

Universidad de San Carlos de Guatemala  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de Estudios de Postgrado



Tesis

Presentada ante las Autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ciencias Médicas  
Con especialidad en Psiquiatría Infanto-Juvenil  
Para Obtener el grado de  
Maestra en Ciencias Médicas  
Con especialidad en Psiquiatría Infanto-Juvenil

Agosto 2017



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas

## Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.283.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): **María Elisa Argueta Flores**

Registro Académico No.: **100018170**

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Psiquiatría Infanto Juvenil**, el trabajo de TESIS **RISPERIDONA Y QUETAPINA IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA**

Que fue asesorado: **Dra. Virginia María Ortiz Paredes MSc.**

Y revisado por: **Dr. Luis Augusto Moya Barquín MSc.**

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **agosto 2017**

Guatemala, 04 de agosto de 2017

  
**Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.**

Director

Escuela de Estudios de Postgrado



/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: [especialidadesfacmed@gmail.com](mailto:especialidadesfacmed@gmail.com)



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas

## Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 05 de octubre de 2016

Doctora  
Virginia María Ortiz Paredes  
Docente Responsable  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en  
Psiquiatría Infanto-Juvenil  
Hospital General San Juan de Dios  
Presente

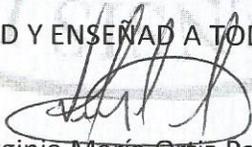
Respetable Dra. Ortiz:

Por este medio, informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la doctora **MARÍA ELISA ARGUETA FLORES**, Carné No. 100018170 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría Infanto-Juvenil, el cual se titula: **"RISPERIDONA Y QUETIAPINA: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES"**.

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. Argueta Flores, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Virginia María Ortiz Paredes  
Aseñor de Tesis

Virginia M. Ortiz P.  
Médico Psiquiatra  
Col. 10,824

MSU



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas

## Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 26 de sept. de 2016

Doctora  
Virginia Ortíz  
Docente Responsable  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en  
Hospital General San Juan de Dios  
Presente.

Respetable Dra. Virginia Ortíz:

Por este medio, informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la doctora **MARIA ELISA ARGUETA FLORES**, Carné No. 10018170 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría Infanto-juvenil, el cual se titula: **"RISPERIDONA Y QUETIAPINA: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES"**

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. (apellidos del estudiante), ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. (a)

MSc., o MA.

Revisor de Tesis

*Dr. Luis A. Moya Barquin* MSC  
Pediatra  
Colegiado No. 10,307

## Indice

Carátula

Indice

I. Introducción	1
II. Antecedentes	2
2.1 Salud y enfermedad	2
2.2 Salud Mental y enfermedad mental	4
2.3 Desarrollo Normal de niños y adolescentes	6
2.3.1 Infancia y etapa de bebé mayor	6
2.3.2 El niño preescolar	6
2.3.3 Edad escolar	7
2.3.4 Adolescencia	7
2.4 Salud mental y enfermedad mental en niños y adolescentes	8
2.4.1 Psicosis de Inicio temprano	10
2.4.2 Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	11
2.4.3 Trastornos afectivos	12
2.4.3.1 Depresión en niños y adolescentes	12
2.4.3.2 Trastorno bipolar (TB) en niños y adolescentes	14
2.5 Tratamiento	15
2.6 Calidad de vida relacionada con la salud	16
III. Objetivos	19
3.1 Objetivo general	19
3.2 Objetivos específicos	19
IV. Material y Método	20
4.1 Tipo de Estudio	20
4.2 Población	20
4.3 Tamaño de la muestra	20
4.4 Objeto de estudio	20

4.5 Criterios de Inclusión	21
4.6 Criterios de exclusion	21
4.7 Variables	21
4.7.1 Cuadro de operacionalización de variables	21
4.8 Instrumentos para recolectar y registrar la información	22
4.9 Procedimiento para recolectar la información	22
4.10 Aspectos éticos	23
4.11 Plan de análisis	23
V. Resultados	24
VI. Discusión y Análisis	26
6.1 Discusión	26
6.2 Conclusiones	26
6.2.1	26
6.2.2	26
6.2.3	27
6.3 Recomendaciones	27
6.3.1	27
6.3.2	27
6.3.3	27
VII. Referencias Bibliográficas	28
VIII. Anexos	37
8.1 Tablas	37
8.2 Gráficas	39
8.3 PedsQL™ 4.0, cuestionario para calidad de vida	45

## I. Introducción

Los trastornos mentales causan un significativo deterioro en la calidad de vida de los pacientes ya que, en su mayoría, son enfermedades crónicas que provocan alteraciones graves en el funcionamiento familiar, social y laboral.

Los médicos psiquiatras bajo la premisa de disminuir los síntomas, tales como: alteraciones sensoriales, alucinaciones, agresividad e hiperactividad, y de ésta manera mejorar el funcionamiento del paciente, administran medicamentos antipsicóticos. Sin embargo, muchos de estos medicamentos no solo tienen un efecto benéfico al reducir la sintomatología del trastorno, sino que presentan efectos adversos que, a su vez, pueden afectar la calidad de vida del enfermo.

