqueo Urizar y al Doctorando Felipe Andrés Ponce Correa quienes desde Chile nos brindaron la asesoría y el material necesario para el desarrollo de nuestra investigación, sin ellos no hubiese sido posible la realización de esta.

Nuestro agradecimiento también va dirigido al Médico Psiquiatra Coordinador de la unidad mental del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo Miguel Alfredo Navarro Médico psiquiatra y al personal de los servicios de salud mental por habernos aceptado y acompañado con amabilidad para que se realice nuestra tesis en sus prestigiosas instalaciones.

Y por último y no menos importante agradecer a los pacientes quienes tuvieron la voluntad, el tiempo y la disposición de hacer parte de nuestra investigación, y compartirnos sus vivencias.

**ÍNDICE TEMÁTICO**

Resumen – Abstract .....	7
Relación Entre los Efectos Secundarios a la Medicación y la Calidad de Vida en Pacientes con Esquizofrenia .....	9
Criterios Diagnósticos de la Esquizofrenia .....	10
Esquizofrenia (F.20) .....	11
Esquizofrenia Paranoide (F20.0) .....	11
Factores desencadenantes de la Esquizofrenia .....	12
Análisis y Evolución de los Tratamientos para la Esquizofrenia .....	13
Efectos Secundarios de la medicación para la esquizofrenia .....	14
Concepto Calidad de Vida.....	18
La Calidad de Vida en Pacientes diagnosticados con Esquizofrenia .....	21
Antecedentes de Calidad de Vida en Pacientes con esquizofrenia.....	23
La Esquizofrenia en Colombia .....	29
Objetivo General.....	32
Objetivos Específicos .....	32
Método .....	32
Participantes .....	32
Instrumentos .....	33
Procedimiento .....	35
Análisis de Datos .....	36
Resultados .....	37
Resultados Sociodemográficos .....	37

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA	4
Otros Resultados .....	42
Cuestionario Calidad De Vida .....	42
Escala para la Evaluación de Síntomas Colaterales Extrapiramidales .....	49
Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS) .....	50
Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (Abs).....	54
Escala de Evaluación de Insight .....	57
Escala Barnes de Acatisia.....	60
Discusión .....	62
Conclusión .....	69
Referencias .....	71
Anexos .....	76

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Efectos Adversos Causados por los Antipsicóticos.....	16
Tabla 2. Dimensiones de la Calidad de Vida relacionada con la Salud.....	18
Tabla 3. Instrumentos aplicados en el proyecto de investigación.....	33
Tabla 4. Estadísticas Descriptivas, media y desviación estándar del Cuestionario de Calidad de Vida (SQoL- 18) .....	43
Tabla 5. Promedio de los participantes en el Cuestionario Calidad de Vida (SQoL-18) ...	45
Tabla 6. Promedio de los participantes en la Escala para la Evaluación de Síntomas Colaterales Extrapiramidales de Simpson y Angus.....	49
Tabla 7. Promedio de los participantes en la Escala para la Evaluación de Síntomas Colaterales Extrapiramidales de Simpson y Angus.....	51
Tabla 8. Promedio de los participantes en la Escala PANSS.....	51
Tabla 9. Estadísticas Descriptivas, media y desviación estándar de la Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan.....	54
Tabla 10. Promedio de los participantes en la Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan.....	54
Tabla 11. Estadísticas Descriptivas de la Escala de Evaluación de Insight.....	58
Tabla 12. Promedio de los participantes en la Escala de Evaluación de Insight.....	58
Tabla 13. Promedio de los participantes en la Escala Barnes de Acatisia.....	60

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

6

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Rango de edades.....	38
Figura 2. Comparación entre la edad y los años con el diagnóstico.....	39
Figura 3. Tipos de Tratamiento.....	40
Figura 4. Medicamentos administrados.....	41
Figura 5. Frecuencias de los síntomas presentados en los pacientes.....	42
Figura 6. Escala Barnes de Acatisia.....	61

### RESUMEN

La esquizofrenia es una enfermedad altamente discapacitante que representa una carga social y económica significativa (Sotolongo García, Oscar Menéndez, Valdés Mier, Campos Zamora, & Turró Mármol, 2004). Dentro de las opciones de tratamiento está el uso de antipsicóticos, acompañado de intervenciones psiquiátricas, psicológicas y psicosociales. Lamentablemente los fármacos antipsicóticos poseen efectos adversos para la salud y el bienestar, algunos de estos efectos pueden ser: síntomas extrapiramidales, síntomas parkinsonianos, acatisia, etc. (Fernández, Aiex, & Tenor, 2018). El objetivo del presente trabajo es describir cómo los efectos adversos producidos por los psicofármacos, los factores sociodemográficos y clínicos afectan la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Con este fin se aplicaron los siguientes instrumentos a 12 pacientes: el cuestionario sociodemográfico, el Cuestionario de Calidad de Vida, la Evaluación de Síntomas Colaterales Extrapiramidales, la Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan, la Escala para Síndrome Positivo y Negativo (PANSS), Escala de Evaluación del Insight y la Escala Barnes de Acatisia. Posteriormente, los puntajes se codificaron y se analizaron a través de un análisis estadístico descriptivo a través de la herramienta SPSS, cada puntaje fue comparado a su vez con los factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes. Los resultados encontrados muestran que factores como la edad y los años viviendo con el diagnóstico influyen en los puntajes de la prueba de Calidad de Vida, mientras que no se observó relación entre esta prueba y, la medicación y factores clínicos, referente a lo anterior no se evidencia relación con la literatura revisada.

*Palabras clave:* Calidad de Vida, Esquizofrenia, Efectos Secundarios, Antipsicóticos.

**ABSTRACT**

Schizophrenia is a highly disabling disease that represents a significant social and economic burden (Sotolongo García, Oscar Menéndez, Valdés Mier, Campos Zamora, & Turró Mármol, 2004). Among the treatment options is the use of antipsychotics, accompanied by psychiatric, psychological and psychosocial crises. The main antipsychotic drugs have adverse effects on health and well-being, some of these effects may be: extrapyramidal symptoms, parkinsonian symptoms, akathisia, etc. (Fernández, Aiex, & Tenor, 2018). The objective of this paper is to describe how the adverse effects produced by psychoactive drugs, sociodemographic and clinical factors ruled out the quality of life of patients with schizophrenia at the Hernando Moncaleano Perdomo University Hospital. To this end, the following instruments were applied to 12 patients: the sociodemographic questionnaire, the Quality of Life Questionnaire, the Assessment of Extrapyramidal Collateral Symptoms, the Corrigan Agitated Behavior Scale, the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Scale of Insight Assessment and the Barnes Akathisia Scale. Subsequently, the scores were coded and analyzed through a descriptive statistical analysis using the SPSS tool, each score was in turn compared with the sociodemographic and clinical factors of the patients. The results found show that factors such as age and years living with the diagnosis influence the scores of the Quality of Life test, while no relationship was found between this test and medication and clinical factors, no reference to the above. relationship with the reviewed literature is evident.

Keywords: Quality of Life, Schizophrenia, Side Effects, Antipsychotics.

### **RELACIÓN ENTRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS A LA MEDICACIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.**

Según la Organización Mundial de la Salud (2022) la esquizofrenia afecta a más de 24 millones de personas en todo el mundo. Este trastorno se caracteriza por distorsiones del pensamiento, emociones, percepciones, lenguaje, la conducta y conciencia de sí mismo, siendo las más frecuentes las alucinaciones (falsa percepción de los objetos) y los delirios (creencia o realidad alterada). Se manifiesta en la adolescencia o en los inicios de la edad adulta y además suele presentarse desorganización parcial de las funciones de la personalidad, retroceso o estancamiento del desarrollo, y pasividad o abandono de las relaciones interpersonales (Alanen, 2003).

Dentro de las opciones de tratamiento está el uso de antipsicóticos acompañados de intervenciones psiquiátricas, psicológicas y psicosociales, los cuales han evolucionado desde la introducción de la clorpromazina y el comienzo de la era farmacológica en psiquiatría, principalmente gracias al desarrollo de los fármacos antipsicóticos; los cuales sin embargo poseen efectos adversos para la salud y bienestar de los pacientes, algunos de estos efectos pueden ser: síntomas extrapiramidales, síntomas parkinsonianos, distonía, discinesia, acatisia, somnolencia; apatía; agitación, excitación e insomnio; cefalea; confusión; trastornos digestivos; congestión nasal, síntomas cardiovasculares, y efectos endocrinos (Fernández, Aiex, & Tenor, 2018). Existe actualmente interés por conocer más en los efectos secundarios de la medicación que afectan la calidad de vida de los pacientes, con este fin, se revisará la literatura correspondiente a este trastorno haciendo énfasis en el tratamiento y sus efectos.



## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

### **Criterios diagnósticos de la Esquizofrenia**

La esquizofrenia hace parte del conjunto de trastornos mentales caracterizados por alteraciones sustanciales y específicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, que comprometen las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, su singularidad y el dominio de sí misma. Esto afecta la calidad de vida, no solo de quien padece la enfermedad, sino la de quienes lo rodean (Benavides-Portilla, Beitia-Cardona, & Osorio-Ospina, 2016).

A partir de 1996 la esquizofrenia se encuentra en el listado de las 10 causas más importantes de muerte en el mundo, esto no necesariamente por deterioro a partir de la enfermedad sino debido a las conductas concomitantes de la misma. Sotolongo García, Oscar Menéndez, Valdés Mier, Campos Zamora, & Turró Mármol (2004) analizan el consumo de sustancias tóxicas, sus estudios indican que el 75% de esquizofrénicos fuman, entre el 30 y el 50% de ellos encajan para abuso o dependencia del alcohol, del 15 al 25% para el cannabis, y del 5 al 10% para la cocaína. Cada uno de estos criterios aseguraron una evolución y un empeoramiento del pronóstico.

La esquizofrenia es una enfermedad altamente discapacitante, que representa una carga social y económica significativa. Además de que visibiliza grandes cifras internacionales como que entre el 10 y el 15% de estas personas mueren por suicidio, o el 50% de ellos intentan al menos una vez suicidarse, sea hombre o mujer (Sotolongo García, Oscar Menéndez, Valdés Mier, Campos Zamora, & Turró Mármol, 2004). En Colombia, según el Ministerio de Salud (Minsalud) para el 2013 se podía estimar una población de 471.052 personas con esquizofrenia, por lo que la comprensión de este trastorno se convierte en un aspecto importante a estudiar en términos de salud pública.

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Con el fin de contextualizar este trastorno, a continuación, se describirán los criterios diagnósticos de la esquizofrenia a partir de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), como introducción a la subcategoría y la esquizofrenia paranoide siendo este tipo el más común, junto con los códigos que corresponden a la clasificación, entre paréntesis. Posteriormente, se revisarán los factores desencadenantes de este trastorno y finalmente se hablará de los tratamientos y sus efectos.

### ***Esquizofrenia (F.20)***

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan, en general, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales. Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo. La evolución de los trastornos esquizofrénicos puede ser continua o episódica, con déficit progresivo o estable, o bien puede haber uno o más episodios, con remisión completa o incompleta (OMS, 1992).

### ***Esquizofrenia Paranoide (F20.0)***

En la esquizofrenia paranoide predominan los delirios relativamente estables, a menudo de tipo paranoide, los cuales se acompañan habitualmente de alucinaciones, especialmente del tipo auditivo, y de perturbaciones de la percepción. No hay perturbaciones del afecto, ni de la volición,

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

ni del lenguaje, como tampoco síntomas catatónicos, o bien esta sintomatología es relativamente poco notoria (OMS, 1992).

### **Factores desencadenantes de la Esquizofrenia**

La esquizofrenia es el resultado de la interacción de numerosos factores. Los factores de riesgo que pueden predisponer a la enfermedad categorizados por Amador, Saavedra, Garfia, & Chávez en 2019 son:

- Aspectos genéticos: Amador y colaboradores (2019), encontraron en su estudio que este trastorno es más frecuente cuando la enfermedad ya está presente en el historial genético. Aun así, existen excepciones, sobre todo entre gemelos monocigóticos ya que es posible que uno de los gemelos presente el trastorno y el otro no, en este caso particular, la genética es de suma relevancia ya que puede facilitar o predisponer el desarrollo de la enfermedad. Porcentaje de aparición: población general (1%), hermanos no gemelos (8%), hijos de progenitor afectado (12%), hijo de dos progenitores afectados (40%), humanos gemelos dicigóticos (12%), hermanos gemelos monocigóticos (47%).
- Química y estructura del cerebro: Existe un desequilibrio en las reacciones químicas, específicamente con la dopamina, el glutamato y posiblemente otros neurotransmisores, que juegan un papel fundamental en la esquizofrenia. Sin embargo, se encontró pequeñas diferencias en las estructuras cerebrales de una persona con esquizofrenia y una persona sana, una de esas diferencias que se encuentran en una persona con esquizofrenia es que los ventrículos cerebrales son más grandes, y suele tener menos materia gris, además de que en algunas zonas del cerebro suelen tener mayor o menor grado de actividad (Amador, Saavedra, Garfia, & Chávez, 2019).

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

- Factores prenatales: El mismo grupo de autores, encontraron que complicaciones durante el proceso de gestación como la exposición al virus de la influenza, o la desnutrición podrían afectar directamente el desarrollo neurológico del feto y aumenta la probabilidad de presentar esquizofrenia.
- Factores sociales: Por la misma línea de investigación Amador, Saavedra, Garfía y Chávez (2019) evidenciaron que factores sociales como vivir en un medio urbano, o sufrir de alguna desventaja social como la pobreza, no son entendidos como causa de desarrollo de la esquizofrenia, pero sí son considerados factores precipitantes de la misma.
- Drogodependencia: Se ha evidenciado que el consumo de drogas y sustancias tóxicas como el cannabis, el alcohol, los derivados anfetamínicos, cocaína y demás, son desencadenantes y favorecen la evolución de la esquizofrenia, provocando mayor número de recaídas (Amador, Saavedra, Garfía & Chávez, 2019).

### **Análisis y Evolución de los Tratamientos para la Esquizofrenia**

Los distintos tratamientos que incluyen el uso de antipsicóticos acompañados de intervenciones psiquiátricas, psicológicas y psicosociales han existido desde mediados del siglo XX con el descubrimiento accidental del primer antipsicótico de la historia llamado clorpromazina siendo estudiado desde entonces para tratar diversas enfermedades mentales. En el caso específico de la esquizofrenia los tratamientos, han ido evolucionado a lo largo de la segunda mitad del siglo XX con la introducción de la clorpromazina y el comienzo de la farmacología psiquiátrica, vinculada al desarrollo de los fármacos antipsicóticos (Pol Yanguas, 2015).

Si hablamos específicamente de los antipsicóticos recomendados en la Guía Clínica de esquizofrenia para Colombia desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

(Minsalud) (2014) tendríamos que mencionar a la Clozapina, Risperidona, Paliperidona, Olanzapina, Amisulprida, Haloperidol, Quetiapina, Aripiprazol y Ziprasidona, los cuales han servido para lograr una gran evolución en los tratamientos psiquiátricos de pacientes con esquizofrenia en todo el país. Todos estos grandes avances han permitido la disponibilidad y uso de nuevos y diferentes fármacos, los cuales siguen formando tres grupos básicos, los antipsicóticos típicos, atípicos y agonistas parciales dopaminérgicos. Dichos grupos tienen como principal función, la actuación sobre los sistemas dopaminérgicos. En la actualidad, se está trabajando fuertemente y de manera continúa teniendo en cuenta los datos recolectados para poder trazar los diferentes perfiles clínicos de los nuevos agentes encontrados, para de esta manera observar sus efectos terapéuticos y adversos. Tales aspectos como cognición, suicidio, respuesta social y afectiva, coste-efectividad, etc.

Las distintas maneras de tratamiento para la esquizofrenia según la Guía Clínica de Esquizofrenia para Colombia (Minsalud, 2014) varían en función de la fase y la gravedad de la enfermedad. Pero con el desarrollo en la actualidad de las distintas terapias psicosociales, como la terapia cognitivo-conductual o la psicoeducación, éstas son útiles sólo como complemento al tratamiento farmacológico para conseguir su máxima efectividad, y aun así, todos los tratamientos farmacológicos que existen presentan limitaciones en cuanto a su eficacia, relacionándose con efectos adversos no deseables, sin embargo se puede observar cómo los antipsicóticos pueden mejorar los síntomas psicóticos de la esquizofrenia y prevenir las recaídas (Noreña Cereijo, 2014).

### **Efectos Secundarios de la medicación para la esquizofrenia**

Apiquian, Fresán, de la Fuente-Sandoval, Ulloa & Nicolini, en su estudio realizado en 2013, mediante una encuesta a psiquiatras de un país latinoamericano demostraron como los

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

nuevos fármacos, ofrecen distintas ventajas, logrando reemplazar los antipsicóticos típicos o de primera generación (APG), haciendo que se produzca una mejoría notable de los síntomas negativos, deterioro cognitivo, prevención de recaídas, capacidad funcional y mejora de la calidad de vida de los pacientes, así como menos efectos extrapiramidales (EPS) y de discinesia tardía. No obstante, estas diferencias no son necesariamente fundamentales y, en cambio, se evidencian otros efectos secundarios como ganancia de peso, hiperglucemia y dislipemia.