La risperidona es un antipsicótico de nueva generación. Ha probado tener mejor eficacia mejorando los síntomas negativos de la esquizofrenia. Además, tiene menos efectos extrapiramidales que los antipsicóticos típicos. Se ha estudiado su uso en el tratamiento de niños y adolescentes con diagnósticos como: esquizofrenia, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, trastorno bipolar, trastornos de conducta y trastorno obsesivo compulsivo con diferentes resultados. Entre los efectos secundarios a esta molécula se mencionan: síntomas extrapiramidales, hepatotoxicidad, aumento de peso, hipotensión ortostática, mareos, taquicardia, aumento del intervalo QT, insomnio o somnolencia, constipación, rinitis (1). La Quetiapina es otro antipsicótico de nueva generación y su principal indicación es en pacientes que presentan síntomas psicóticos. Los efectos secundarios pueden ser: síntomas extrapiramidales, aumento de peso, mareos, constipación, boca seca, dispepsia, hipotensión ortostática, taquicardia, dispepsia (1).

Por esta razón se considera importante estudiar, los efectos que los antipsicóticos más utilizados en la clínica de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital General San Juan de Dios, tienen sobre la calidad de vida de los pacientes.

## II. Antecedentes

### 2.1 Salud y enfermedad

*“La salud es algo que todo el mundo sabe lo que es, hasta el momento en que la pierde, o cuando intenta definirla”. Gregorio Piédrola Gil*

La salud siempre ha preocupado al ser humano, ha configurado el modo en el que éste se ve a sí mismo y a su medio. El concepto ha variado a lo largo de la historia sin perder su importancia y significado. La salud es algo natural a todo hombre en todas sus dimensiones: corporal, mental o espiritual; y el hecho de tener o no salud, es lo que determina el poder ajustarse mejor a la existencia de cada uno (2).

La idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de múltiples factores: sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. Según Briceño-León la salud es la síntesis de una multiplicidad de procesos: de lo que sucede con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea y con las relaciones sociales, la política y la economía. Dichos procesos están correlacionados unos con otros, por lo que la salud depende, en último término, de la capacidad de controlar la interacción entre ellos (3).

La visión de la salud puede cambiar dependiendo del momento histórico en el que vive determinada sociedad (3). Galeno, en *Definiciones médicas* afirma que la “salud es el equilibrio íntegro de los principios de la naturaleza, o de los humores que en nosotros existen, o la actuación sin ningún obstáculo de las fuerzas naturales. O, también, es la cómoda armonía de los elementos”. Esta definición, aunque transformada, permanece hasta nuestros días bajo las mas diversas enunciaciones (4).

En 1948 entró en vigor la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cuál desde entonces no ha sido modificada, y dice: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (5). La OMS también considera que, como los niños representan el futuro, su crecimiento y desarrollo deben ser unas de las máximas prioridades de la sociedad, pues éstos son particularmente vulnerables frente a la malnutrición y enfermedades prevenibles o tratables en su mayoría (6).

Los indicadores son variables que intentan medir, cualitativa o cuantitativamente, sucesos colectivos para poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas y determinar la salud de una población; observar de manera objetiva una situación determinada y así poder evaluar su comportamiento en el tiempo. La OMS los define como variables que sirven para medir los cambios. En 1990 propuso ochenta indicadores relacionados con los factores sociales, económicos y culturales que describen la salud de la población (7, 8). Un indicador ideal debe tener atribuciones científicas de validez, confiabilidad, sensibilidad y especificidad; sin embargo, en la práctica no son tan perfectos y constituyen una aproximación de una situación real (7). Un conjunto básico de indicadores de salud tiene como propósito generar evidencia sobre el estado y tendencias de la situación de salud en la población (9).

La salud puede definirse a partir de su concepción somático-fisiológica, es decir como el bienestar del cuerpo y del organismo físico; y la enfermedad es el proceso que altera este bienestar. De este modo y esquemáticamente podría decirse que: “si el organismo físico no posee alteraciones visibles existe salud y sólo cuando haya una alteración existirá enfermedad” (10).

No podemos restarle importancia a la concepción psíquica de salud que implica el reconocimiento de la estrecha interrelación entre el cuerpo y la mente en el organismo humano, lo que lleva a no restringir la experiencia de salud a la salud física nada más (10).

La OMS define enfermedad como la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo por causas, en general, conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible (5, 11).

En el diccionario médico enfermedad está definida como una alteración del estado normal del cuerpo o alguna de sus partes, que interrumpe o modifica la realización de sus funciones vitales y es una respuesta a: a. factores ambientales -malnutrición, peligro industrial o el clima-, b. agentes infecciosos específicos -bacterias, virus, parásitos- o, c. defectos inherentes del organismo (11).

Claramente, las definiciones generales de salud y enfermedad involucran consideraciones biológicas, sociológicas, políticas, filosóficas y muchas otras. Estas

definiciones delimitan campos apropiados para la epidemiología y la salud pública. Rene Dubos en su libro *Man Adapting* define la salud como un espejismo porque el hombre, en el mundo real, debe enfrentarse a las fuerzas físicas, biológicas y sociales de su ambiente, que cambian constante y permanentemente, de manera impredecible y con consecuencias peligrosas para él y para la especie humana. Y a algunas de estas consecuencias se les llama enfermedad (12). William Alanson en su libro *The meaning of disease* desarrolló el concepto de que la enfermedad es la manifestación de la lucha del hombre para adaptarse a su ambiente (13).

Uno de los síntomas más frecuentes de la enfermedad es el dolor, que se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión -presente o potencial- descrita en términos de la misma y, si persiste, sin encontrar un remedio para alterar su causa o manifestaciones: una enfermedad en sí misma (14). Pero es imprescindible aceptar que, muchas veces, aquello que lleva al paciente a consultar es el componente psicológico de la enfermedad o del dolor y no estos últimos en sí mismos (14, 15)

## 2.2 Salud mental y enfermedad mental

La conducta sana (*health behavior*) es cualquier actividad llevada a cabo por una persona que cree estar sana con el propósito de prevenir o detectar las enfermedades cuando aún son asintomáticas. La conducta de enfermedad (*illness behavior*), se refiere a aquella que la lleva a cabo una persona que se siente enferma, para definir su estado de salud y descubrir el remedio, tales como quejarse y buscar ayuda (15). Es de vital importancia tomar en cuenta el término conducta de enfermedad, que al describir las reacciones del paciente a la experiencia de estar enfermo afecta la percepción que tiene de sí mismo y de sus capacidades (16). En este sentido no puede obviarse el papel que la sociedad le da las personas enfermas (*sick role*) que incluye excluirlas de sus responsabilidades y la expectativa de ayudarlos a mejorar (15, 16).

En el pasado la salud tenía un enfoque dual: cuerpo-mente y la enfermedad se entendía en términos exclusivamente biológicos con, en ocasiones, problemas psicológicos pero no al revés. Sin embargo, con la aparición de aquellos padecimientos que no tenían su explicación en términos orgánicos surge la necesidad de analizar la enfermedad desde el enfoque mental (17) La salud mental es un componente integral, esencial, fundamental e inseparable de la salud y está directamente relacionada con el bienestar personal, familiar y comunitario aunque muchas veces sea subestimada frente a la salud física (17, 18). Una importante consecuencia de la

definición que hace la OMS de salud, es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales. Una persona que es capaz de hacer frente a la vida; es decir que sin salud mental no hay salud (5, 17)

La salud mental es vital para los individuos, familias y sociedades. La OMS la describe cómo: “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad (17).

La salud mental y las enfermedades mentales están influenciadas por muchos factores de interacción bio-psico-social, de la misma manera en que determinan la salud y enfermedad en general. El desarrollo de enfermedad mental está relacionado con indicadores de pobreza, educación, malas condiciones de vivienda y bajo ingreso económico. Los problemas mentales, sociales y de conducta pueden interactuar en forma tal que intensifiquen sus efectos sobre la conducta y el bienestar (19).

Los trastornos mentales comprenden afecciones comunes tales como la depresión, la ansiedad, las causadas por el abuso de alcohol y otras sustancias; y trastornos más graves y discapacitantes como la esquizofrenia y el trastorno bipolar (20).

En 2005 el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) realizó una encuesta para determinar cuantos americanos padecerían alguna enfermedad mental a lo largo de su vida; encontrando que más del 50% lo hará (16). En América Latina los trastornos mentales y neurológicos representan 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe con un importante impacto en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todas las etapas de la vida (18). En 2009, por medio de la Encuesta Nacional de Salud Mental, se determinó que en Guatemala uno de cada cuatro habitantes padece algún trastorno mental (21). Aún con la alta incidencia de trastornos mentales, en el país el Ministerio de Salud otorga menos del 1% de los gastos de atención en salud a la salud mental; de éste porcentaje 96% se deriva al gasto de los hospitales psiquiátricos y el resto se dedica a labores de prevención, promoción y rehabilitación; aquí se incluyen los cuarenta establecimientos con servicio de salud mental ambulatorios disponibles en el país. Es importante destacar que sólo uno de estos centros está dedicado al tratamiento exclusivo de niños y adolescentes (22).

## 2. 3 Desarrollo normal de niños y adolescentes

Durante el proceso de la vida, el ser humano crece, adquiriendo gradualmente características y cualidades físicas, cognitivas, sociales y psicológicas; y se desarrolla adaptándose a todos los cambios hasta la muerte. La existencia de un medio social resulta indispensable para el desarrollo (1, 24, 25). Antes de llegar a la edad adulta pasamos por las siguientes etapas:

### 2. 3. 1. Infancia y etapa de bebé mayor (*toddler*)

Desde el nacimiento hasta los dieciocho meses. En esta etapa el mundo, para el infante, es completamente nuevo. En ésta época aprende a conocer a las personas que lo rodean y también su propio cuerpo. Al principio de esta etapa el bebé se reconoce como una extensión de la madre, quien satisface sus deseos y necesidades. Al llegar a los diez o doce meses el niño empieza a diferenciarse de su madre y crea conciencia de su propio ser. Al finalizar esta etapa el bebé mayor ya ha desarrollado la capacidad de caminar, explorar y descubrir el mundo que lo rodea, y puede crear frases mas complejas, lo que le sirve para relacionarse con los otros (24). En ésta etapa el infante está expuesto a riesgos que pueden provocar alteraciones en su desarrollo y, por tanto, en su salud mental; entre éstos encontramos alteraciones de sueño, alteraciones sociales o ambientales, lesiones del sistema nervioso central y otras (1).