Los antipsicóticos típicos son los más antiguos, con acción anti dopaminérgica que se caracterizan por su utilidad para el control de síntomas psicóticos positivos (delirios, alucinaciones) y poco eficientes sobre los negativos (depresión, aislamiento social). Es por eso por lo que su uso se relaciona normalmente con síntomas extrapiramidales e hiperprolactinemia. Si hablamos de los antipsicóticos atípicos, estos resaltan por bloquear paralelamente los receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos, además de ser eficaces tanto en los síntomas positivos como en los negativos. Conjuntamente, se vinculan con menos síntomas extrapiramidales que los antipsicóticos típicos; pero, no están exentos de problemas (Osuna, Arrebola & Espinosa, 2018). En otro artículo de García-Anaya, Apiquian y Fresán (2001) citan a Geddes, J., Freemantle, N., Harrison, P., & Bebbington, P. (2000) quienes realizaron un metaanálisis de estudios controlados y comparativos entre los antipsicóticos típicos y atípicos, en el que se incluye a 7,000 pacientes, en este artículo no se encontraron diferencias en su eficacia sobre los síntomas negativos, sin embargo, los antipsicóticos atípicos presentaron con menor frecuencia síntomas extrapiramidales. En la siguiente tabla se expondrán los psicofármacos más utilizados para el manejo de la esquizofrenia junto con sus efectos adversos conocidos los cuales son importantes tenerlos en cuenta a lo largo del estudio.

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

**Tabla 1.***Efectos Adversos Causados por los Antipsicóticos.*

Medicamento	Efectos Adversos					
	Acatisia	Aumento de peso/obesidad	Distonía	Disfunción sexual masculina	Parkinsonismo	Síntomas extrapiramidales
Clozapina	Si	Si	No	No	No	Si
Risperidona	Si	Si	Si	Si	Si	No
Paliperidona	Si	Si	No	No	Si	No
Olanzapina	Si	Si	No	No	Si	No
Amisulprida	Si	Si	No	No	No	No
Haloperidol	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Quetiapina	No	Si	No	No	No	Si
Aripiprazol	Si	No	No	No	No	Si
Ziprasidona	Si	No	Si	No	Si	Si
Sertralina	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Clonazepam	No	No	No	Si	No	No
Ácido Valproico	Si	Si	No	No	Si	Si
Biperideno	Si	No	No	No	Si	No

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

*Nota:* Información adaptada de Vademécum por R. Rodríguez y M. A. González, 2022 (<https://www.vademecum.es/>) Obra de dominio público.

La información de la tabla 1 nos muestra que uno de los efectos secundarios más comunes de la medicación para esquizofrenia es la acatisia la cual se define como un trastorno del movimiento, que causa sensación subjetiva y signos objetivos de inquietud motora. La acatisia generalmente aparece en las primeras cuatro semanas de haber iniciado el tratamiento o cuando se aumenta el mismo y se caracteriza por al menos uno de los siguientes signos: movimientos típicos de nerviosismo o balanceo en las piernas, balanceo de los pies al estar en pie, necesidad de caminar para aliviar la inquietud e incapacidad para permanecer sentado o quieto durante al menos unos minutos (Escobar-Córdoba, Álvarez-Vanegas & Torres-Espinoza, 2015). Por el contrario, los efectos secundarios que menos se presentan son la distonía manifestada como un movimiento involuntario o contracción muscular de una o varias partes del cuerpo (Moreno López, 2017) y la disfunción sexual masculina. Estos síntomas pueden cambiar la forma en que los pacientes interactúan con otros y con tareas en su vida diaria, como por ejemplo la acatisia, la distonía, el parkinsonismo y los síntomas extrapiramidales generan dificultades motoras a la hora de realizar actividades de precisión y de coordinación en su cotidianidad, como lo sería cocinar, doblar ropa o escribir. Otro síntoma como lo es el aumentar de peso puede presentar una mayor probabilidad de sufrir enfermedades de riesgo cardiovascular y otras complicaciones de salud física, además, la disfunción sexual puede causar problemas con las relaciones interpersonales y a nivel de salud mental, lo que podría resultar en una baja autoestima o frustración sexual. Por lo que a continuación



## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

se hablará sobre el concepto de Calidad de Vida y cómo este se relaciona con los síntomas mencionados.

### *Concepto Calidad de Vida*

La tendencia de estudiar la calidad de vida aumentó significativamente en los últimos años del siglo XX. Esto se debió a que luego de ver satisfechas las necesidades básicas de la población al menos en el Primer Mundo, se empezó a pensar en trabajar por mejorar la calidad de la vida (Ardila, 2003). De tal manera, este concepto se renueva según las culturas, las épocas y los grupos sociales. Existen varias perspectivas del mismo concepto, por ejemplo, Bulpitt (1997) define la calidad de vida como: “El grado subjetivo de bienestar atribuible o asociado a la carencia de síntomas, el estado psicológico y las actividades que se desea realizar” (p.613). Otros autores, como Kind (2001) asemejan la Calidad de Vida en Relación con la Salud (CVRS) (erróneamente y de manera simplificada) con el concepto de estado de salud (aunque considerado en un sentido amplio). Por último, tenemos a Ruiz & Pardo (2005) quienes describen que el concepto de calidad de vida relacionada con la salud es multidimensional, estas dimensiones se encuentran relacionadas entre sí, y miden aspectos de la vida y la autonomía del paciente, las respectivas dimensiones se ven descritas en la Tabla 2.

### **Tabla 2.**

*Dimensiones de la Calidad de Vida relacionada con la Salud*

---

**Dimensiones de la Calidad de Vida relacionada con la Salud**

---

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

---

<b>Funcionamiento físico</b>	Comprende aspectos vinculados con la salud y el bienestar físicos, y con el alcance de la sintomatología clínica sobre la salud. Se calcula la incomodidad que la sintomatología genera en la vida diaria, como la repercusión de las deficiencias de la visión, la audición y el habla, entre otras.
<b>Bienestar psicológico</b>	Distintos autores llaman a esta dimensión salud mental. Reúnen el alcance del funcionamiento cognitivo. La capacidad para aludir recuerdos a corto y largo plazo, y la capacidad de pensar con claridad.
<b>Estado emocional</b>	Esto generalmente implica evaluar la depresión y la ansiedad, el componente emocional del estado psicológico. También suele implicar la medición de intereses y la meta-preocupación.
<b>Dolor</b>	Evaluar cómo se percibe el dolor y cómo interfiere en la vida diaria en comparación con la presencia de enfermedad o síntomas.
<b>Funcionamiento social</b>	Evaluar el impacto de la salud en el normal funcionamiento de las relaciones sociales, el aislamiento social por discapacidad, y los cambios en el desempeño de los roles sociales en la vida familiar, familiar y laboral.
<b>Percepción general de la salud</b>	Esto incluye una evaluación global subjetiva de la salud de un individuo y sus creencias relacionadas con la salud. Este aspecto refleja preferencias, valores, necesidades y actitudes en materia de salud.
<b>Otras dimensiones</b>	Otras áreas específicas de la CVRS investigadas con herramientas específicas fueron la función sexual, la satisfacción con la vida, la productividad laboral y las actividades de la vida diaria. El número de visitas al médico y la necesidad de medicación por enfermedad o problemas médicos también se utilizan habitualmente como indicadores de la CVRS. (Ruiz & Pardo, 2005).

---

*Nota:* Información adaptada de Ruiz, M. A., & Pardo, A. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *PharmacoEconomics Spanish Research Articles*, 2(1), 31-43.

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

En el presente trabajo, se utilizará la definición de Calidad de Vida proporcionada por Ardila (2003) puesto que parece integrar todos los aspectos relevantes y múltiples dimensiones de este concepto. Se define entonces como:

... un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. (p.4)

La categoría de calidad de vida está abierta al lado psicosocial, no solo involucrándose en la disminución de los síntomas, sino utilizando otras herramientas terapéuticas para generar en el paciente mayor satisfacción con su calidad de vida. Esto tiene un impacto significativo en el campo médico, contribuyendo no solo a la importancia del tratamiento, sino también a la suposición de que los pacientes crónicos tendrán una vida más funcional y satisfactoria. Mejorar la calidad de vida del paciente debe ser el impulso fundamental de cualquier intervención terapéutica. No sólo es importante alargar la vida del paciente, sino que esta prolongación va acompañada de unas condiciones de vida razonablemente buenas (Testa & Simonson, 1996). También es importante tener en cuenta que las evaluaciones de la calidad de vida se han utilizado como un indicador del progreso del paciente individual, como una medida de la salud de nuevos medicamentos y procedimientos, o como una evaluación de la calidad del servicio.

Además de esto, la calidad de vida es un indicador de éxito no solo en los ensayos clínicos realizados, sino también en los estudios epidemiológicos investigados, incluida la evaluación de

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

los programas de manejo de enfermedades y el proceso mismo, tratamiento psicológico. Lo que llevó a evaluar la calidad de vida de los pacientes crónicos facilita la adopción de decisiones sobre la eficacia de los tratamientos empleados (García-Viniegras, 2007). Estas investigaciones dieron como resultado que los síntomas de psicopatología general emergen consistentemente como el determinante más fuerte de una calidad de vida deficiente.

También es importante abordar el tema de la comorbilidad psiquiátrica, ya que esta se ha relacionado con una calidad de vida más baja. El Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMeD) encontró que la discapacidad y la pérdida de calidad de vida entre las personas no institucionalizadas aumentaba con el número de trastornos mentales (López-Ibor, Haro & Alonso, 2007).

Respecto a los estudios sobre Calidad de Vida, es importante enfatizar que hace falta una base conceptual clara para el constructo calidad de vida en pacientes con esquizofrenia por lo que resulta imposible acordar una definición aceptada en general, lo que sugiere que existe un problema con el fundamento científico para la evaluación de la calidad de vida, por lo tanto, se necesita una mejor comprensión de este concepto para fomentar la propiedad y el uso de medidas y escalas apropiadas para unos resultados precisos.

### **La Calidad de Vida en Pacientes diagnosticados con Esquizofrenia**

En los últimos años, la calidad de vida ha sido objeto de interés en diferentes áreas de investigación, y se ha demostrado que la presencia de los trastornos psiquiátricos es uno de los factores que inciden negativamente en esta dimensión. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es un derivado directo del tipo de enfermedad, el curso de la enfermedad, la personalidad del paciente, el grado de certeza de que la vida va a cambiar, la percepción del apoyo

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

social y la etapa de la vida en la que se presenta la enfermedad (Kind, 2001). En revisiones sobre la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia se ha encontrado que aquellos tienen un estándar de vida significativamente más pobre que otros en su comunidad (Bobes y González, 1997; Pinikahana, Happell, Hope & Keks, 2002), donde una mayor severidad de los síntomas se correlaciona con una baja calidad de vida (Rudnick, 2001). Lindstrom (1994) y Caqueo-Urizar, Urzúa y Rus-Calafell (2017) coinciden en afirmar que la presencia de efectos secundarios de los antipsicóticos genera en el paciente un grado de malestar que lo lleva a presentar una baja adherencia al tratamiento y en casos más graves, lo llevan a discontinuar el fármaco, con las consecuencias negativas que esto tiene en su bienestar.

De acuerdo con lo anterior, surgió la necesidad de estudiar los efectos adversos de los antipsicóticos utilizados para tratar estos trastornos psiquiátricos y describir la relación con la calidad de vida. Los estudios sobre calidad de vida en pacientes diagnosticados con Esquizofrenia son escasos y poco coherentes entre sí, esta poca coherencia se debe a que varios estudios provienen de países desarrollados con características sociales, económicas y culturales distintas en las cuales fueron realizados. También es importante tener en cuenta la diversidad de instrumentos que se ha utilizado con el mismo fin. Finalmente, y tal vez uno de los puntos importantes de tener en cuenta antes de conocer estos estudios es que los pacientes tienden a reportar una mejor calidad de vida que la que se observa según las escalas aplicadas. Estos resultados se han asociado a mecanismos específicos de la enfermedad, como una percepción deficiente, la minimización y la negación de las propias situaciones, lo que puede resultar en una evaluación distorsionada de su enfermedad según los resultados de las evaluaciones clínicas realizadas a pacientes con esquizofrenia (Kind, 2007). Teniendo esto en cuenta a continuación se presentarán los resultados de diferentes estudios sobre el tema.

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

### **Antecedentes de Calidad de Vida en Pacientes con Esquizofrenia**

Los autores Caron, Mercier, Díaz y Martín (2004) en su investigación “Predictores sociodemográficos y clínicos de calidad de vida en pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo” desarrollada en Canadá, utilizaron la versión canadiense del Índice de Calidad de Vida de Wisconsin (CaW-QLI) y encontraron que existen relaciones entre las características sociodemográficas (sexo, edad, educación, situación laboral y vivienda) y la calidad de vida; también se encontró diferencias en la calidad de vida entre grupos con diferentes características clínicas, como diagnóstico, hospitalización en los últimos 12 meses y edad de la primera hospitalización. Además, se reportó que el nivel educativo está positivamente relacionado con el ingreso económico, además que los pacientes con un ingreso económico bajo reportaron una baja calidad de vida.

Por otro lado, en Polonia los autores Górna, Jaracz, Rybakowski y Rybakowski (2008), aplicaron la Escala de Funcionamiento Social y la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud-BREF (por sus siglas en inglés WHOQOL-BREF) para evaluar la calidad de vida objetiva y subjetiva, respectivamente. Los autores encontraron que, entre los síntomas psicopatológicos, los síntomas negativos influyen de manera significativa en la calidad de vida, por el contrario, los factores sociodemográficos han tenido poca influencia en la mismos, sin embargo, refieren que existen varias limitaciones en este estudio, principalmente que la muestra del estudio se obtuvo de pacientes hospitalizados cuyos síntomas pueden haber sido más graves que los de los pacientes ambulatorios, lo que podría limitar la generalización de los hallazgos.

Encontramos en la literatura que hay resultados contradictorios con respecto a la influencia significativa de los factores sociodemográficos, esto se puede deber a que las poblaciones utilizadas en los anteriores estudios estaban presentando situaciones y contextos diferentes, como

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

lo explican los autores Górna, Jaracz, Rybakowski y Rybakowski (2008) sus resultados no se deben llevar a la generalización ya que el hecho de que toda su muestra pertenece a pacientes hospitalizados puede influir de manera significativa en lo encontrado. Adicionalmente los pacientes de los estudios fueron evaluados con instrumentos diferentes.

El estado civil es otro de los factores que parecen estar afectados por la medicación para los síntomas de la Esquizofrenia, como lo presentan en su estudio los autores Salokangas, Honkonen, Stengard & Koivisto (2001) en Finlandia, quienes aclaran que no pretendían inicialmente examinar la calidad de vida, y por lo tanto no se dispuso de una escala de calidad de vida estandarizada. Siendo esta una limitación del presente estudio. Aun así, indagaron mediante entrevistas estructuradas sobre los antecedentes sociodemográficos de los pacientes, los lugares de residencia, la situación de vida y el estado psicosocial; lo que les permitió identificar que el estado civil y su combinación con el género demostraron ser un factor importante (indicador) que define la situación y la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia. Esto debido a que los pacientes solteros tenían una calidad de vida mucho más pobre ya que parecen haber abandonado el desarrollo de la sociedad, siguen viviendo en su lugar de nacimiento y son más dependientes, mientras los pacientes casados posiblemente ayudados en parte por su cónyuge pueden seguir mejor los cambios en la sociedad. Así mismo, las mujeres mayores, independientemente de su estado civil, estaban más satisfechas con su vida, tenían relaciones interpersonales más estrechas y habían realizado trabajos útiles con más frecuencia que los hombres. Por otro lado, Xiang et al. (2010) identificaron que, para las variables sociodemográficas, solo el estado civil casado se correlacionó negativamente con la calidad de vida, y explican que la posible razón de este hallazgo inesperado podría ser que la esquizofrenia puede disminuir considerablemente la calidad del matrimonio y, por lo tanto, aumentar la probabilidad de problemas relacionados con la unión.

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Resulta complejo establecer si una característica sociodemográfica como el estar casado o soltero influye de manera negativa o positiva en la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia, es importante resaltar que en los estudios fueron realizados en dos países y culturas totalmente diferentes, y como lo analizan Xian y colaboradores (2010) su hallazgo fue inesperado y tal vez se deba a que la esquizofrenia tienda a disminuir la calidad del matrimonio y, por lo tanto registrar como que estar casado es un factor que influye negativamente en la calidad de vida.

Marwaha & Johnson (2004) de Reino Unido en su revisión de la literatura referenciaron que, aunque se ha informado que muchos factores están asociados con el empleo en la esquizofrenia, la relación más consistente y fuerte es con la historia social y ocupacional premórbida. Además, referencian que es probable que los síntomas negativos sean importantes, independientemente de cualquier relación con los síntomas positivos. Los autores afirman que no se pueden sacar conclusiones sobre los factores sociodemográficos debido a la falta de consistencia en la literatura. Estos resultados contrastan con los obtenidos por Adewuya & Makanjuola (2009) quienes encontraron que el desempleo estaba asociado con una calidad de vida más baja entre los pacientes con esquizofrenia. Una razón para esto es que el empleo no solo proporciona una remuneración financiera, sino que también representa una "experiencia normalizadora" para que las personas se integren en la sociedad, lo que a su vez contribuye a su autoestima y calidad de vida.