### 2. 3. 2. El niño preescolar

Desde los dos hasta los 5 años. En esta etapa el mundo emocional, social y cognitiva del niño se está expandiendo y cambiando rápidamente. El lenguaje se expande y le da al pequeño la capacidad de imaginar, de utilizar el pensamiento simbólico y de mejorar sus relaciones sociales. La curiosidad en el niño es constante durante esta época, quiere conocer el nombre de las cosas, su funcionamiento. Su creatividad aumenta y, junto con su actividad fantástica, ayudan al desarrollo del pensamiento; inventan historias, juegan con otros niños de su edad o solos, pero el tipo de juego es imaginativo (*pretend play*) en el que los niños convierten una caja o un carrito de plástico en el mejor parque o auto del mundo; es en esta etapa cuándo suelen aparecer los amigos imaginarios. Al mejorar sus capacidades cognitivas, el niño mejora la solución de problemas y su conocimiento del mundo. En esta etapa también aprende a

entender las expresiones emocionales de los otros y de sí mismo (1, 24). En esta edad la mayoría de niños son llevados a guarderías, lo que facilita la socialización con pequeños de su edad u otros adultos significativos. Durante esta etapa el niño empieza, en la mayoría de los casos, a lograr el control de sus esfínteres lo que le da autonomía (24). Es en esta etapa, también, en la que los pequeños empiezan a lograr manejar la separación, empiezan a crear imágenes mentales de sus padres ausentes y su capacidad simbólica les permite lograr que algún objeto represente al padre que no está (24). En esta edad puede manifestarse la agresión, que puede o no expresar los miedos y preocupaciones del pequeño, y se manifiesta por medio de las rabietas o berrinches los cuales ceden a la edad de cinco o seis años, en la mayoría de los niños (1, 24)

### 2. 3. 3 Edad escolar

Desde los cinco hasta los once años. Entrar a la escuela permite al niño “sentirse grande”, aprende las normas sociales, conoce nuevas figuras de autoridad. Perfecciona su capacidad para leer y escribir. En esta etapa se forman los grupos de amigos, generalmente del mismo sexo y alejándose del sexo opuesto (24). Durante la niñez media la atención se vuelve cada vez mas selectiva, así como la habilidad de planificar antes de hacer algo. En esta etapa también se desarrolla el sentido de moralidad, o sea la apreciación de consecuencias y justicia, pasa de ser egocéntrica, idiosincrásica y basada en evaluación de actos por castigo, a adoptar un reglas internalizadas para evaluar su comportamiento. En esta etapa el asunto emocional mas importante es la preocupación por su mérito personal que está determinado por un sentido de competencia y lugar en el mundo. Al final de esta etapa, el niño conoce sus debilidades y fortalezas. En esta edad pueden ser detectados problemas en el proceso de desarrollo del niño, tal como retraso en la maduración o desarrollo, problemas de aprendizaje, inatención, hiperactividad. La inferioridad y el rechazo son obstáculos importantes y pueden generar depresión en el niño para quien el reconocimiento de su dominio es muy importante (1).

### 2. 3. 4 Adolescencia

Desde los once hasta el final de los veinte años. En esta etapa ocurren cambios físicos y psicológicos importantes, llamados en su conjunto pubertad. Es un período en el que se genera la independencia y la autonomía, la necesidad de probar sus capacidades para enfrentar al mundo, además de que el pensamiento se vuelve lógico y abstracto. El desafío mas fascinante

de la adolescencia es la definición de la identidad propia, única y capaz de relacionarse con otros de forma creativa y crítica (24). Durante la adolescencia, el tiempo que pasa el joven con sus padres disminuye, al mismo tiempo que aumenta el tiempo que desea pasar sólo o en compañía de sus amigos. El adolescente entra en conflicto con sus padres, desde desobedecer a las reglas de la casa e higiene hasta tener citas y no respetar el horario límite (1). Es un proceso de adaptación familiar, padres e hijos deben aprender a comunicarse y a confiar, dar oportunidad al diálogo y confortar al joven para que sepa que confían en el (24).

#### 2. 4. Salud mental y enfermedad mental en niños y adolescentes

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades y puede afrontar las tensiones de la vida; y no solo la ausencia de trastornos mentales. Es importante hacer notar que cuando los niños y adolescentes tienen problemas de salud mental, estos interfieren con su desarrollo normal y de su vida cotidiana; sin importar la severidad del mismo (26, 27).