Se realizaron otros estudios donde se quieren identificar que indicadores clínicos están relacionados con la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia. Rudnick (2001) realizó un estudio aplicando la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS), la Lista de Verificación de Formas de Afrontamiento y el Índice de Calidad de Vida de Wisconsin". En este estudio se



## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

evidenció que la gravedad de los síntomas negativos se correlacionó significativamente con la calidad de vida en el dominio de las actividades de la vida diaria, mientras que la gravedad de los síntomas positivos se correlacionó significativamente con la calidad de vida en el dominio de no angustia por los síntomas. El autor refirió que estos hallazgos concuerdan con afirmaciones previas de que los síntomas negativos interrumpen el funcionamiento, mientras que los síntomas positivos causan angustia subjetiva.

Los autores Browne et al. (1996) encontraron que la calidad de vida estaba inversamente proporcionada con la gravedad de los síntomas negativos, pero que era independiente de los síntomas positivos. La duración de la enfermedad, la duración acumulada de la hospitalización, tener discinesia tardía y el tener mayor edad se correlaciona con una peor calidad de vida, finalmente no se encontró correlación entre calidad de vida y sexo, y edad de inicio de la enfermedad.

Pinikahana, Hapell, Hope y Keks (2002) identifican a través de una revisión de literatura de 1995 al 2000, algunos hallazgos comunes entre los estudios en esa área como que las personas con esquizofrenia sufren un nivel de vida significativamente más bajos que otros en su comunidad. También que las personas con esquizofrenia pueden expresar de forma válida y fiable sobre sus experiencias y percepciones internas, adicionalmente la información sobre la calidad de vida se ve profundamente afectada por los instrumentos utilizados y los informantes elegidos para proporcionar la información.

De esta manera, podemos identificar qué factores tales como sexo, edad, educación, situación laboral, vivienda y estado civil han sido reconocidos como aquellos que afectan la calidad de vida en personas con esquizofrenia, estos resultados se deben interpretar con cautela debido a las diferentes limitaciones metodológicas con las que cuenta cada estudio, además se desarrollan

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

en contextos sociales diferentes y con instrumentos distintos. Referente a las características clínicas se encontró coincidencia entre que los síntomas negativos influyen de manera inversamente proporcional en la calidad de vida de estas personas. Por último, no existe claridad, ni un criterio determinado que pueda explicar cómo influyen los factores sociodemográficos en la calidad de vida de personas con esquizofrenia en países no latinoamericanos.

En cuanto a los estudios realizados en los países latinoamericanos, los autores Cavieres y Valdebenito (2005) en su investigación realizada en Chile, comparan los rendimientos cognitivos de los pacientes según género, años de vida, edad al inicio de la esquizofrenia y tipo de tratamiento antipsicótico. Si bien se advierten los resultados una clara tendencia a que los mejores puntajes sean obtenidos por los sujetos de sexo masculino, menor edad, inicio más tardío de la enfermedad y en tratamiento con neurolépticos atípicos, solamente se encuentran diferencias estadísticamente significativas para memoria visual, género, concentración y tipo de medicamento empleado.

Por otro lado, Rovner, Assunção, Gargoloff, Silva-Ibarra, & Aguilar-Gasca(2005) utilizando la escala Euro-QoL EQ-5D y la Escala Análoga Visual (VAS) en un grupo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia en Argentina, logró identificar que los pacientes tratados con olanzapina o risperidona (antipsicóticos atípicos) experimentaron probabilidades significativamente mayores de estar empleados y ser socialmente activos, así como también de experimentar mejorías significativamente mayores en los desenlaces relativos a calidad de vida, comparados con los pacientes tratados con antipsicóticos típicos.

Otro estudio fue realizado por Caqueo-Urizar & Giráldez (2008) en Chile utilizando el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida, el Cuestionario de Salud General y el Cuestionario de Función Familiar encontraron que, a mayor funcionalidad familiar percibida, menor severidad del

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

trastorno. Además, se observó que el tener una ocupación laboral fuera del hogar es un indicador de mejor calidad de vida y mejor percepción de la salud general del paciente.

Rodríguez-Vidal, Castro-Salas, Sanhuesa-Escobar, Valle-Utreras & Martínez-Arriaga (2011) en su investigación “Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos”, utilizaron un instrumento constituido por 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. Donde evidenciaron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de calidad de vida en relación con el sexo, existencia de pareja y años de tratamiento.

Para finalizar los autores Caqueo-Urizar, Urzua & Rus-Calafell, (2017) presentan una amplia investigación en un artículo titulado “Efectos Secundarios de la Medicación Antipsicótica y Calidad de Vida en Pacientes con Esquizofrenia Latinoamericanos”. La muestra contó con 253 pacientes de los Servicios Públicos de Salud Mental de Bolivia, Perú y Chile quienes fueron evaluados con la Escala Barnes de Acatisia (EBA); la Escala de Simpson-Angus (SAS) y el Cuestionario de Calidad de Vida (SQoL-18). Los resultados muestran que existen factores sociodemográficos y clínicos que influyen en la calidad de vida como la edad, la ocupación, el nivel educativo, la etnia, y variables clínicas como severidad del trastorno (PANSS) mostraron un peso significativo en la calidad de vida.

A partir de estos estudios, se pueden identificar una serie de factores que disminuyen la calidad de vida de estos pacientes, siendo los más comunes el ser varón, ser de mayor edad, ser desempleado, no tener pareja, tener un mayor número de hospitalizaciones, tener escaso apoyo

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

social, tener mayor severidad del trastorno, y tener una mayor presencia de efectos adversos a la medicación.

### **La Esquizofrenia en Colombia**

Los estudios presentados nos muestran la problemática oculta que aparece después de la medicación. Sin embargo, ninguno de estos estudios se ha realizado con población colombiana, por lo que a continuación, se presentarán algunos datos relevantes a la situación de estos pacientes en Colombia y en Neiva.

El Minsalud (2013) describió que la prevalencia de esquizofrenia en Colombia es del 1% de la población, lo que permite estimar una población de 471.052 personas en Colombia, que padecen esta enfermedad. Las cifras arrojadas por el Boletín de Salud Mental y el Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio del Minsalud, en 2016, las tasas ajustadas de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento en Colombia fue de 1,53 por 100.000 habitantes, con un rango de resultados entre 0 y 2,73 por 100.000 Boletín de Salud Mental No 5, marzo de 2018 A 9 habitantes. El 21,6% de las entidades territoriales (8) tuvieron cifras por encima de la medida nacional, estas diferencias no fueron significativas. El departamento de Valle del Cauca (2,73), Huila (2,51) y Meta (2,45) fueron las entidades con más alta mortalidad por esta causa. Amazonas, Casanare, Guainía, Guaviare, San Andrés y Providencia, Vaupés y Vichada, tuvieron mortalidad cero (Minsalud, 2018).

En conjunto, los números presentados revelan el panorama de las enfermedades mentales en Colombia, los cuales nos orientan a un punto de partida para iniciar a trabajar aspectos que son prevalentes en la población del Huila que puedan ayudar a mitigar estas problemáticas. Según un estudio realizado por Alvis-Peña Gonzales-Cerón, Valero-Granados, Calderón-Franco, Alvis-Peña

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

& Peña-Mazabel (2021), se utilizaron los registros de pacientes con trastornos mentales entre los años 2017-2018 en el municipio de Neiva (Huila), del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, se encontró que la depresión fue la patología más frecuente con un 24,2%, seguida por la esquizofrenia con un 14,6%. Además de lo anterior explicado también es importante aclarar que el promedio de edad fue de 36 años, con una razón hombre-mujer de 1,23. Esto dio como resultado que el servicio donde atendieron a la mayor población psiquiátrica fue por consulta externa con un porcentaje de 62,9%, creando de esta manera la necesidad de estudiar la salud mental en el departamento del Huila y las barreras de accesibilidad que impiden un diagnóstico oportuno.

La revisión de literatura presentada anteriormente mostró cómo los pacientes con este trastorno presentan un nivel de vida significativamente inferior que otros en su comunidad (Caqueo-Urizar, Urzúa & Rus-Calafell, 2017) lo cual se relaciona con los resultados de Alvis-Peña Gonzales-Cerón, Valero-Granados, Calderón-Franco, Alvis-Peña & Peña-Mazabel (2021). que muestran cómo el diagnóstico de Esquizofrenia viene por lo general acompañado de otros trastornos mentales. La motivación que se tiene para realizar este estudio tiene las bases en los efectos adversos que ya se conocen de los antipsicóticos utilizados en los tratamientos contra la esquizofrenia, además de los factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes. La esquizofrenia es el segundo trastorno más frecuente en el departamento del Huila con un 14,6% Alvis-Peña Gonzales-Cerón, Valero-Granados, Calderón-Franco, Alvis-Peña & Peña-Mazabel (2021). Por lo que se busca conocer cuáles efectos adversos conocidos se encuentran en la población, y de esta manera mejorar la adherencia y la recuperación. A su vez, a partir de los resultados, incitar a nuevos estudios que planteen y recomienden futuras intervenciones para mejorar o mantener un estado óptimo de calidad de vida.

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se plantea la pregunta de investigación ¿Cómo afectan los efectos secundarios de los medicamentos antipsicóticos, factores sociodemográficos y clínicos en la Calidad de Vida de los pacientes con esquizofrenia que se encuentran en los servicios de la Unidad de salud mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva?

Se contempló que de las tres variables: efectos secundarios a la medicación, factores sociodemográficos y clínicos, la que mayor tenía influencia en la calidad de vida eran los efectos secundarios a la medicación, la hipótesis era que a mayores efectos secundarios peor era la calidad de vida en las personas diagnosticadas con esquizofrenia de los servicios del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Siendo menos importantes las dos variables restantes.

Con el fin de realizar este estudio, se consideró que los factores sociodemográficos y clínicos más importantes a evaluar en la presente investigación son los referenciados en el estudio de Caqueo-Urizar, Urzua y Rus-Calafell (2017) ya que es el estudio con una población similar en cuanto a características sociales, económicas y culturales a las nuestras. Para la evaluación de estos factores se utilizaron los siguientes instrumentos, un cuestionario sociodemográfico del paciente, el Cuestionario de Calidad de Vida – SQOL 18, Escala de Acatisia de Simpson-Angus, Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan, Escala de Evaluación del Insigth, Escala de Valoración de Necesidades y Satisfacción del Paciente, Inventario de Actitudes hacia la Medicación, Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS), Escala Barnes de Acatisia y Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental.

### ***Objetivo General***

Comentado [RG1]: Escribir en tercera persona.

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Describir cómo los efectos adversos producidos por los psicofármacos, los factores sociodemográficos y clínicos afectan la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia que se encuentran en los servicios del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

### *Objetivos Específicos*

- Identificar cuáles son los efectos secundarios que se producen por los psicofármacos en los pacientes que se encuentran en los servicios del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.
- Analizar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia que se encuentran en los servicios del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.
- Describir la relación entre las variables calidad de vida, factores sociodemográficos, clínicos y efectos secundarios.

### **Método**

#### **Participantes**

Para la muestra se contó con la autorización del coordinador de la unidad de salud mental, la cual se conformó con 12 pacientes que tienen un diagnóstico de esquizofrenia y asisten a tratamiento ambulatorio Hospital Día (7), hospitalización en la Unidad de Salud Mental (4) y Urgencias (1) del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva. Donde los criterios de inclusión fueron: Personas con el diagnóstico de esquizofrenia que sepan leer y escribir, que tengan adherencia al tratamiento, que sean cooperativos y que tengan la disposición de responder al protocolo; y como criterios de exclusión se determinó que no tuvieran drogodependencia, ni tener otro tipo de diagnóstico mental que comprometa la confiabilidad de

**Comentado [RG2]:** Solo una pregunta ¿cómo accedieron a la población del hospital, sin aval de un comité de ética? Es que la metodología no enuncia que tenga un aval.

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

los resultados. El diagnóstico de esquizofrenia se tomó de la valoración del hospital mediante los criterios de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión CIE-10 (OMS, 1992). Para el presente estudio, participaron en total dos mujeres y diez hombres, con edades superiores a los 18 años.

### Instrumentos

Los instrumentos empleados y su respectiva descripción están presentados en la tabla 3, adicionalmente se implementó el consentimiento informado al paciente (Anexo 1) los cuales cumplieron con los criterios de inclusión, y aceptaron voluntariamente formar parte del proyecto donde firmaron bajo ninguna influencia, sabiendo que podían retirarse en cualquier momento y que sus datos no serían revelados a terceros, adicionalmente se requirió llenar un consentimiento informado por parte del cuidador de cada paciente (Anexo 2). Otro instrumento aplicado es el cuestionario sociodemográfico (Anexo 3), en el cual se busca recolectar toda la información necesaria respecto a los datos sociodemográficos, los antecedentes del paciente y antecedentes familiares que fuesen relevantes y que nos ayudaran a realizar las correlaciones correspondientemente significativas.

### Tabla 3.

*Instrumentos aplicados en el proyecto de investigación.*

Instrumentos Psicológicos	Descripción de Instrumentos
<b>Cuestionario de Calidad de Vida (SQoL 18)</b>	Evalúa la calidad de vida diaria entre personas con esquizofrenia y el estado general de salud mediante 18 ítems, en ocho dimensiones: bienestar psicológico,



## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

---

	autoestima, relaciones familiares, relaciones con amigos, resiliencia, bienestar físico, autonomía y vida sentimental. (Anexo 4)
<b>Escala para valoración de síntomas colaterales extrapiramidales</b>	Evalúa los efectos extrapiramidales secundarios a la administración de antipsicóticos, en particular el parkinsonismo inducido por medicamentos. Incluye 10 ítems que evalúan la severidad de la rigidez, el temblor y la salivación, puntuando de 0 a 4. (Anexo 5)
<b>Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (ABS)</b>	Mide el grado de agitación de los pacientes, consta de 14 ítems, que para su correcta interpretación se divide en 3 factores: desinhibición, agresividad y labilidad. (Anexo 6)
<b>Escala de Evaluación del Insight (SUMD)</b>	Evalúa la conciencia de enfermedad en los pacientes, se agrupa en dos partes, la primera parte identifica la conciencia del paciente de padecer una enfermedad mental, la segunda parte identifica la conciencia y la atribución de los síntomas a la enfermedad. (Anexo 7)
<b>Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS)</b>	Evalúa los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, y la psicopatología general desde un punto de vista dimensional (gravedad del cuadro) y

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

categorial (esquizofrenia positiva, negativa o mixta).

(Anexo 8)

### **Escala Barnes de Acatisia**

Escala de 4 ítems que evalúa la presencia y gravedad de la acatisia inducida por fármacos. Incluye ítems objetivos y subjetivos, junto una evaluación clínica global de acatisia. (Anexo 9)

---

*Nota:* Se aplicó un formulario sobre antecedentes sociodemográficos al paciente, con el fin de conocer el ambiente del paciente fuera del hospital y para la realización de análisis pertinentes (Anexo 3). Elaboración propia a partir de los manuales de cada instrumento y del Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica (García, Portilla, Fernández, Martínez & García, 2002).

### **Procedimiento**

Para el desarrollo de la investigación se solicitó autorización al médico psiquiatra Miguel Alfredo Navarro coordinador de la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Seguido se llevó a cabo una reunión informativa a los médicos, psicólogos y demás encargados de la unidad con el objetivo de obtener autorización y acompañamiento en el proceso de selección y aplicación del protocolo para el desarrollo del proyecto de investigación.

Una vez aprobado el proyecto se procedió a realizar la localización en la plataforma Índigo de los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión para participar en el proyecto de investigación. Realizamos un primer acercamiento con los pacientes con diagnóstico de

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

esquizofrenia de los servicios de Salud Mental donde realizamos la presentación del proyecto dándoles a conocer los objetivos y la posibilidad de adquirir conocimientos sobre la relación entre la calidad de vida y los efectos secundarios a la medicación con el fin de motivarlos a participar de la investigación.

Posteriormente con los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, y que aceptaron voluntariamente formar parte del proyecto, firmaron el consentimiento informado. Consecutivamente se realizó la aplicación del protocolo de manera individual, en donde se llenó el cuestionario sociodemográfico, el Cuestionario de Calidad de Vida, la Evaluación de Síntomas Colaterales Extrapiramidales, la Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan, la Escala para Síndrome Positivo y Negativo (PANSS), Escala de Evaluación del Insight y La Escala Barnes de Acatisia. Esta recopilación de datos se llevó a cabo entre las fechas del 10 de junio de 2022 al 22 de julio del mismo año. La aplicación se ejecutó de forma escrita y manual, en los diferentes servicios del hospital; Hospital Día, Unidad de Salud Mental y Urgencias, con la debida supervisión del Dr. Miguel Navarro, psiquiatra de la unidad.

### *Análisis de datos*

Posterior a la aplicación del protocolo se codificaron las escalas en una hoja de cálculo del programa Excel, creando una base de datos. Para la calificación y codificación de los diferentes instrumentos se utilizaron los manuales correspondientes además de diferentes estudios en los cuales se indicaba su respectiva validación. Después esta base de datos se analizó a través del programa estadístico informático SPSS, desarrollándose un análisis estadístico descriptivo hallando medidas como media y desviación estándar con las cuales fue posible realizar una tipificación de la población e identificar la relación entre los resultados de las escalas con las

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

características sociodemográficas de los pacientes, además de comprobar el grado de homogeneidad de la población.

Las características sociodemográficas que empleamos para los análisis fueron la unidad a la que pertenecen los pacientes, edad, sexo, diagnóstico, número de hijos, estado civil, nivel educacional terminado, ocupación, número de años viviendo con el diagnóstico y que medicamentos se les administra.

### Resultados

Los resultados obtenidos en la investigación se organizaron de la siguiente manera. Primero los datos sociodemográficos, luego resultados obtenidos en las escalas y cuestionarios aplicados, en los cuales se encuentra una tabla donde se muestra la desviación estándar y la media de cada una de las dimensiones de las pruebas, posteriormente una tabla con los promedios donde se encuentran los participantes, y por último la relación de estos resultados con los datos sociodemográficos anteriormente mencionados.

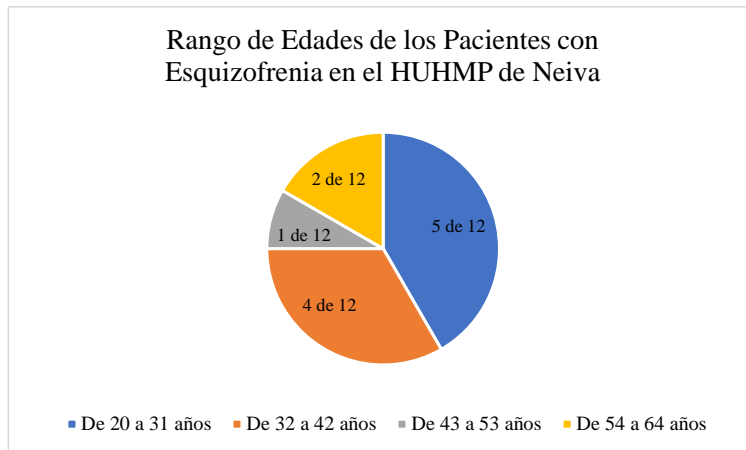
Comentado [RG3]: Escribir en pasado, porque son resultados.

#### Resultados Sociodemográficos.

En total fueron 12 los pacientes con esquizofrenia que participaron en este estudio, los cuales rondan entre las edades de 20 y 64 años (Figura 1), 10 de 12 son hombres, todos recibiendo tratamiento farmacológico (Figura 3), siendo el medicamento más administrado la Clozapina (Figura 4). Los síntomas que más refirieron los pacientes que presentan son insomnio, olvidar las cosas, soledad y el tener pensamientos intrusivos (Figura 5). Información sociodemográfica complementaria se encuentra consignada en el Anexo 10.

#### Figura 1.

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

*Rango de edades*

*Fuente:* Elaboración propia.

*Nota:* Las mujeres se encuentran en el rango de 32 a 42 años, y 4 de los 5 participantes que se encuentran en el menor rango de 20 a 31 años pertenecen a Hospital Día.

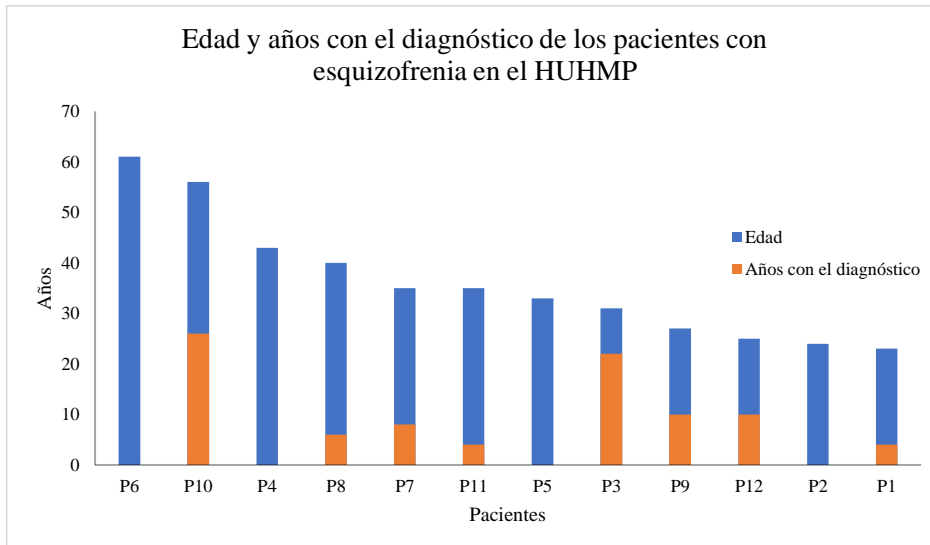
La mayoría de los participantes (nueve) se encuentra entre los 20 y 42 años, lo que significa que una gran parte de la población es adulto joven y son personas que no han compartido tantos años con el diagnóstico (ver figura 2).

**Comentado [RG4]:** Las personas mayores fueron diagnosticadas desde jóvenes?

**Figura 2.**

*Comparación entre la edad y los años con el diagnóstico.*

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA



*Fuente:* Elaboración propia.

En la figura 2 podemos observar que los pacientes P6, P5 y P2, no cuentan con información sobre los años que llevan viviendo con el diagnóstico, posiblemente sea porque lo olvidaron o simplemente no tienen claro en qué momento recibieron el diagnóstico o **si lo recibieron, ya que puede ser que no tengan consciencia de su enfermedad.** Respecto a lo anterior el déficit de consciencia de la enfermedad siempre ha sido señalado desde que se habla de esquizofrenia, como fue mencionado por la OMS en 1973, cuando obtuvieron los resultados de un estudio que realizaron y se observó que entre un 50% y 80% de los pacientes con esquizofrenia presentaban un déficit parcial o total de la consciencia de padecer el trastorno (OMS, 1973).

Un aspecto que resaltar de estos resultados es observar los diferentes tipos de tratamientos además del farmacológico al que tienen acceso. En la Figura 3, se observa cómo los pacientes tienen acceso a rehabilitación psicosocial y a un centro de día. Los diferentes tipos de tratamiento

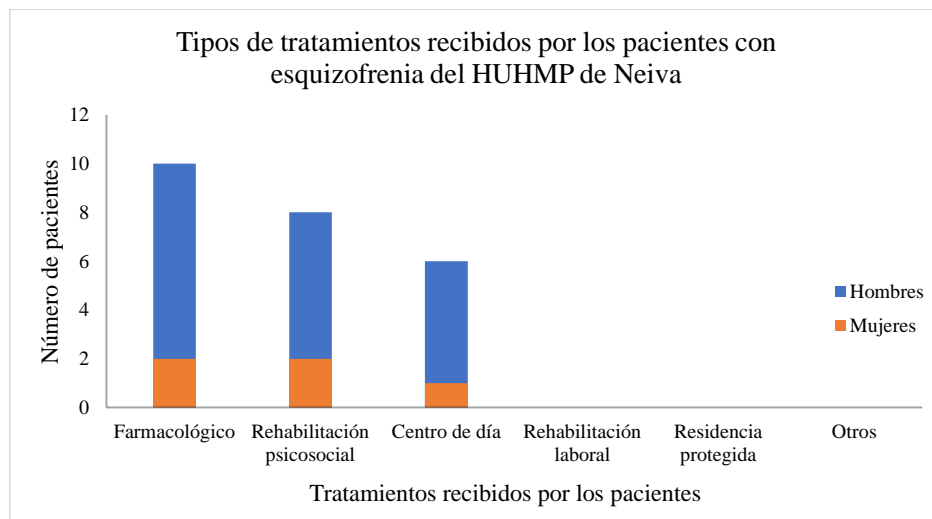
**Comentado [RG5]:** Encontraron algún estudio que mencione sobre la consciencia de la enfermedad en pacientes con esquizofrenia?

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

se han ido desarrollando para el manejo de la Esquizofrenia con el pasar de los años y los avances científicos, dentro de las opciones de tratamientos está el uso de intervenciones psiquiátricas, psicológicas y psicosociales, acompañados de antipsicóticos (los cuales han evolucionado desde el comienzo de la era farmacológica en psiquiatría). Esto ha derivado en que en los últimos años se hayan venido analizando los efectos secundarios más importantes de la medicación antipsicótica, ya que estas tienen una relación directa en la calidad de vida de los pacientes que sufren esquizofrenia.

**Figura 3.**

*Tipos de Tratamiento*



*Fuente:* Elaboración propia.

*Nota:* El paciente de urgencias solo recibe tratamiento farmacológico.

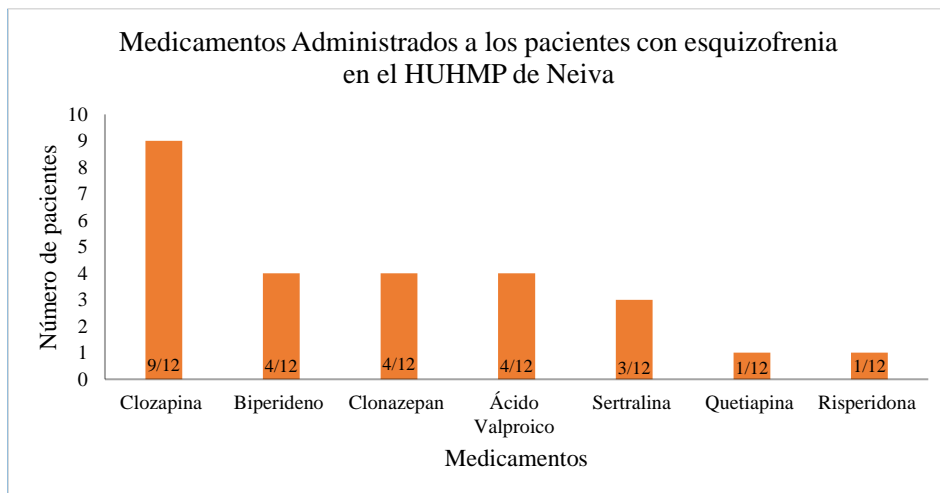
En la mayoría de los casos los pacientes con esquizofrenia reciben un tratamiento farmacológico, el cual ayuda a controlar los signos y los síntomas de la enfermedad, los antipsicóticos son los

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

medicamentos que con más frecuencia se administran ya que se puede notar un gran control de signos y síntomas hasta con dosis bajas; en este caso Clozapina, Quetiapina y Risperidona, estos combinados con otros medicamentos como antidepresivos en este grupo la Sertralina, estabilizadores de ánimo como Clonazepam y Ácido Valproico o anti parkinsonianos siendo el Biperideno.

**Figura 4.**

*Medicamentos administrados*



**Comentado [RG6]:** A las graficas coloquen: fuente: Elaboración propia.

*Fuente:* Elaboración propia.

*Nota:* Solamente dos pacientes no se les administra antipsicóticos de ninguna clase, el tipo de antipsicóticos que se utiliza en estos pacientes son los atípicos o de segunda generación. El paciente que está más medicado es el P11 ya que toma cinco medicamentos.

Como se mencionó en la introducción, los medicamentos antipsicóticos pueden causar algunos efectos adversos entre los cuales se reportaron insomnio, olvidar a menudo las cosas,

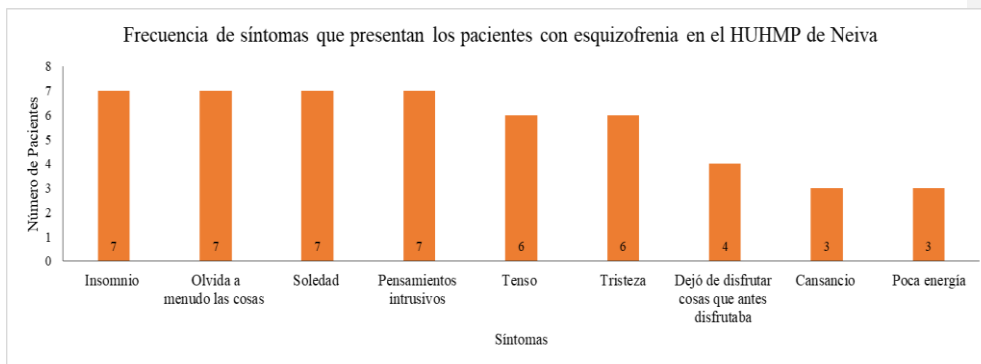


## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

soledad, pensamientos intrusivos, estar tenso, tristeza, dejar de disfrutar las cosas que antes disfrutaba, cansancio y poca energía como se puede apreciar en la Figura 5.

**Figura 5.**

*Frecuencias de los síntomas presentados en los pacientes.*



*Fuente:* Elaboración propia.

### Otros Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de las diferentes escalas y cuestionarios aplicados. Estos resultados se presentan organizados según el instrumento.

#### *Cuestionario Calidad De Vida.*

Este cuestionario permite evaluar la calidad de vida diaria entre personas con esquizofrenia y el estado general de salud, siendo esta área la más importante para que un individuo garantice un correcto desarrollo de su vida y pueda satisfacer sus necesidades humanas. En la tabla 4, se muestran las estadísticas descriptivas, media y desviación estándar de cada una de las dimensiones de este cuestionario, en las cuales sus valores internos no se

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

encuentran tan dispersos los unos de los otros. En general se encuentra que la media de los pacientes en las diferentes dimensiones se encuentra arriba de 3, sugiriendo que entre la muestra existe una Calidad de Vida aceptable.

### Tabla 4.

*Estadísticas Descriptivas, media y desviación estándar del Cuestionario de Calidad de Vida (SQoL-18).*

Estadísticas Descriptivas		
Dimensiones	Media	Desviación Estándar
CV. Autoestima	3,62	1,57
CV. Bienestar	3,33	1,21
CV. Relaciones Familiares	4,00	1,55
CV. Relaciones Amigos	3,21	1,53
CV. Resiliencia	3,89	0,84
CV. Bienestar Físico	3,79	1,23
CV. Autonomía	3,46	1,60
CV. Sentimental	3,08	1,33
CV. Total	3,55	0,89

A continuación, en la tabla 5, se indicarán los promedios de los participantes en este cuestionario, los que se observan de color azul son los que se encuentran con desviaciones estándar **por debajo** de la media y los de color rojo son lo que se encuentran con desviaciones estándar **por encima**.

**Bienestar Psicológico.** Casi la mitad de los pacientes puntúan por debajo de 2,5, lo cual nos muestra que son pacientes que tienen dificultades en su bienestar psicológico. En particular, llama la atención los pacientes P5 y P6 quienes puntúan debajo de una desviación estándar de la media. Estos pacientes tienen características demográficas comunes como que ambos son

Comentado [RG7]: Pero tienen pareja?... lo pregunto por un antecedente mencionado al respecto.

#### CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

hombres, no tienen hijos y no tiene pareja, pero no comparten ni unidad ni rango de edad. Por otro lado, con los tres pacientes se encuentran una desviación estándar por encima de la media (P3 -P9-P11) se identifica características demográficas comunes como que también son hombres, no tienen hijos, y todos cursaron educación básica; al no encontrarse más comparaciones, la única diferencia es que a estos tres se les administra Clozapina como antipsicótico.

## CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

**Tabla 5.***Promedio de los participantes en el Cuestionario Calidad de Vida (SQoL-18).*

Cuestionario Calidad de Vida									
Código	Bienestar psicológico	Autoestima	Relaciones Familiares	Relaciones con Amigos	Resiliencia	Bienestar físico	Autonomía	Vida Sentimental	Promedio dimensiones
P1	2,33	4	5	5	3,67	4,5	4	4,5	4,125
P2	3,67	5	5	5	4,33	5	4,5	5	4,69
P3	4,67	4	5	5	3	5	5	3	4,33
P4	2,33	1	1	3	4,67	3,5	5	1	2,69
P5	1,67	4,5	5	1	3,67	5	4	4,5	3,67
P6	2	3,5	2	1	4,33	2	1	1,5	2,17
P7	3	1	5	1	3	2,5	1	3	2,44
P8	2,33	4	1,5	1	2,33	2,5	1,5	2	2,14
P9	5	5	5	3	5	5	4	2	4,25
P10	4,33	5	5	5	4,67	5	4,5	4,5	4,75
P11	5	1,5	4	4	3,33	2,5	2	3,5	3,23
P12	3,67	5	4,5	4	4,67	3	5	2,5	4,04

**Autoestima.** En la dimensión de autoestima solo tres pacientes (P4-P7-P11) puntúan menos de 2,5, quienes pueden referir una baja autoestima, además que sus puntajes se encuentran una desviación estándar por debajo de la media. Entre estos pacientes, algunos comparten características demográficas como unidad, rango de edad, educación básica, número de años viviendo con el diagnóstico y medicación con clozapina. Por otro lado, ningún paciente se encuentra una desviación estándar por encima de la media en esta dimensión, lo que quiere decir que la autoestima de los demás participantes está dentro los límites esperados, pero ninguno presenta una alta autoestima.

**Relaciones familiares.** En esta dimensión, al igual que en la anterior, solo tres pacientes (P6-P8-P4) puntúan menos de 2,5, es decir que también se encuentran una desviación estándar por debajo de la media, de los cuales se encuentra que entre ellos comparten únicamente que todos cursaron educación básica. No se encuentran coincidencias en su edad, número de hijos, género o en la administración de su medicación. Por otro lado, ningún paciente se encuentra una desviación estándar por encima de la media en esta dimensión, lo que quiere decir que existen relaciones familiares comunes, más no redes de apoyo familiares fuertes, estructuradas, estrechas y cercanas.