Además, no podemos obviar que el crecimiento es desigual para cada individuo, incluso para un mismo individuo diferentes rubros de su personalidad pueden desarrollarse de manera diferente. De hecho, la mayoría de adolescentes alcanzan primero la madurez física, y luego la emocional. Las personas no solo difieren en la apariencia física (estatura, peso, capacidad física), sino también en sus habilidades cognitivas, la forma en que reaccionan a conflictos y las características de la personalidad (28). No solamente las diferencias personales, entre individuos, afectan el desarrollo; las diferencias culturales también ejercen una gran influencia (28).

La cultura puede afectar de que manera la persona interpreta, sobrelleva y responde a su enfermedad; también afecta la manera en la que la gente califica y comunica la angustia, cómo explica las causas de los problemas de salud mental, como percibe a los proveedores de salud mental y como utiliza y responde al tratamiento (29). Recordemos que la cultura abarca todo, desde las formas de dormir y comer, hasta las experiencias escolares e interacciones interpersonales del niño. En algunos casos el clima cultural dentro del hogar refleja los sistemas de valores del entorno (30).

Además, hay muchas otras causas ambientales, socioeconómicas, etc., que afectan el desarrollo de la personalidad o de trastornos mentales; tales como la pobreza extrema, indigencia, miseria y pauperismo. La falta de recursos económicos tiene efectos marcados en el desarrollo de una persona. No se desarrollará igual aquel niño que vive en una casa de un sólo cuarto en el basurero, que el otro que vive en la región mas hermosa de la ciudad, que tiene su habitación para él sólo y acceso a una buena educación (31).

Algunos otros factores de riesgo para desarrollar un trastorno mental, además de la pobreza y la cultura, son: exposición a drogas, alcohol u otros tóxicos, pérdida de una persona importante, exposición a la violencia y falta de una estimulación adecuada (31, 32).

- La pérdida de una persona importante causa, a veces, que los niños se vuelvan excesivamente dependientes, aislados o alteren la forma en que manifiestan sus emociones.
- La exposición a sustancias tóxicas durante el embarazo o infancia temprana, afecta el desarrollo neurológico y puede causar trastornos psiquiátricos; así mismo, en la adolescencia la exposición a drogas recreativas y alcohol pueden causar o exacerbar trastornos mentales.
- La falta de estimulación física pueden provocar retraso en el crecimiento o que los niños manifiesten síntomas de depresión (31, 32).

Por todo esto, es importante entender el tiempo y progresión normal del desarrollo de la persona a través de los períodos de la vida y contextualizar el concepto de “desarrollo normal” de acuerdo a todas las diferencias culturales, raciales, étnicas y ambientales que existen. Cuando, tomando en cuenta todo esto, se puede decir que el desarrollo está alterado, detenido o “fuera de lo normal” en las áreas cognitivas, de lenguaje, comportamiento o emocional, se puede sospechar de algún trastorno de la salud mental (33).

Los datos disponibles en psiquiatría de niños y adolescentes son escasos, sin embargo en diversos estudios se ha demostrado que la magnitud de los trastornos mentales es similar en diversos países. En la tabla 1 se muestran algunas prevalencias encontradas en el estudio realizado por Barra (34).

En un estudio realizado por Ford y sus colaboradores para describir la prevalencia de trastornos del DSM-IV y comorbilidades en una muestra de niños y adolescentes ingleses, se determinó que aproximadamente 1 de cada 10 niños (9.5%) presentan al menos un trastorno del DSM-IV que requieren tratamiento (35). Otro estudio por Ries y colaboradores, determinó que la tasa de prevalencia de DSM en una muestra de 3,402 participantes entre 8 y 15 años, fue: TDAH - 8.6%, trastornos del ánimo - 3.7%, trastornos de conducta 2.1%, trastornos de ansiedad/pánico 0.7% y 0.1% para trastornos de la alimentación (36). Además, otros estudios han demostrado que existe evidencia de que muchos, si no la mayoría, de los trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida van a presentarse por primera vez en la infancia o la adolescencia (37). Según la OMS, la prevalencia de los trastornos mental oscila entre 10 y 20%

#### 2. 4. 1 Psicosis de Inicio Temprano

Psicosis se define como un estado mental caracterizado por alteraciones de pensamiento y sensopercepción, que provocan que el individuo se escinda, o salga, de la realidad. Estas alteraciones pueden provocar cambios conductuales y de comportamiento, tener efectos nocivos en la interacción social e incapacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (39).

Se define como psicosis de inicio temprano, aquella que inicia entre los trece y diecinueve años; la de inicio muy temprano es la que comienza antes de los trece años de edad (39). Esto se asocia a mal pronóstico. Los niños o adolescentes que presentan psicosis de inicio temprano, pueden desarrollar —eventualmente— esquizofrenia, trastorno bipolar u otras psicosis (40, 41).