**Relaciones con amigos.** En esta dimensión cuatro pacientes (P5-P6-P7-P8) puntúan muy por debajo de 2,5, lo cual resulta interesante ya que también esto indica que se encuentran una desviación estándar por debajo de la media, lo que lleva a inferir que cuentan con dificultades para sobrellevar relaciones con sus amistades, estos pacientes tienen características demográficas son solteros, llevan viviendo con el diagnóstico menos de 9 años, cursaron educación básica y tres de ellos toman Clozapina. Por otro lado, en sus diferencias se halla que cada uno pertenece a una unidad distinta como Hospital Día,

Hospitalización y Urgencias, su sexo y su edad.. En comparación, se encuentran los cuatro pacientes (P1-P2-P3-P10) que se encuentran una desviación estándar por encima de la media en esta dimensión se identifica que tres de ellos hacen parte de Hospital Día, todos de sexo masculino, no tienen hijos y toman Clozapina.

**Resiliencia.** En la dimensión de resiliencia tres pacientes (P3-P7-P8) puntúan menos de 2,5 con una desviación estándar por debajo de la media, lo cual implica que no sienten tener las habilidades necesarias para realizar los esfuerzos requeridos para tener éxito. Estos pacientes comparten algunas características demográficas como unidades a las que pertenecen, rango de edades, nivel educacional de enseñanza básica y que la medicina que toman para controlar sus síntomas es Clozapina. Por otro lado, resulta intrigante que ningún participante se encuentra una desviación estándar por encima de la media, lo cual podría indicar que esto se puede relacionar con la adaptabilidad a su diagnóstico y a su entorno.

**Bienestar físico.** Solo un paciente se encuentra una desviación estándar por debajo de la media (P6) lo que implica no creer contar con la suficiente energía para realizar actividades diarias, esta persona pertenece a Hospital Día, es de sexo masculino, tiene 61 años, no tiene hijos, es divorciado, tiene un nivel educacional de enseñanza básica, es jubilado y toma Clozapina, podemos inferir que estos resultados se deben a la edad del paciente, los demás pacientes tienen un bienestar físico óptimo, sin estar una desviación estándar por encima de la media.

**Autonomía.** En esta dimensión se encuentran cuatro participantes (P6-P7-P8-P11) con una puntuación inferior a 2,5, lo que puede indicar dificultad para tomar decisiones o de actuar libremente, pero solo tres de ellos se encuentran una desviación estándar por debajo

de la media (P6-P7-P8), dentro de los cuales se encuentran características demográficas en comunes como que son de Hospital Día, toman Clozapina y todos alcanzaron la educación básica; por otro lado en sus características diferenciadoras se encuentra su género, número de hijos y tiempo viviendo con el diagnóstico. Sin embargo, resulta interesante que ningún paciente se encuentra una desviación estándar por encima de la media, por lo que se concluye que los demás están dentro del promedio básico de autonomía.

**Vida sentimental.** En esta dimensión cuatro participantes se encuentran con un puntaje inferior a 2,5, (P4-P6-P8-P9) lo cual puede revelar que estas personas no están satisfechas o que creen no sentirse capaz de lograr proyectos a nivel familiar o sentimental, De estos, dos (P4-P6) se encuentran una desviación estándar por debajo de la media, estos pacientes son de sexo masculino, sin hijos, no se encuentran en una relación sentimental y cuentan con un nivel educacional de enseñanza básica. De un modo opuesto son cuatro los pacientes (P1-P2-P5-P10) que están una desviación estándar por encima de la media en esta dimensión, los cuales nos dejan inferir que cuentan con una estabilidad en su vida sentimental, pero lo que resulta interesante es que todos son de sexo masculino, pero no comparten características comunes en edad, relación sentimental y educación.

**Promedio dimensiones.** En general tres pacientes (P6-P7-P8) se encuentran con una puntuación inferior a 2,5, quienes son los mismos que indican una desviación estándar por debajo de la media, de los cuales se rescatan que sus únicas características demográficas en común son un nivel educacional de enseñanza básica y que toman Clozapina. Por otro lado, solo dos pacientes (P2-P10) están una desviación estándar por encima de la media, lo cual puede indicarnos que cuentan con una buena calidad de vida, entre ellos las únicas

características demográficas que tienen en común es que son de sexo masculino y toman Clozapina.

### *Escala para la Evaluación de Síntomas Colaterales Extrapiramidales*

Esta escala es utilizada para la evaluación de los efectos extrapiramidales secundarios a la administración de antipsicóticos. Mide específicamente el parkinsonismo inducido por medicamentos. Si estos síntomas no son controlados y prevalecen, pueden afectar negativamente la calidad de vida de los pacientes. Los puntajes de esta prueba muestran una media de 1,10 y una desviación estándar de 0,57; estos puntajes son bajos a comparación del puntaje total de la prueba, lo cual implica que los síntomas colaterales extrapiramidales que presentan los pacientes son mínimos o casi imperceptibles por los pacientes que participaron en el estudio. En la Tabla 6 se observa en detalle la relación de los puntajes de cada paciente.

#### **Tabla 6.**

*Promedio de los participantes en la Escala para la Evaluación de Síntomas Colaterales Extrapiramidales de Simpson y Angus.*

Escala para la Evaluación de Síntomas Colaterales Extrapiramidales	
Código	Promedio
P1	0,9
P2	2,1
P3	0,8
P4	1,3
P5	0,3
P6	1,9
P7	0,8
P8	1,6
P9	0,9
P10	0,5
P11	1,5
P12	0,6



*Nota:* Las puntuaciones que se observan de color azul son los que se encuentran con desviaciones estándar por debajo de la media y los de color rojo son los que se encuentran con desviaciones estándar por encima.

Como se evidencia en la Tabla 6 son dos los pacientes (P2- P6) con puntajes de 21 y 19 correspondientemente para un total de 40, los que se encuentran una desviación estándar por encima de la media, ambos pertenecen al servicio Hospital Día, son de sexo masculino, no tienen hijos, tienen un nivel educacional básico y toman el antipsicótico Clozapina. Referente al puntaje total estas puntuaciones no son tan altas para la prueba, pero sí las más altas entre los participantes evaluados, por lo que de nuestra muestra se considera que estos dos pacientes probablemente presentan más síntomas colaterales extrapiramidales como la rigidez muscular o temblores, entre otros.

De igual forma son dos los pacientes se encuentran una desviación estándar por debajo de la media (P5-P10) con puntajes de 3 y 5, no comparten características comunes en edad, sus niveles educacionales son distintos, dentro de los medicamentos que se les administran ninguno coincide, sin embargo, ambos son de sexo masculino. Lo que quiere decir que al obtener puntajes bajos en esta prueba, los síntomas son casi imperceptibles en la vida de estos pacientes en relación con sus actividades diarias.

***Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)***

La PANSS sirve para evaluar específicamente los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia y la psicopatología general, desde un punto de vista dimensional (gravedad del cuadro) y categorial (esquizofrenia positiva, negativa o mixta).

**Tabla 7.**

*Estadísticas Descriptivas, media y desviación estándar de la Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS)*

Estadísticas Descriptivas		
Dimensiones	Media	Desviación Estándar
Positivo	2,42	0,83
Negativo	3,19	1,06
Compuesta	-	1,11

Por lo general los pacientes puntuaron en un promedio de 1,58 a 3,25 en la escala positiva, al ser un puntaje bajo quiere decir que los pacientes tienen un buen control de sus síntomas positivos, y de 2,12 a 4,26 en la escala negativa, lo que posiblemente denote una dificultad en su tratamiento y una predominancia de síntomas negativos de la enfermedad en algunos pacientes. En la Tabla 8, se pueden precisar las puntuaciones de los participantes en esta escala.

**Tabla 8.**

*Promedio de los participantes en la Escala PANSS.*

Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS)			
Código	Promedio Síndrome Positivo	Promedio Síndrome Negativo	Escala Compuesta
P1	2	1,285714286	0,714285714
P2	2,285714286	3,571428571	-1,285714286
P3	4,142857143	3,571428571	0,571428571
P4	3	4,714285714	-1,714285714
P5	3,428571429	3,571428571	-0,142857143
P6	3	3,571428571	-0,571428571
P7	3	5,142857143	-2,142857143
P8	2,571428571	3,571428571	-1
P9	2,857142857	2,142857143	0,714285714
P10	3,142857143	2,142857143	1
P11	1,142857143	3	-1,857142857
P12	2,142857143	3	-0,857142857

*Nota:* Las puntuaciones que se observan de color azul son los que se encuentran con desviaciones estándar por debajo de la media y los de color rojo son los que se encuentran con desviaciones estándar por encima.

**Síndrome Positivo.** Como se puede observar en la tabla 8, en la escala positiva un participante (P5) se encuentra una desviación estándar por encima de la media y uno (P3) se encuentra dos desviaciones estándar por encima de la media, esto nos demuestra que los dos pacientes presentan una sintomatología positiva en el rango de leve a moderada; aunque no se acerca a los puntajes máximos de la prueba que son grave y extremo, si son los pacientes que mayor sintomatología refieren del grupo en esta dimensión, dentro de esta sintomatología encontramos las alucinaciones, los delirios, la desorganización conceptual, excitación, grandiosidad, hostilidad, entre otros. P3 pertenece al servicio de Hospital Día y P5 a

Urgencias. Con edades de 31 y 33 correspondientemente. Ambos de sexo masculino, sin hijos y solteros. Los dos alcanzaron el nivel educacional de enseñanza básica y a los dos se les administra Ácido Valproico. En cambio, P11 es el único paciente que obtuvo un puntaje una desviación estándar por debajo de la media en la escala positiva, lo cual nos indica que de todos es el paciente que menos presenta la sintomatología anteriormente mencionada. Este paciente hace parte de Hospital Día, tiene 35 años, es de sexo masculino, no tiene hijos, es soltero, alcanzó los estudios profesionales, se le administra Clozapina, Risperidona, Sertralina, Clonazepam y Biperideno, siendo el participante que más toma medicación.

**Síndrome Negativo.** En la escala negativa, se encuentran dos pacientes (P4-P7) una desviación estándar por encima de la media lo que refleja que estos dos pacientes presentan una sintomatología negativa mayor a comparación de sus demás compañeros, esta sintomatología se ve expresada en embotamiento afectivo, retracción emocional, pobre relación, apatía pasiva, entre otros. Estos pacientes presentan una sintomatología de leve a moderada sin llegar a un nivel grave o extremo, de los cuales uno pertenece a Hospitalización y otro a Hospital Día, con edades de 43 (hombre) y 35 (mujer) años respectivamente, solteros y con nivel educacional de enseñanza básica. Estos pacientes no tienen coincidencias en los medicamentos que se les administra. Al contrario, solo un paciente (P1) se encuentra una desviación estándar por debajo de la media, este paciente refiere a través de esta dimensión que su sintomatología negativa es mínima o ausente, pertenece a Hospital Día, tiene 23 años, es de sexo masculino, no tiene hijos, está soltero, alcanzó sus estudios universitarios y se le administra Clozapina y Sertralina.

**Análisis categorial.** Para realizar un análisis categorial de la forma menos restrictiva o inclusiva del PANSS, se tiene en cuenta la puntuación obtenida en la escala compuesta y su valencia; por lo que al examinar encontramos que son ocho los pacientes que poseen un

trastorno esquizofrénico negativo y tan solo cuatro un trastorno esquizofrénico positivo. Por lo que es posible decir que los cuatro pacientes que poseen un trastorno esquizofrénico positivo tienen dificultades con su medicación, ya sea con su adherencia al tratamiento, su dosis, hora de toma o cualquier otro inconveniente relacionado, mientras que los ocho que tienen un trastorno esquizofrénico negativo mantienen un mejor control de la enfermedad y su medicación está actuando correctamente.

***Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (Agitated Behavior Scale, Abs)***

Esta escala fue diseñada con la intención de medir de forma objetiva el grado de agitación de pacientes hospitalizados y residentes de centros de atención a largo plazo que experimentan demencia. Incluye 14 ítems que se agrupan en tres dimensiones: Desinhibición, Agresividad y Labilidad. A continuación, se presentan las estadísticas descriptivas de la escala (Tabla 9) seguido de un análisis de los resultados obtenidos por los pacientes en cada dimensión (Tabla 10).

**Tabla 9.**

*Estadísticas Descriptivas, media y desviación estándar de la Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan*

Estadísticas Descriptivas		
Dimensiones	Media	Desviación Estándar
Desinhibición	1,81	0,38
Agresividad	1,39	0,47
Labilidad	1,92	0,77
Total	1,71	0,35

A continuación, en la Tabla 11, se indicarán los promedios de los participantes en esta escala y posteriormente se analizará cada una de las dimensiones según los puntajes obtenidos por nuestra población.

**Tabla 10.**

*Promedio de los participantes en la Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan.*

Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan.				
Código	Desinhibición	Agresividad	Labilidad	Promedio dimensiones
P1	1,43	1,25	1,67	1,45
P2	1,86	2,5	1,67	2,01
P3	2,28	1,75	4	2,68
P4	1,86	1	2	1,62
P5	2,43	1	2,33	1,92
P6	2,14	1,25	1,33	1,57
P7	2,14	1,25	2,33	1,91
P8	1,43	1,25	2	1,56
P9	1,71	1	1,33	1,35
P10	1,28	1	1,67	1,32
P11	1,71	2	1,67	1,79
P12	1,43	1,5	1	1,31

*Nota:* Las puntuaciones que se observan de color azul son los que se encuentran con desviaciones estándar por debajo de la media y los de color rojo son los que se encuentran con desviaciones estándar por encima.

**Desinhibición.** La mitad de los pacientes puntúan por dentro de la media lo cual nos muestra que no presentan dificultades en esta dimensión lo cual nos puede indicar que no presentan de manera regular comportamientos socialmente inadecuados. En particular dos

pacientes se encuentran una desviación estándar por encima de la media (P3 – P5) por esto podemos inferir que aunque no refieran el mayor puntaje en todos los ítems de la dimensión (puntaje máximo 28), a comparación de los demás participantes son quienes tienen el mayor puntaje total, lo que indica que pueden presentar con mayor frecuencia comportamientos inapropiados, impulsivos, impacientes, además de que toleran mal el dolor o la frustración, ambos son hombres, no tienen hijos, son cesantes, solteros y ambos tienen un nivel educativo básico.

Los cuatro pacientes que se encuentran una desviación estándar **por debajo** de la media (P1 – P8 – P10 – P12) tienen únicamente en común que todos pertenecen a hospital día y toman Clozapina. Estos pacientes probablemente no presentan conductas desinhibidas.

**Agresividad.** En esta dimensión la mayoría de los pacientes se encuentran dentro de la media, a excepción de los puntajes de dos pacientes: P2 que se encuentra dos desviaciones estándar por encima de la media obteniendo un puntaje de 10 y P11 quien obtuvo un puntaje de 8 que se ubica una desviación estándar por encima de la media de la muestra (ver Tabla 10). El puntaje máximo por obtener en esta dimensión de 16 lo cual nos indica que, aunque los puntajes no están tan cerca del puntaje máximo, a comparación de sus compañeros son quienes probablemente sean poco cooperadores, exigentes, explosivos o con ataques de ira imprevisibles o pueden llegar a hacerse daño, ambos pertenecen al servicio de hospital día, tienen 24 y 35 años, los dos son hombres sin hijos y toman Clozapina.

**Labilidad.** Al igual que en la dimensión anterior en esta dimensión la mayoría de los pacientes se encuentran dentro de la media y presentan una labilidad emocional esperada, de rango leve a moderado, a excepción de dos, un paciente se encuentra dos desviaciones

estándar por encima de la media (P3) lo que nos indica que posiblemente presenta cambios de humor súbitamente, llora o ríe con facilidad y de manera excesiva o habla rápido, alto o en exceso. Este paciente pertenece al servicio de Hospital Día, tiene 31 años, es hombre, no tiene hijos, está soltero, su nivel educativo básico, se encuentra cesante, lleva 22 años con su diagnóstico (esquizofrenia paranoide) y sus medicamentos son Clozapina, Clonazepam y Ácido Valproico. Por otro lado, encontramos a P12 cuyo puntaje se encuentra una desviación estándar por debajo de la media lo que indica que la labilidad es inexistente en él, él también pertenece al servicio de hospital día, no tiene hijos, es hombre, está soltero y tiene un nivel educativo básico. A ambos pacientes, P12 y P3 se les administra Clozapina y Clonazepam, adicionalmente P12 toma Biperideno (alivia síntomas relacionados con el Parkinson).

**Promedio Dimensiones.** La mitad de los participantes se encuentran dentro de la media, a excepción de P3 que se encuentra dos desviaciones estándar por encima de la media quien no tiene un puntaje extremo o grave, pero si demuestra que tiene una sintomatología moderada, por lo que posee un comportamiento desinhibido y agresivo, además de presentar labilidad emocional. Este paciente pertenece al servicio de hospital día, tiene 31 años, es hombre, no tiene hijos, está soltero, nivel educativo básico, ocupación cesante, lleva 22 años con su diagnóstico (esquizofrenia paranoide) y toma Clozapina, Clonazepam y Ácido Valproico. Estos resultados se comparan con los tres pacientes que se encuentran por debajo de la media (P9 – P10 – P12), cuyo puntaje muestra que desinhibición, agresividad y labilidad se manifiesta de manera leve o inexistente. Estos pacientes son hombres y toman Clozapina y Biperideno.