Antes del primer episodio psicótico, muchos pacientes pueden presentar: alteraciones en el sueño, ansiedad, irritabilidad, ánimo deprimido y alteración en las relaciones sociales y funcionalidad personal, suspicacia, apatía. El primer episodio psicótico puede presentar alteraciones graves en el comportamiento, como lo son violencia y suicidio (42). En las psicosis de inicio temprano se pueden observar: trastornos de lenguaje, dificultad para distinguir el mundo onírico del real, alucinaciones e ideas delirantes, pensamiento desorganizado, labilidad afectiva, ansiedad y alteración en la interacción con otros afectando, así, la calidad de vida del enfermo (43). Además, pueden presentarse anomalías sutiles a nivel motor, emocional, cognitivo y del comportamiento, y éstos signos pueden sugerir que estos niños/adolescentes pueden desarrollar esquizofrenia posteriormente (44).

Los trastornos psicóticos rara vez ocurren antes de los catorce años, pero muestran un aumento marcado en la prevalencia entre los quince y los diecisiete (45). Sin embargo, en un meta-análisis realizado por Keller y col. en Irlanda, concluyeron que los síntomas psicóticos son relativamente comunes en personas jóvenes, especialmente en la infancia; encontrando que la prevalencia es mayor en niños entre nueve y doce años que en adolescentes de trece a dieciocho (46).

Cuando los niños y adolescentes presentan síntomas psicóticos el riesgo de cometer suicidio aumenta. Es importante resalta que el suicidio es la tercera causa de muerte en la adolescencia (47). Un estudio encontró que en adolescentes entre once y trece años las ideas y comportamiento suicida fueron más comunes en aquellos que presentaban algún trastorno psiquiátrico con síntomas psicóticos comparados con los que presentan el trastorno sin síntomas psicóticos (48).

Los síntomas psicóticos en niños y adolescentes también pueden indicar la presencia de trastorno bipolar,; el cual, en personas de estas edades, se caracteriza por episodios recurrentes de ánimo elevado —manía o hipomanía— que excede lo que se espera para la etapa específica del desarrollo en la que se encuentra la persona. Los pacientes jóvenes, generalmente presentan episodios recurrentes de depresión mayor (49). Este trastorno afecta severamente el desarrollo normal del niño/adolescente y aumenta el riesgo de abuso de sustancias, psicosis suicidio y problemas legales, sociales académicos y del comportamiento. La presentación y manifestación de los síntomas(50).

La psicosis de inicio temprano también puede corresponder a diagnóstico de esquizofrenia. Esta enfermedad, aunque muy rara en niños es muy difícil de tratar puesto que muchas veces es refractaria al tratamiento (51). Algunos estudios demuestran que las alucinaciones auditivas características de la enfermedad (se presentan en 80% de los casos, y las ideas delirantes (ie. paranoides, celotípicas, grandeza) en el 60% (52, 53).

#### 2. 4. 2 Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Heinrich Hoffmann fue el primero en describir niños cuyos comportamientos estaban marcados por la impulsividad e hiperactividad; llamando a este patrón “inhibición defectuosa” o “locura impulsiva”. Desde entonces la descripción ha ido cambiando. Still publicó una

descripción de niños que presentaban agitación motora, problemas de atención, dificultad en controlar los impulsos y necesidad de recompensa inmediata en 1902. Mas adelante se consideró que los síntomas eran secundarios a daño cerebral. El DSM-II reconoció el síndrome por primera vez, llamándolo “reacción hiperkinética” y, fue hasta 1980 que el trastorno se conoció como TDAH, en el DSM-III (33, 54).

El TDAH es un síndrome que incluye inatención, distraibilidad, hiperactividad, impulsividad y otros déficits de la función ejecutiva. Aunque en algunos casos estos síntomas pueden presentarse en la mayoría de las personas, algunos individuos presentan la combinación de éstos con alteración en la funcionalidad. (33, 54). Es de los trastornos mas comunes en la infancia y ha sido objeto de estudio en los últimos cien años. Probablemente es correcto decir que se sabe mas de TDAH que de cualquier otra enfermedad de la infancia (55).

La etiología del trastorno es compleja y, generalmente incluye factores genéticos y del ambiente, así como factores lesivos; entre estos, eventos pre y perinatales. También hay estudios que evidencian lesiones del circuito fronto-estriado. (54, 56, 57). Los síntomas se manifiestan en la edad pre-escolar y trae consigo alteraciones importantes e nivel educativo y psicosocial (58). Afecta mas a niños que a niñas, con una prevalencia estimada de 3 – 5:1 (54, 59). Es una condición crónica que en el sesenta y cinco por ciento de los casos se asocia a una o mas comorbilidades; estas incluyen: dislexia, trastorno de la coordinación, síndrome de Tourette, trastornos del espectro autista, trastorno oposicionista desafiante y abuso de sustancias (59). Es importante que los clínicos conozcan las diferentes opciones que tienen de tratamiento, porque cincuenta por ciento de los niños que son diagnosticados con TDAH presentan síntomas que alteran su funcionalidad significativamente en la edad adulta. La Academia Americana de Psiquiatría de niños y adolescentes recomienda que el tratamiento incluya psicoeducación y psicofármacos (60). Cuando se elige el tratamiento es importante tomar en cuenta que cuando a un paciente que presenta predisposición a desarrollar psicosis, si se indica un estimulante es mas probable que desarrolle síntomas psicóticos (61).

### 2. 4. 3 Trastornos Afectivos

#### 2. 4. 3. 1 Depresión en niños y adolescentes

El afecto es un sentimiento generalizado y sostenido, que se percibe internamente y afecta el comportamiento de la persona y su percepción del mundo. Los trastornos del afecto son un grupo de condiciones clínicas caracterizadas por la pérdida del sentido de control y una experiencia subjetiva de malestar. Entre estos encontramos: Depresión, manía, distimia y ciclotimia (16).

En la niñez y la adolescencia, los trastornos depresivos se caracterizan por tristeza persistente, anhedonia y aburrimiento o irritabilidad que alteran la funcionalidad.. Esta última hace posible diferenciar la depresión de los cambios de humor normales en los niños (54). Los pediatras son, en la mayoría de los casos, los primeros que tienen la oportunidad de evaluar, diagnosticar, prevenir y tratar los problemas de salud mental en los niños. Es importante notar que en el caso de niños y adolescentes presentan más ansiedad, irritabilidad, berrinches, quejas somáticas, hipersomnias, aumento de peso, agitación psicomotora y pobre autoestima, cuando se comparan con los adultos (62).

Entre los factores de riesgo para desarrollar depresión en estas etapas de la vida encontramos: BIOLÓGICOS: la predisposición genética, temperamento inhibido, enfermedad médica crónica, género femenino. PSICOLÓGICOS: patrón de pensamiento negativo, tendencia a basar el éxito personal en las relaciones interpersonales, trauma. SOCIAL: pobreza, disfunción familiar y decepciones, fallas y pérdidas personales. DESARROLLO: la transición de niñez a adolescencia (62). Siendo la transición a la adolescencia una etapa de alto riesgo para desarrollar depresión. De hecho, una de cada cinco adolescentes van a presentar el trastorno antes de los dieciocho años. En esta etapa de la vida es vital ayudar a que el adolescente genere autonomía, buena salud física, relaciones interpersonales y familiares sanas (63).

Entre los síntomas cardinales encontramos: ánimo deprimido, pérdida de interés, disminución de la energía, baja autoestima, culpa excesiva, pensamientos o ideas de muerte y/o pensamiento o comportamiento suicida, disminución en la capacidad de concentrarse, etcétera (64). La prevalencia es de uno a dos por ciento en niños, y de tres a ocho por ciento en adolescentes; con un rango de cuatro a cinco por ciento en la adolescencia media y de hasta veinte por ciento al final de la misma. Además, la depresión en adolescentes es un factor de riesgo importante para suicidio (54, 64). Es más frecuente en mujeres, con una tasa de 3:1, se cree que esto está relacionado con el pico de hormonas en la edad puberal (54, 64, 65). Es importante dejar claro que la depresión en la infancia y/o adolescencia aumenta cuatro veces el

riesgo de padecer depresión en la edad adulta (65). La depresión en la infancia se ha asociado a otros trastornos, tales como trastornos de ansiedad, trastorno oposicionista desafiante y de conducta, TDAH; que son 8.2, 6.6 y 5.5 veces mas comunes en niños/adolescentes deprimidos, respectivamente (65).

#### 2. 4. 3. 2 Trastorno Bipolar (TB) en niños y adolescentes

El trastorno bipolar fue descrito en la mitad del siglo diecinueve por Jean-Pierre Falret como *locura circular* (66). El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo. Que van desde la depresión hasta la manía (16). La depresión y sus síntomas se han descrito en el apartado anterior por lo que describiremos, a continuación, la manía e hipomanía.. Algunos estudiosos sugieren que la depresión y la manía son finales opuestos de una dimensión afectiva. En este sentido, la depresión se describe como “ánimo bajo” y la manía como “ánimo alto”. El modelo más simple de los trastornos de ánimo involucra movimientos hacia arriba y abajo que van desde una depresión severa, pasando por la normalidad y llegando a la hipomanía o manía. (Figura 1) (67, 68). Además de los criterios clásicos encontrados en el CIE-10, el clínico cuenta con los criterios Juveniles específicos, ajustados específicamente a niños y adolescentes. (Tabla 2) (68).

La evidencia demuestra que un número significativo de adultos con trastorno bipolar presentaban el inicio de los síntomas antes de los diecinueve años. Entre los síntomas observado en niños con trastorno bipolar encontramos agresividad, irritabilidad, imprudencia y labilidad afectiva (69). No podemos obviar que los síntomas mencionados pueden estar presentes en diversas psicopatologías, por lo que el diagnóstico de bipolaridad es difícil (66, 69). No debe olvidarse la importancia de la psicopatología para poder realizar un buen diagnóstico, tomando en cuenta todas las posibilidades. (69). Se cree que el TB tiene una prevalencia de 0.4 a 1.6% a lo largo de la vida. En niños los datos en los estudios de prevalencia verían desde 1% hasta 22%, como se observa en la tabla 3. (70).