*Escala de Evaluación de Insight (Scale Unawareness of Mental Disorders, SUMD)*



Esta escala fue diseñada para evaluar la conciencia de enfermedad en los pacientes psicóticos. Consta de 9 ítems que se agrupan en dos partes, la primera se centra en la conciencia general de padecer una enfermedad mental, de los efectos de la medicación y de las consecuencias sociales de la enfermedad mental, la segunda parte evalúa el nivel de conciencia y la atribución a la enfermedad de 6 síntomas: alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, embotamiento afectivo, anhedonia y asociabilidad. A continuación, se presentan las estadísticas descriptivas de la escala (Tabla 11) junto con un análisis de los resultados en cada dimensión a partir de los resultados de los pacientes (Tabla 12).

**Tabla 11.**

*Estadísticas Descriptivas de la Escala de Evaluación de Insight*

Estadísticas Descriptivas		
Dimensiones	Media	Desviación Estándar
Conciencia General	1,94	1,22
Conciencia	3,62	1,95
Atribución	3,20	1,60

**Conciencia general.** En la dimensión de conciencia general se encuentra que la mitad de los pacientes tienen una puntuación de 1, lo que nos indica que todos ellos poseen total conciencia de poseer el trastorno, sobre los efectos de la medicación y de las consecuencias sociales del trastorno mental, y resaltan los siguientes, paciente con dos desviaciones estándar por encima de la media (P2) y un paciente con una desviación estándar por encima de la media (P4) donde ambos no poseen ningún tipo de conciencia de lo que padecen, de ellos podemos decir que pertenecen a unidades distintas (hospital día y hospitalización) son hombres, sin hijos, con un nivel educacional de enseñanza básica y son cesantes.

**Tabla 12.**

*Promedio de los participantes en la Escala de Evaluación de Insight*

Escala de Evaluación de Insight			
Código	Conciencia General	Conciencia	Atribución
P1	1	0,67	0,67
P2	4,33	4,17	4,17
P3	1,67	4,67	4,67
P4	3,67	1,83	1,83
P5	1	1	1
P6	1,67	3,67	3,67
P7	1	1,67	4,33
P8	3	4,67	3,67
P9	1	4,17	5
P10	1	4	4
P11	1	1	1
P12	3	4,67	4,67

Nota: Las puntuaciones que se observan de color azul son los que se encuentran con desviaciones estándar por debajo de la media y los de color rojo son los que se encuentran con desviaciones estándar por encima.

**Conciencia.** En la dimensión de conciencia se encuentran solo tres pacientes por debajo de la media (P1 - P5 - P11) esto nos indica que solo tres de ellos poseen total conciencia de los síntomas de la enfermedad, como poseer alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, embotamiento afectivo, anhedonia y asociabilidad, se encontró que dos de ellos pertenecen a hospital día y uno a urgencias, el rango de edad oscila entre 23 y 35 años, y comparten características sociodemográficas como que todos son hombres, ninguno tiene hijos, están solteros, con enseñanza básica, han tenido algún tipo de ocupación (cesante, universitario, otro) , y ninguno toma estabilizadores del ánimo.

**Atribución.** En la dimensión de atribución encontramos que los mismos tres pacientes de la dimensión de conciencia (P1 - P5 - P11) se encuentran una desviación estándar por debajo de la media, lo cual nos indica que atribuyen todos los síntomas que

presentan a la enfermedad, esto lo podemos deducir de si no tienen conciencia de la enfermedad no podrían atribuir los síntomas a ella. En comparación a la única persona que se encuentra una desviación estándar por encima de la media (P9) quien no atribuye a la enfermedad los síntomas que presenta, se identifica que tiene 27 años, también es hombre, no tiene hijos, tiene enseñanza básica y toma Clozapina, en sus diferencias está que pertenece a hospitalización, vive en unión libre, es empleado, lleva más de 10 años viviendo con el diagnóstico y además toma Quetiapina y Biperideno.

#### ***Escala Barnes de Acatisia.***

Esta es una escala de 4 ítems que evalúa la presencia y gravedad de la acatisia inducida por fármacos. Incluye ítems objetivos y subjetivos, junto una evaluación clínica global de acatisia. Los tres primeros ítems se puntúan de cero a tres, donde cero es normal, o ausente, y tres es severo o incapacidad de mantenerse sentado o quieto, y el último ítem puntúa de cero a cinco, siendo cero ausente y cinco acatisia severa.

Referente a las estadísticas descriptivas se obtuvo una media de 3,42 y una desviación estándar de 2,39. El puntaje máximo total que se puede obtener en la prueba es de 14 por lo que una media de 3,42 es baja, esto refleja que los participantes no presentan una sintomatología notable. A continuación, en la tabla 13 se observan las puntuaciones obtenidas dentro del promedio, los señalados en rojo son cinco participantes que se ubican una desviación estándar por encima de la media, en particular resalta el participante P4 ya que se encuentra dos desviaciones estándar por encima de la media con un puntaje de 8, siendo el puntaje máximo 14. Aunque está lejos del puntaje máximo, es quien de los participantes

obtiene la puntuación más alta, lo que indica que tiene la posibilidad de presentar síntomas moderados de acatisia.

**Tabla 13.**

*Promedio de los participantes en la Escala Barnes de Acatisia.*

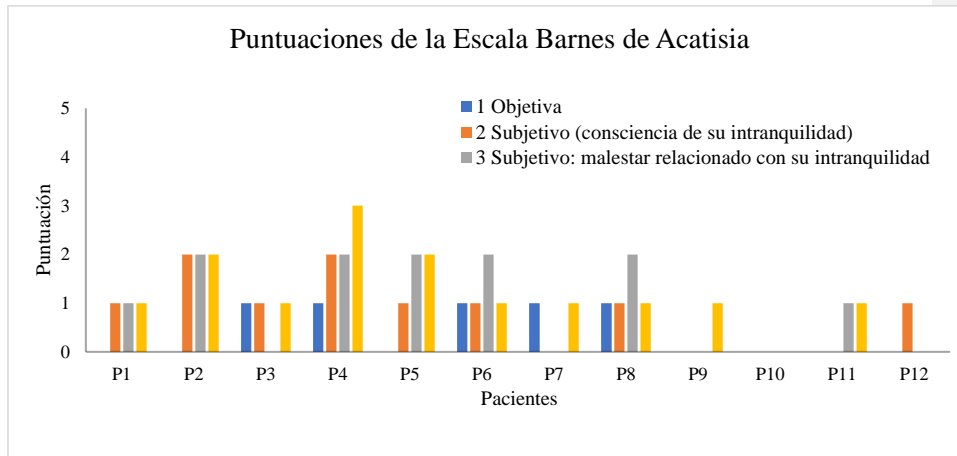
Escala Barnes de Acatisia.	
Código	Promedio
P1	0,75
P2	1,5
P3	0,75
P4	2
P5	1,25
P6	1,25
P7	0,5
P8	1,25
P9	0,25
P10	0
P11	0,5
P12	0,25

*Nota:* Las puntuaciones que se observan de color rojo son lo que se encuentran con desviaciones estándar por encima.

A continuación, en la Figura 6 se mostrarán las puntuaciones obtenidas por los participantes en cada uno de los ítems de la escala.

**Figura 6.**

Figura Escala Barnes de Acatisia.



A partir de la figura 6, se logra identificar que los participantes en su mayoría obtuvieron puntuaciones bajas, lo cual puede referir que el nivel de acatisia en estos se puede considerar como ausente o leve. Así mismo resulta particular las puntuaciones de dos participantes (P2-P4) ya que estos presentan una puntuación mayor que los demás, lo cual puede significar síntomas moderados de acatisia como lo son mayor consciencia de su intranquilidad e imposibilidad de controlar movimientos; los cuales además comparten características demográficas como que son hombre, no tienen hijos, su nivel educacional es de enseñanza básica.

Por otro lado, no se presentan coincidencias en los medicamentos administrados a estos dos participantes, en particular nos llama la atención el paciente P4 ya que al no contar con características diferentes que puedan influir con esta sintomatología se desconoce el por qué llega a tener una de las puntuaciones más altas, pero el participante P2 al presentar otra patología como lo es la epilepsia, esta predispuesto a presentar con facilidad síntomas de acatisia.

A partir de estos resultados obtenidos en cada una de las pruebas y escalas nace la necesidad de comparar y analizar estos resultados con otras investigaciones realizadas con la finalidad de dar un punto de partida a nuevos estudios en campos afines que permitan crear estrategias desde la psicología que ayuden a mitigar y prevenir esta problemática.

### **Discusión**

La esquizofrenia en relación con la calidad de vida es un problema el cual ha sido poco estudiado y analizado en nuestro contexto, existen varios factores a tener en cuenta en el análisis de estas dos variables, una de ellas es los efectos adversos a los medicamentos, los factores sociodemográficos y clínicos de cada paciente, al igual que las herramientas personales para afrontar este padecimiento, ya que todos estos factores influyen de manera significativa en la percepción de calidad de vida de cada paciente, en los estudios referenciados en los antecedentes encontramos que para algunos países son más importantes ciertos aspectos sociodemográficos y clínicos, en cambio para otras son totalmente irrelevantes.

En nuestro estudio contamos con participantes en situaciones y contextos sociales muy similares, todos pertenecientes a los servicios de salud mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, servicios como Hospital Día, Hospitalización en Unidad de Salud Mental, y en servicio de Urgencias, de las edades entre 20 y 60 años, de estratos 1 y 2, con ingresos económicos familiares de un mínimo o menos, de nivel educacional básico y universitario, todos cuentan con tratamiento farmacológico y la mayoría cuentan con rehabilitación psicosocial, mediada por el programa hospital día que busca brindar

**Comentado [RG8]:** En qué consiste la rehabilitación psicosocial del paciente?

intervenciones grupales con el objetivo de recuperar o adquirir las capacidades o habilidades necesarias para el desarrollo de las personas en comunidad.

En los pacientes del presente estudio, la medicación más frecuente en su tratamiento farmacológico es la clozapina (figura 4), cuyos efectos adversos más comunes son la acatisia, el aumento de peso y los síntomas extrapiramidales (Tabla 1). En nuestra muestra, se observa que estos efectos son poco comunes en los pacientes, donde solo dos pacientes obtuvieron un puntaje significativamente bajo en síntomas colaterales extrapiramidales (Tabla 6). Adicionalmente en las entrevistas y los encuentros realizados se pudo identificar que ningún paciente sufre de sobrepeso. La falta de síntomas secundarios comunes derivados de la medicación, no nos permite afirmar que existe una relación entre los efectos adversos de la medicación y la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, la edad del paciente y los años que este lleva viviendo con el diagnóstico parecen influir de manera significativa en su calidad de vida. Esto corresponde con la revisión de literatura realizada en donde no se encontró que se tuviera en cuenta como variable los efectos secundarios a la medicación en relación con la calidad de vida, por lo que podemos deducir que, los efectos secundarios a la medicación pasan a un segundo plano, y llegan a tener mayor relevancia o influencia otros factores. En la literatura se encuentran que estos son el sexo, edad, educación, situación laboral y vivienda (Caron, Mercier, Díaz y Martín, 2004), los síntomas negativos (Górna, Jaracz, Rybakowski y Rybakowski, 2008), el estado civil (Salokangas, Honkonen, Stengard y Koivisto, 2001; Xiang, et al 2010), y el desempleo (Adewuya & Makanjuola, 2009).

Se identificó que los pacientes menores de 32 años (cuatro pacientes) junto con los pacientes que tienen 20 años o más viviendo con el diagnóstico (dos pacientes) presentaron

una calidad de vida más alta en comparación con los demás participantes del estudio. Sin embargo, existen otros estudios que contradicen nuestros resultados como el estudio de Górna, et al. (2008) donde se referencia que los factores sociodemográficos han tenido poca influencia en la calidad de vida, o el estudio de Caqueo, et al. (2017) que indica que los pacientes más jóvenes son los que presentan una peor calidad de vida. Estos hallazgos contradictorios pueden explicarse por la naturaleza de la muestra en el presente estudio, ya que contamos con una muestra significativamente más pequeña que el estudio con resultados contradictorios, sin embargo, se **considera que estas asociaciones deben confirmarse en futuros estudios con una metodología y una muestra que sea representativa a nivel regional.**

El siguiente hallazgo importante en nuestro estudio es los años viviendo con el diagnóstico de esquizofrenia, se identificó que los pacientes que llevan menos de 9 años viviendo con el diagnóstico presentan un mejor puntaje en el cuestionario de calidad de vida, en conjunto con quienes llevan más de 20 años. Sin embargo, contrariamente al estudio de Rodríguez-Vidal, Castro-Salas, Sanhueza-Escobar, Valle-Utreras & Martínez-Arriaga (2011) evidenció que no existen diferencias significativas entre las medias de calidad de vida y años con el tratamiento. En los demás estudios e investigaciones revisadas no se encuentra referencia sobre los años que se **lleva viviendo con el diagnóstico, o los años que se lleva de tratamiento, desconocemos si es porque consideran que es una variable sin relevancia, o si no se ha tenido en cuenta en la realización de los estudios.**

De estos participantes resulta interesante que presenten características en común, aunque no fueron factores diferenciadores, entre estos se encuentra que estos pacientes: no tienen hijos, por lo tanto, ninguno de los participantes es responsable o tiene a cargo a otra persona, lo que posiblemente les permite centrarse en su bienestar. También, cuentan con un



ingreso económico mensual estable en el hogar pueden tener un estado de seguridad económica, lo cual se puede ver reflejado como un factor protector para su tratamiento, ya que con seguridad económica tienen garantizado el tratamiento farmacológico que no pueda brindarle la institución, además de transportes y alimentación adecuada. Estos factores, aunque fueron comunes entre estos pacientes, también se encuentran en otros pacientes por lo que no se puede afirmar que estas características sociodemográficas determinen la calidad de vida de los pacientes, pero pueden ayudar a la misma.

En el Cuestionario de calidad de vida (SQoL 18) los participantes con mayor puntuación general en el cuestionario puntuaron dentro de la media en las dimensiones de autoestima, relaciones familiares, resiliencia, bienestar físico y autonomía. Se destacaron en las dimensiones como relaciones con amigos, bienestar psicológico y vida sentimental, ya que se encuentran una desviación estándar por encima de la media. Esto indica que son pacientes que destacan en varias dimensiones que son evaluadas por esta prueba lo cual nos evidencia que se encuentran por encima del promedio, y que por tanto esto se encuentra reflejado en que son los participantes que cuentan con una mayor calidad de vida. En la PANSS, cuatro de estos seis pacientes obtuvieron un puntaje por dentro de la media en las escalas positiva y negativa, por lo tanto, su respuesta al tratamiento farmacológico es apropiada, demostrando una buena adherencia al tratamiento. En la Escala para la Evaluación de Síntomas Colaterales Extrapiramidales y la Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (ABS), los pacientes puntuaron dentro de la media demostrando un buen control de los efectos extrapiramidales inducidos por los fármacos y un grado de agitación adecuado, a excepción de dos, uno en cada prueba respectivamente, que puntuaron una desviación estándar por debajo. Estos dos participantes tienen un diagnóstico de Retraso Mental, por lo

que en el primer caso deteriora específicamente el comportamiento en un grado desconocido influyendo en la rigidez, el temblor y la salivación, factores estimados en la Escala para la Evaluación de Síntomas Colaterales Extrapiramidales y en el segundo caso puede dar como resultado puntuaciones bajas en dimensiones como desinhibición y labilidad de la Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (ABS). De los pacientes que reportan una calidad de vida alta, sólo dos se encuentran una desviación estándar por debajo de la media en la Escala de Evaluación del Insight (SUMD), demostrando que tienen poca o nula conciencia general de la enfermedad y de la atribución de los síntomas a la misma. Por último, en la escala de Acatisia de Barnes se evidencia que los participantes que indicaron bajas puntuaciones son los mismo que presentan una calidad de vida mejor debido a que no presentan esta sintomatología.

Los demás participantes del estudio (seis) que no cuentan con estos criterios encontrados, son mayores de 32 años y llevan viviendo con su diagnóstico menos de 20 años. Cuatro de estos pacientes no cuentan con un ingreso económico mensual estable, por lo que al no tener solvencia económica presentan otro tipo de preocupaciones las cuales pueden influir en el curso de su enfermedad y no les permite enfocar su atención en su tratamiento.

Estos participantes obtuvieron puntuaciones bajas en las dimensiones de autoestima, relaciones familiares, relaciones con amigos, resiliencia, y autonomía del Cuestionario de Calidad de Vida (SQoL 18), las dimensiones en la cuales se encontraron por dentro de la media fueron bienestar psicológico, bienestar físico y vida sentimental. En la PANSS tres de estos seis pacientes se encuentran dentro de la media en las escalas positiva y negativa, por lo que se concluye que los otros tres participantes que se encuentran fuera de la media presentan algún tipo de inconveniente al administrar o cumplir con su tratamiento

**Comentado [RG9]:** Muy bien que analicen el paciente junto con la comorbilidad que puede tener otros diagnósticos diferentes a la esquizofrenia.

farmacológico o sobre el nivel de adherencia del mismo, ya que siguen presentando síntomas positivos según los resultados de esta prueba que no deberían manifestarse ya que la medicación está indicada para estos síntomas. En la Escala para la Evaluación de Síntomas Colaterales Extrapiramidales cinco de los seis pacientes de este grupo obtuvieron puntajes que los mantuvieron por dentro de la media, el sexto participante se encuentra una desviación estándar por debajo de la media siendo este el participante con mayor edad, lo que posiblemente le dificulta dominar la rigidez, el temblor y la salivación. En la Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (ABS) todos los seis pacientes se encontraron dentro de la media, lo que pone en evidencia un grado de agitación adecuado en estos. Para terminar de comparar los resultados de los dos grupos, en la Escala de Evaluación del Insight (SUMD), tan solo uno de los seis pacientes se encuentra una desviación estándar por debajo de la media en la categoría de conciencia general, lo que significa que la mayoría es consciente de su enfermedad y de sus síntomas.

El alcance de este estudio se limita bajo los criterios de inclusión, dentro de los cuales 12 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia dentro de los servicios de salud mental accedieron voluntariamente a participar, sin embargo, dentro de esta pequeña población se aprendió sobre los factores comunes que afectan su calidad de vida, como fue mencionado anteriormente. El conocer que los factores sociodemográficos influyen más en la calidad de vida que la medicación nos permite entonces orientar futuros estudios a entender más sobre la calidad de vida en general.

Por lo tanto, se encontró que el presente estudio no respalda la hipótesis planteada en la investigación, puesto que la evidencia obtenida de esta pequeña muestra es que los efectos secundarios de la medicación antipsicótica no tienen una influencia directa con la calidad de

vida de los pacientes con esquizofrenia estudiados. Posiblemente esto corresponde a que los factores sociodemográficos y clínicos de cada uno de los pacientes de este estudio varían según el contexto en el que se encuentran y el tipo de servicio que reciben en cada una de las unidades del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

La principal limitación del presente estudio es que la muestra no fue significativa con respecto a la población de personas con esquizofrenia en la región, en comparación con poblaciones estudiadas en otras investigaciones que arrojaron resultados más reveladores entre sí mismos, por lo tanto, los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a la totalidad de la población de pacientes con esquizofrenia a nivel departamental. Se considera pertinente hacer el estudio en grupos más amplios con población más diversa, en donde haya mayor variedad en condiciones sociodemográficas y clínicas, para confirmar hallazgos obtenidos en otras investigaciones y lograr ofrecer herramientas desde un enfoque psicosocial o intervención psicológica que pueda solventar o disminuir las problemáticas encontradas, con el objetivo de potenciar la calidad de vida, y que estas dificultades se disminuyen en la medida de lo posible de en la vida cotidiana de las personas con esquizofrenia.

Nuestros resultados se pueden interpretar como un punto de partida para nuevas investigaciones encaminadas a encontrar los factores influyentes en la calidad de vida de los pacientes con distintos diagnósticos psiquiátricos para su identificación y respectivamente plantearnos como psicólogos intervenciones psicosociales o clínicas que se direccionen a reducir estos síntomas y apoyar a los pacientes y cuidadores en todas las fases de la enfermedad. Asimismo, realizar más estudios en Latinoamérica, donde exista la posibilidad de categorizar específicamente la población propia y crear estrategias que logren una

**Comentado [RG10]:** Y si se aplicara un estadístico correlacional? Que permita indagar la significancia estadística de las pruebas aplicadas?

inclusión de estos pacientes en el mundo social, minimizando el estigma o discriminación de los que son víctimas, como lo sería por ejemplo la creación de un perfil laboral para estas personas, que por parte de las empresas sea utilizado para la contratación de estas, reforzando su autonomía e independencia.

### **Conclusión**

Los resultados encontrados demuestran que los efectos secundarios de la medicación no influyen directamente en la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, por lo que se encontró que tiene una relación más directa algunos factores sociodemográficos y clínicos.

Se cree pertinente que los profesionales tratantes consideren el manejo de un sistema de evaluación sociodemográfica que permita señalar cuáles de los factores presentes en cada uno de los pacientes y sus familias tienen influencia en su adherencia al tratamiento y trabajar en estos para favorecer a una mejor calidad de vida. lo que nos lleva también a señalar la importancia de relacionar este tipo de investigaciones con el síndrome del cuidador quemado, ya que la calidad de vida de estas personas está estrechamente relacionada con la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia.

Así mismo, se puede concluir que estos modelos de investigaciones no solo son importantes para alargar la vida de estos pacientes, sino que además sirven para brindar condiciones de vida razonablemente buenas tanto para las personas afectadas con el diagnóstico y sus cuidadores.

La esquizofrenia afecta a aproximadamente 24 millones de personas en el mundo, es decir, a 1 de cada 300 personas (OMS, 2022). Estos grupos de personas se encuentran expuestas a ser víctimas de estigmas causantes de exclusión social y que afecta a sus relaciones con los demás, en particular sus familiares y amigos. La literatura actual nos demuestra que falta mucho por investigar en este campo, ya que la esquizofrenia y calidad de vida es un problema sobre el cual existe poca información en nuestro medio, la que tenemos proviene de países desarrollados con características sociales, económicas y culturales distintas de las nuestras, por lo que esos resultados no son aplicables a nuestra realidad (Rodríguez-Vidal, et al. 2011).

### Referencias

- Adeyuya, A. O., & Makanjuola, R. O. A. (2009). Subjective quality of life of Nigerian schizophrenia patients: sociodemographic and clinical correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(2), 160–164. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01395.x>
- Alanen Y. (2003). Capítulo 2 Aspectos generales sobre la esquizofrenia. *La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. (pp. 23). Fundación para la Investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.

- Alvis-Peña, D. J., Gonzales-Ceron, J., Valero-Granados, L. M., Calderón-Franco, C. H., Alvis-Peña, M. P., & Peña-Mazabel, O. S. (2021). Epidemiología de los trastornos mentales en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (2017-2018). *Acta Médica Peruana*, 38(1), 48-52.
- Amador, A. G. L., Saavedra, D. R., Garfia, C. X. D., & Chávez, J. J. (2019). Trastorno psiquiátrico-esquizofrenia. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, 6(11), 34-39.
- Apiquian, R., Fresán, A., la Fuente-Sandoval, D., Ulloa, R. E., & Nicolini, H. (Consultado en noviembre del 2022). *Encuesta Mexicana del tratamiento de la esquizofrenia: patrones de prescripción y guía de manejo de los antipsicóticos*. <https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/jun2004/investigaciones092002A/>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164.
- Barnes, TR (1989). Una escala de calificación para la acatisia inducida por fármacos. *El Diario Británico de Psiquiatría*, 154 (5), 672-676.
- Benavides-Portilla, M., Beitia-Cardona, P. N., & Osorio-Ospina, C. (2016). Características clínico-epidemiológicas de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Colombia. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 3(2), 146-160.
- Bobes, J., y González, M.P. (1997). Quality of life in schizophrenia. En H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius (Eds.): *Quality of life in mental disorders* (pp. 165-178). New York: John Wiley & Sons.
- Browne, S., Roe, M., Lane, A., Gervin, M., Morris, M., Kinsella, A., ... & O'Callaghan, E. (1996). Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology, and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(2), 118-124.
- Bulpitt, C.J (1997). La calidad de vida como medida de resultado. *Revista médica de posgrado*, 73 (864), 613-616.
- Caqueo-Urizar, A., & Giráldez, S. L. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20(4), 577-582.

- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., & Rus-Calafell, M. (2017). Efectos secundarios de la medicación antipsicótica y calidad de vida en pacientes con esquizofrenia latinoamericanos. *Terapia psicológica*, 35(1), 111-114.
- Caron, J., Mercier, C., Diaz, P., & Martin, A. (2005). Socio-demographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Psychiatry research*, 137(3), 203-213
- Cavieres, A., & Valdebenito, M. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 43(2), 97-108.
- Escobar-Córdoba, F., Álvarez-Vanegas, C., & Torres-Espinosa, L. (2015). Farmacoterapia de la acatisia aguda inducida por neurolépticos. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(4), 447-453.
- Fernández, M. M., Aiex, L. S., & Tenor, D. P. (2018). Fármacos antipsicóticos. *Medicina de Familia Andalucía* Vol. 19, pp. 48-42)
- García-Anaya, M., Apiquian, R., & Fresán, A. (2001). Los antipsicóticos atípicos: Una revisión. *Salud Mental*, 24(5), 37-43.
- García, J. B., Portilla, M. P. G., Fernández, M. T. B., Martínez, P. A. S., & García, M. B. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Madrid: Ars Médica.
- García-Viniegras, C. R. V., & Rodríguez López, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6(4), 0-0.
- Górna, K., Jaracz, K., Rybakowski, F., & Rybakowski, J. (2008). Determinants of objective and subjective quality of life in first-time-admission schizophrenic patients in Poland: a longitudinal study. *Quality of Life Research*, 17(2), 237-247.
- Kind, P. (2001). The Role of Quality of Life Measurement in Economic Evaluation: Lessons from the National Health Service. *Economic Evaluation: From theory to practice*. Barcelona: Spinger-Verlag Ibérica.
- Lindstrom, L.H. (1994). Long-term clinical and Social outcome studies in schizophrenia in relation to the cognitive and emotional side effects of antipsychotic drugs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 74-76.
- López-Ibor, J. J., Haro, J. M., & Alonso, J. (2007). Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMeD): aportaciones para la salud mental en España. *Actas españolas de Psiquiatría*, 35(Supl 2), 1-3.



- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(5), 337-349.
- Minsalud. (Octubre de 2013). *Boletín de Prensa No. 335 de 2013. En Colombia la prevalencia de la esquizofrenia representa el 1% de la población*. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/esquizofrenia-representa-el-1-poblacion.aspx>
- Minsalud. (Abril de 2018). *Boletín de salud mental. Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio*. Obtenido de Subdirección de enfermedades no transmisibles.: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-onsm-abril-2018.pdf>
- Minsalud. (2014). Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia. *Sistema general de seguridad social en salud - Colombia*.
- Moreno López, C. L. (2017). Diagnóstico y clasificación de la distonía. *Acta Neurológica Colombiana*, 33, 2-8.
- Noreña Cereijo, P. (2014). *La doble cara de la esquizofrenia. Vivencias psiquiátricas* (Bachelor's thesis). Universitat de Lleida. Repositori Obert UdL.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (Consultado el 21 de enero 2022) *Esquizofrenia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia#:~:text=La%20esquizofrenia%20es%20un%20trastorno%20de%20sus%20derechos%20humanos>.
- Organización Mundial de la Salud. (1973) *Reporte del Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia*. Génova, Suiza. Recuperado a partir de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39405>.
- Osuna Abril, J., Arrebola Domínguez, A., & Espinosa Fernández, P. (7-21 de mayo del 2018) *Comparación entre antipsicóticos típicos vs. antipsicóticos atípicos*. IV Congreso Virtual Internacional de Enfermería en Salud Mental.
- Pinikahana, J., Happell, B., Hope, J., & Keks, N. A. (2002). Quality of life in schizophrenia: a review of the literature from 1995 to 2000. *International journal of mental health nursing*, 11(2), 103-111.

- Pol Yanguas, E. (2015). Antipsicóticos para la esquizofrenia: paradigma de los medicamentos psiquiátricos. *Salud colectiva*, 11, 115-128.
- Rodríguez-Vidal, M., Castro-Salas, M., Sanhuesa-Escobar, V., del Valle-Utreras, A., & Martínez-Arriagada, J. (2011). Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. *Aquichan*, 11(1), 66-76.
- Rovner, J., Assunção, S., Gargoloff, P., Silva-Ibarra, H., & Aguilar-Gasca, J. (2005). Estado funcional y calidad de vida en pacientes latinoamericanos con esquizofrenia tratados con un antipsicótico atípico o típico: resultados de 12 meses del estudio Intercontinental. *Revista Argentina Psiquiatria*, 16, 332-41.
- Rudnick, A. (2001). The impact of coping on the relation between symptoms and quality of life in schizophrenia. *Psychiatry*, 64(4), 304-308.
- Ruiz, M. A., & Pardo, A. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics Spanish Research Articles*, 2(1), 31-43.
- Sachdev, P. (1994). Una escala de calificación para la acatisia aguda inducida por fármacos: desarrollo, confiabilidad y validez. *Psiquiatría biológica*, 35 (4), 263-271.
- Salokangas, R. K. R., Honkonen, T., Stengård, E., & Koivisto, A. M. (2001). To be or not to be married—that is the question of quality of life in men with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, 36(8), 381-390.
- Sotolongo García, Y., Oscar Menéndez, J. R., Valdés Mier, M. Á., Campos Zamora, M., & Turró Mármol, C. M. (2004). Esquizofrenia, historia, impacto socioeconómico y atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 33(2), 0-0.
- Testa, MA y Simonson, DC (1996). Evaluación de los resultados de la calidad de vida. *Revista de medicina de Nueva Inglaterra*, 334 (13), 835-840.
- Vidal Vademecum Spain (Recuperado en junio, 2022) *Vademecum: Su fuente de conocimiento farmacológico*. <https://www.vademecum.es/medicamentos-co-a-1#>
- Xiang, Y. T., Wang, C. Y., Wang, Y., Chiu, H. F., Zhao, J. P., Chen, Q., ... & Ungvari, G. S. (2010). Socio-demographic and clinical determinants of quality of life in Chinese patients with schizophrenia: a prospective study. *Quality of Life Research*, 19(3), 317-322.

**Anexos**

**Anexo 1.**

*Consentimiento informado paciente*

*Universidad Surcolombiana  
Programa de psicología  
Pregrado – Proyecto de grado*

*Fecha:*

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTE**

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico del cual se me ha invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a la investigación “RELACIÓN ENTRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS A LA MEDICACIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA” de forma activa, del cual ya he recibido y leído información suficiente además de hacer las preguntas correspondientes. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico cuando lo estime conveniente sin repercusión alguna o diferencia respecto a la calidad de la asistencia hospitalaria que se está recibiendo.

La evaluación que se realizará no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico, ni tiene ningún riesgo o costo económico.

Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica, y que los fines de este estudio son netamente académicos.

\_\_\_\_\_  
Firma paciente

C.C. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma responsable del estudio

C.C. \_\_\_\_\_

**Anexo 2. Consentimiento informado cuidador**

Universidad Surcolombiana  
Programa de psicología  
Pregrado – Proyecto de grado

Fecha:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO CUIDADOR**

Yo \_\_\_\_\_, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad respecto al ejercicio académico que se llevará a cabo en la unidad de salud mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva y actuando como cuidador y representante legal del paciente \_\_\_\_\_, identificado con C.C. No. \_\_\_\_\_ declaro que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo al estudio “RELACIÓN ENTRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS A LA MEDICACIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA” doy la autorización de que mi representado o familiar participe y colabore en esta investigación de forma activa. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico cuando lo estime conveniente sin repercusión alguna o diferencia respecto a la calidad de la asistencia hospitalaria que se está recibiendo.

**DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

El estudio consiste en describir la relación entre los efectos secundarios producidos por los psicofármacos y la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia para esto tomaremos una muestra de pacientes con el diagnóstico sugerido y realizaremos una aplicación de pruebas psicométricas no invasivas para evaluar cada una de estas dimensiones, por último se analizarán los datos, que servirán para mejorar la adherencia y la recuperación, y con base en estos resultados obtenidos, incitar a nuevos estudios que planteen y recomienden futuras intervenciones para mejorar o mantener un estado óptimo de calidad de vida.

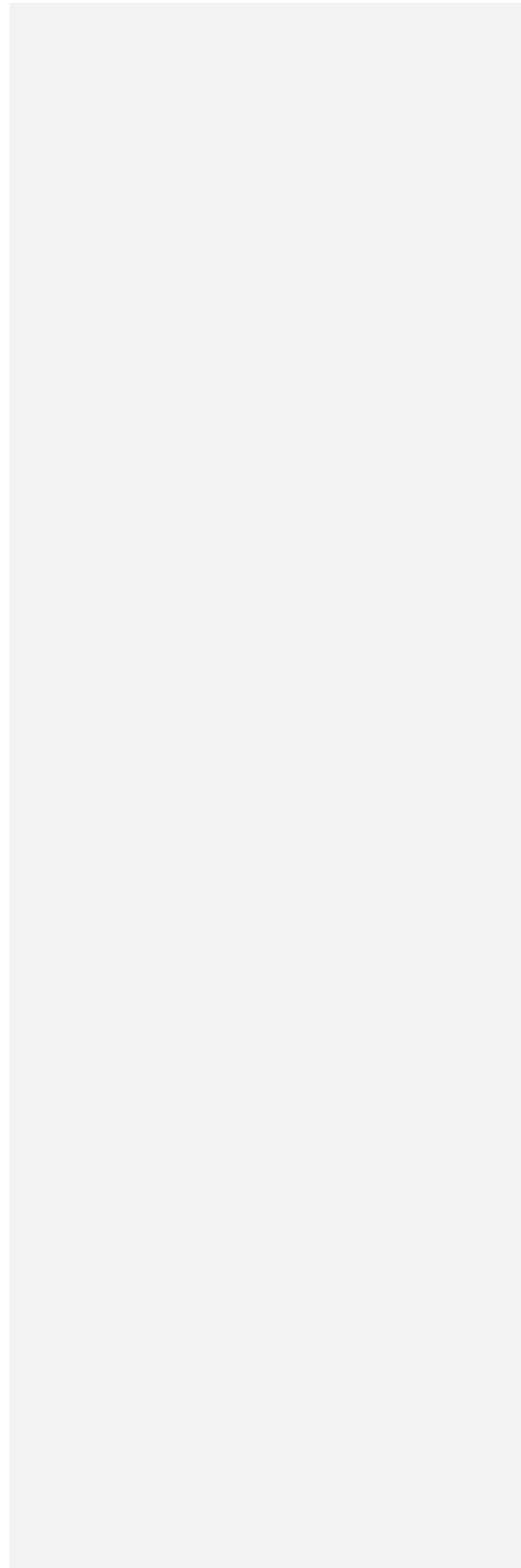
La evaluación que se realizará no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico, ni tiene ningún riesgo o costo económico para usted o su familiar.

**CONFIDENCIALIDAD**

Toda información que se recoge será guardada y analizada en un sistema informático, que será manejado de manera estrictamente confidencial. Los resultados del estudio se presentarán siempre de forma global y nunca, bajo ningún concepto, de forma individualizada. El estudio será realizado netamente con fines académicos.

\_\_\_\_\_  
Firma cuidador o representante legal  
C.C. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma responsable del estudio  
C.C. \_\_\_\_\_



**Anexo 3.***Antecedentes sociodemográficos del paciente*

n°	variables	código de respuesta
1	Edad	
2	Sexo	1. hombre 2. mujer
3	tiene hijos	1. sí. ¿cuántos?: _____ 2. no.
4	estado civil	1. casado 2. soltero 3. viudo 4. divorciado/separado 5. otros
5	nivel educacional terminado	1. ninguno 2. enseñanza básica 3. enseñanza media 4. técnico 5. universitario
6	Ocupación	1. cesante 2. empleado 3. jubilado 4. dueña de casa 5. estudiante 6. otro
7	diagnóstico del paciente	1. no sabe 2. esquizofrenia 3. trastorno esquizoafectivo 4. trastorno esquizofreniforme 5. otro ¿cuál? _____
8	número de años viviendo con el diagnóstico	
9	horas al día en la unidad	1. menos de 3 horas 2. de 3 a 6 horas 3. de 6 a 10 horas 4. más de 10 horas
10	número de ingresos hospitalarios en los últimos tres años	
11	edad de inicio del trastorno	
12	edad de inicio del tratamiento	
13	el paciente recibe pensión económica del estado	1. sí ¿cuánto? _____ 2. no
14	tipos de tratamiento recibidos	1. farmacológico 2. rehabilitación psicosocial 3. rehabilitación laboral

		4. centro de día 5. residencia protegida 6. otro ¿cuál? _____
15	¿sigue un tratamiento farmacológico?	1. sí 2. no
16	¿cumple con la toma de su tratamiento debidamente?	1. sí 2. no
17	medicamentos que usa actualmente	
18	ingreso económico mensual personal	
19	ingreso económico mensual a nivel familiar	
20	¿realiza frecuentemente alguna actividad? ¿tiene un hobby?	

**Anexo 4.**

*Cuestionario de Calidad de Vida (SQoL 18)*

Para cada pregunta, seleccione la opción que corresponda a la sensación que experimenta actualmente.

<i>Actualmente</i>	Mucho menos de lo que desearía	Menos de lo que desearía	Levemente menos de lo que desearía	Tal como yo lo desearía	Más de lo que desearía
1. La vida me da seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo que luchar para tener éxito en la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me siento capaz de planificar mi futuro profesional o personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estoy de buen ánimo. Me siento a gusto conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tomo decisiones libremente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tengo libertad de acción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me tengo que esforzar para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Estoy en buenas condiciones físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me siento lleno de energías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Siento que mi familia me ayuda y me apoya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mi familia me presta atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Siento que mis amigos o parientes me ayudan y apoyan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tengo amigos(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Estoy satisfecho(a) con mi vida sentimental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me siento capaz de lograr mis proyectos familiares y sentimentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<i>Actualmente</i>	<b>Mucho más de lo que desearía</b>	<b>Más de lo que desearía</b>	<b>Levemente más de lo que desearía</b>	<b>Tal como yo lo desearía</b>	<b>Menos de lo que desearía</b>
16. Tengo dificultad para concentrarme, pensar con claridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me siento ajeno al mundo que me rodea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tengo dificultad para expresar mis sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Gracias por su participación.*

**Anexo 5.**

*Escala para evaluación de síntomas colaterales extrapiramidales Simpson-*

*Angus*

<p><b>1- Marcha</b> El paciente es observado caminando en el consultorio; su marcha, el balanceo de sus brazos y su postura general forman la base para el puntaje total de este ítem de la siguiente manera: 0. Normal 1. Disminución en el balanceo de brazos al caminar 2. Marcada disminución en el balanceo con evidente rigidez en los brazos 3. Marcha rígida con los brazos sostenidos rígidamente ante el abdomen 4. Marcha arrastrando los pies, con propulsión y repropulsión</p>	<p><b>6- Movimientos pendulares de las piernas</b> El paciente se sienta con las piernas descolgando y balanceándose libremente. El tobillo es agarrado por el examinador y subido hasta que la rodilla está extendida parcialmente. Luego se deja caer. La resistencia a la caída y la dificultad para balancearse son la base del puntaje. 0. Las piernas se balancean libremente 1. Leve disminución del balanceo de las piernas 2. Resistencia moderada al balanceo 3. Marcada resistencia a la caída y balanceo amortiguado 4. Ausencia completa de balanceo</p>
<p><b>2- Caída de los brazos</b> El paciente y el examinador elevan sus brazos a la altura de los hombros y los dejan caer a los lados. En un sujeto normal una palmada se escucha cuando los brazos contactan los flancos. En el paciente con síndrome de Parkinson extremo los brazos caen muy lentamente. 0. Normal, caída libre con sonoro ruido y rebote 1. Caída algo lenta con contacto menos audible y poco rebote. 2. Caída lenta sin rebote 3. Marcado entecimiento, ningún ruido 4. Los brazos caen como contra una resistencia, como a través de pegamento</p>	<p><b>7- Caída de la cabeza</b> Se levanta suavemente la cabeza del paciente acostado sobre una mesa acolchada y luego se suelta súbitamente. En el sujeto normal la cabeza caerá sobre la mesa. El movimiento está retardado en desórdenes del sistema extrapiramidal y en un parkinsonismo extremo está ausente: Los músculos del cuello son rígidos y la cabeza no alcanza la mesa. El puntaje es el siguiente: 0. La cabeza cae completamente y golpea la mesa 1. Leve entecimiento de la caída evidenciado por la ausencia del golpe al tocar la mesa 2. Moderado entecimiento en la caída 3. La cabeza cae rígida y lentamente 4. La cabeza no alcanza la mesa de examen</p>
<p><b>3- Rigidez de hombros</b> Los codos del sujeto son doblados en ángulo recto y son tomados uno a la vez por el examinador, quien con una mano agarra el brazo y con la otra le da una rotación externa. El grado de resistencia desde lo normal hasta la rigidez extrema se califica así: 0. Normal 1. Leve rigidez y resistencia 2. Moderada rigidez y resistencia 3. Marcada rigidez con dificultad en el movimiento pasivo 4. Rigidez extrema con un hombro casi inmóvil</p>	<p><b>8- Signo de la glabella</b> Se le dice al sujeto que abra bien los ojos y que no parpadee. La región glabellar es golpeada ligeramente con una velocidad constante y rápida. Se anota el número de veces que el paciente parpadea: 0. 0-5 parpadeos 1. 6-10 parpadeos 2. 11-15 parpadeos 3. 16-20 parpadeos 4. 21 y más</p>
<p><b>4- Rigidez del codo</b> Los brazos se doblan por el codo en ángulo recto y uno a la vez son extendidos y flexionados pasivamente, observando y palpando simultáneamente el bíceps. Se evalúa la resistencia al procedimiento. (La presencia de ruidos dentados es anotada por separado). El puntaje es de 0-4 igual que en la prueba de rigidez de hombros</p>	<p><b>9- Temblor</b> El paciente es observado caminando en una habitación y luego reexaminado para este ítem: 0. Normal 1. Leve temblor en los dedos, evidente a la vista y tacto 2. Temblor de la mano y el brazo ocurriendo espasmodicamente 3. Temblor persistente de una o más extremidades</p>

	<p>4. Temblor del cuerpo entero</p>
<p><b>5- Fijación de posición o rigidez de la muñeca</b> La muñeca es sostenida con una mano del examinador y con la otra se sostienen los dedos, realizando flexión-extensión y desviación cubital y radial. La resistencia a este procedimiento se evalúa como en los puntos 3 y 4.</p>	<p><b>10- Salivación</b>                  El paciente es observado mientras habla, y luego se le pide que abra la boca y que eleve su lengua. El puntaje se da como sigue:                  0. Normal                  1. Salivación excesiva que se acumula hasta el punto que se forman lagos si la boca se abre y la lengua se sube                  2. Salivación excesiva que podría ocasionalmente dificultar el habla                  3. Habla difícil a causa de la excesiva salivación                  4. Franco escurrimiento de saliva</p>

**Anexo 6.**

*Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (Agitated Behavior Scale, ABS)*

Indique si el paciente presentaba los comportamientos que se citan a continuación y, si es así, en qué grado; leve, moderado o extremo. El grado puede basarse en la frecuencia del comportamiento o en la intensidad de un incidente determinado. No deje ítems sin rellenar.				
	<i>Inexistente</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Extremo</i>
1. Mantiene poco la atención, se distrae con facilidad, es incapaz de concentrarse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Impulsivo, impaciente, tolera mal el dolor o la frustración.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Poco cooperador, no deja que le cuiden, exigente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Es violento o amenaza a las personas o la propiedad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Explosivo o con ataques de ira imprevisibles.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Se balancea, se frota, gime o manifiesta otra conducta autoestimulante.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Tira de los tubos y las ataduras de la cama.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Vaga por las áreas de tratamiento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Está inquieto, va y viene, se mueve excesivamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Muestra comportamientos repetitivos, motores o verbales.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Habla rápido, alto o en exceso.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Cambia de humor súbitamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Llora o se ríe con facilidad y de una manera excesiva.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Se hace daño o insulta.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**Puntuación total:** \_\_\_\_\_

**Puntuaciones factores:**

- Desinhibición (ítems 1-2, 6-10): \_\_\_\_\_
- Agresividad (ítems 3-5, 14): \_\_\_\_\_
- Labilidad: (ítems 11-13): \_\_\_\_\_

**Anexo 7.**

*Escala de Evaluación del Insight (Scale Unawareness of Mental Disorder, SUMD)*

1. Conciencia de poseer un trastorno	0. Ítem no relevante. 1. Conciencia. 2. 3. Conciencia intermedia. 4. 5. No hay conciencia
2. Conciencia sobre los efectos de la medicación	0. Ítem no relevante. 1. Conciencia. 2. 3. Conciencia intermedia. 4. 5. No hay conciencia
3. Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental	0. Ítem no relevante. 1. Conciencia. 2. 3. Conciencia intermedia. 4. 5. No hay conciencia
Puntuación total de los 3 ítems: _____	

4a. Conciencia de poseer alucinaciones	4b. Atribución de las alucinaciones a la enfermedad
0. Ítem no relevante. 1. Conciencia. 2. 3. Conciencia intermedia. 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante. 1. Atribución. 2. 3. Atribución intermedia. 4. 5. No hay atribución.
5a. Conciencia de poseer delirios	5b. Atribución de los delirios a la enfermedad
0. Ítem no relevante. 1. Conciencia. 2. 3. Conciencia intermedia. 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante. 1. Atribución. 2. 3. Atribución intermedia. 4. 5. No hay atribución.
6a. Conciencia de poseer trastornos del pensamiento	4b. Atribución de trastornos del pensamiento a la enfermedad
0. Ítem no relevante. 1. Conciencia. 2. 3. Conciencia intermedia. 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante. 1. Atribución. 2. 3. Atribución intermedia. 4. 5. No hay atribución.

7a. Conciencia de poseer embotamiento afectivo	7b. Atribución del embotamiento afectivo a la enfermedad
0. Ítem no relevante. 1. Conciencia. 2. 3. Conciencia intermedia. 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante. 1. Atribución. 2. 3. Atribución intermedia. 4. 5. No hay atribución.
8a. Conciencia de poseer anhedonia	8b. Atribución de la anhedonia a la enfermedad
0. Ítem no relevante. 1. Conciencia. 2. 3. Conciencia intermedia. 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante. 1. Atribución. 2. 3. Atribución intermedia. 4. 5. No hay atribución.
9a. Conciencia de poseer asociabilidad	9b. Atribución de la asociabilidad a la enfermedad
0. Ítem no relevante. 1. Conciencia. 2. 3. Conciencia intermedia. 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante. 1. Atribución. 2. 3. Atribución intermedia. 4. 5. No hay atribución.

**Anexo 8.**

*Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)*

1: Ausente - 2: Mínimo - 3: Leve - 4: Moderado - 5: Moderadamente severo - 6: Severo - 7: Extremo

1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicacia/prejuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
<b>Escala positiva (PANSS-P)</b>	<i>Puntuación directa</i>		<i>Percentil</i>				
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
<b>Escala negativa (PANSS-N)</b>	<i>Puntuación directa</i>		<i>Percentil</i>				
	1	2	3	4	5	6	7
<b>Escala compuesta (PANNS-C)</b>	<i>Puntuación directa</i>		<i>Percentil</i>				
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos/posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de <i>insight</i>	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7



15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
<b><i>Psicopatología general (PANSS-PG)</i></b>	<i>Puntuación directa</i>		<i>Percentil</i>				
	1	2	3	4	5	6	7

**Anexo 9.**

*Escala de Barnes de Acatisia.*

**ESCALA BARNES DE ACATISIA**

Observar al paciente en diferentes posiciones (parado, sentado) durante dos minutos en cada posición.

**1.- Objetiva**

- 0) Normal, movimiento ocasional de los miembros.
- 1) Presencia de movimientos característicos de intranquilidad, presentes menos de la mitad del periodo de observación.
- 2) Lo observado en 1 está presente durante por lo menos la mitad del periodo de observación.
- 3) Incapacidad para mantenerse sentado o de pie sin caminar durante todo el tiempo.

**2.- Subjetivo (consciencia de su intranquilidad)**

- 0) Ausente.
- 1) Sensación interna de intranquilidad no específica.
- 2) Es consciente de su intranquilidad e imposibilidad de controlar movimiento de piernas.
- 3) Consciente de intenso deseo de moverse o caminar.

**3.- Subjetivo: malestar relacionado con su intranquilidad**

- 0) No malestar.
- 1) Leve.
- 2) Moderado.
- 3) Severo.

**4.- Evaluación clínica global de la acatisia**

- 0) Ausente: No conciencia de inquietud. Lo observado debe ser confirmado por descripción subjetiva, si no, clasificarlo como pseudoacatisia.
- 1) Cuestionable: tensión interna inespecífica y movimientos de intranquilidad.
- 2) Acatisia leve: Consciencia o sensación de intranquilidad interna se presentan cuando se le pide que esté de pie. La condición causa poco malestar.
- 3) Acatisia moderada: Lo anterior se acompaña de movimientos característicos de intranquilidad y ocasionan malestar.
- 4) Acatisia marcada: Experiencia subjetiva de intranquilidad se acompaña de deseo compulsivo de caminar, el paciente puede permanecer sentado por lo menos por 5 minutos. Ocasiona malestar obvio.
- 5) Acatisia severa: Manifiesta deseo de pararse y caminar todo el tiempo. Imposibilidad de permanecer quieto por pocos minutos. Intenso malestar o insomnio.

**Anexo 10.**

*Tablas con información sociodemográfica complementaria de los participantes.*

Información médica de los pacientes que participaron en el estudio.

<b>Información médica</b>	
<b>Diagnósticos</b>	<b>No. de pacientes</b>
Esquizofrenia	3
Esquizofrenia Paranoide	9
<b>Otros diagnósticos de salud mental</b>	
Trastorno bipolar	1
RM Moderado (deterioro del comportamiento de grado no especificado)	2
Epilepsia	1
Ansiedad	2
Depresión	1
<b>Horas al día en la unidad</b>	
Menos de tres horas	0
De tres a seis horas	1
De seis a diez horas	6
Más de diez horas	5
<b>Números de ingresos hospitalarios en los últimos 3 años</b>	
Ningún ingreso	5
De uno a tres ingresos	4
De cuatro a siete ingresos	3

Información familiar de los pacientes que participaron en el estudio.

<b>Información familiar</b>	
<b>Número de hijos</b>	<b>No. de pacientes</b>
Sin hijos(as)	9
Un hijo(a)	2
Dos hijos(as)	1
<b>Estado civil</b>	
Casado	1
Soltero	8
Viudo	0
Divorciado/separado	1
Unión libre	3

Información acerca de la escolaridad y la vida laboral de los pacientes que participaron en el estudio.

<b>Escolaridad y vida laboral</b>	
<b>Nivel educacional terminado</b>	<b>No. de pacientes</b>
Enseñanza básica	9
Enseñanza media	0
Técnico	0
Universitario	3
Ninguno	0
<b>Ocupación</b>	

Cesante	4
Empleado	2
Jubilado	1
Dueña de casa	0
Estudiante	1
Otro	4

Información sobre ingresos económicos de los pacientes que participaron en el estudio.

<b>Información sobre ingresos económicos</b>	
<b>Recibe pensión económica del Estado</b>	<b>No. de pacientes</b>
Si	4
No	8
<b>Ingreso económico mensual personal</b>	
Trabajos diarios	2
Ingreso solidario	1
Pago de incapacidad	1
Pensión	1
Ninguno	5
No refiere	2
<b>Ingreso económico mensual a nivel familiar</b>	
Menos del mínimo	1
Mínimo	7

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

95

Más del mínimo	0
Ninguno	1
No refiere	3

---