Entre los factores de riesgo identificados para el desarrollo de trastorno bipolar encontramos: historia familiar de bipolaridad, manía desarrollada por el uso de antidepresivos, labilidad afectiva episódica, inicio temprano de depresión, psicosis y comportamiento agresivo episódico (70). Sin embargo, aunque estén presentes múltiples factores de riesgo, el clínico no puede asumir que se ha establecido el diagnóstico de TB. Para concretar el diagnóstico se deben

realizar varias sesiones y el diagnóstico puede apoyarse con entrevistas y cuestionarios semiestructurados/estructurados (70).

Otro factor importante para tomar en cuenta es la comorbilidad de otros trastornos con el trastorno bipolar. Los trastornos comórbidos son difíciles de diagnosticar debido a la sobreposición de los síntomas y su asociación con el desarrollo. Las comorbilidades más frecuentes pueden observarse en la gráfica uno (70).

## 2. 5 Tratamiento

Hasta mediados de la década de los cincuenta no se disponía de fármacos activos para el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas graves. Lo que hoy conocemos como antipsicóticos son un grupo de fármacos de uso frecuente en el tratamiento de enfermedades como: demencia, esquizofrenia, trastorno bipolar, ansiedad y TDAH, entre otras. (71, 72).

Para tratar los síntomas de la psicosis de inicio temprano se necesitan tratamientos seguros y efectivos para los niños y jóvenes que son tan vulnerables (73). Existen dos tipos de antipsicóticos: los de primera generación o neurolépticos y los de segunda generación o atípicos. Estos grupos presentan diferencias significativas en cuanto a los efectos secundarios (74).

La mayoría de clínicos recetan antipsicóticos atípicos basados en la, supuestamente, mejor tolerabilidad y eficacia. Existen pocos estudios que comparan los tratamientos para este trastorno. Los antipsicóticos típicos han mostrado eficacia, pero los pacientes jóvenes pueden estar más expuestos a padecer efectos extrapiramidales. (73). Entre los antipsicóticos de segunda generación, estudios controlados randomizados han encontrado que olanzapina, risperidona y aripiprazole han mostrado eficacia en el tratamiento agudo de adolescentes con esquizofrenia (54, 75, 76, 77). Risperidona y Aripiprazole están aprobados por la FDA (73).

Todos los antipsicóticos tienen efecto antidopaminérgico, se diferencian en su afinidad por distintos receptores: dopaminérgicos, serotoninérgicos, noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos, lo que determina su eficacia en los diferentes síntomas y los efectos secundarios que producen. Los antipsicóticos típicos presentan mayor incidencia de síntomas extrapiramidales, hiperprolactinemia y pobre efecto en los síntomas negativos de la esquizofrenia, cuando se comparan con los antipsicóticos de segunda generación. Los

antipsicóticos atípicos se han asociado con más incidencia de síndrome metabólico, que es una entidad caracterizada por resistencia a la insulina, obesidad abdominal, dislipidemia aterogénica, hipertensión arterial y un estado protrombótico y proinflamatorio (71, 78). Con todo, en la mayoría de pacientes los medicamentos antipsicóticos ofrecen una mejoría significativa de los síntomas y, por tanto, una mejor calidad de vida. Los antipsicóticos típicos inducen la plasticidad neuronal y la remodelación sinóptica en el cuerpo estriado, corteza prefrontal e hipocampo, que son las estructuras que podrían encargarse de los aspectos de cognición espacial y memoria (79, 80). El hipocampo se encarga de la memoria y aprendizaje y de la regulación de la ansiedad y el estrés (81). La corteza prefrontal juega un papel importante en el control cognitivo y en la habilidad para que el pensamiento y la acción estén de acuerdo con las metas internas (82). Y el cuerpo estriado es el que recibe señales de la corteza cerebral, sensorio motor por lo que tiene efecto en movimiento, percepción de estímulos ambientales y memoria a corto plazo (83).

Sin importar de qué generación sean ni el efecto benéfico y eficacia que posean, el riesgo de la manifestación de efectos secundarios puede tener gran influencia en la calidad de vida. Por mucho tiempo el único parámetro a evaluar era el efecto en los síntomas de la enfermedad y la baja incidencia de efectos secundarios, pero con el advenimiento de los antipsicóticos atípicos comenzó a tomarse en cuenta la perspectiva del paciente: la calidad de vida (84).

En un metanálisis para determinar los efectos de la quetiapina para la esquizofrenia en comparación con otros antipsicóticos se concluyó que ésta presenta un menor riesgo en cuanto a los trastornos de movimiento, pero que su eficacia no es tan diferente a la risperidona (85). Algunos estudios muestran que la risperidona disminuye la agresividad y los problemas de conducta después de seis semanas de tratamiento, aunque se ha asociado a un aumento de peso significativo (86).

## 2. 6 Calidad de vida relacionada con la salud

Si bien no existe consenso en la definición del concepto de calidad de vida, la mayoría de autores coinciden en que es un concepto subjetivo y multidimensional. El estado de salud-enfermedad se concibe desde la perspectiva del sujeto: su sistema de valores, creencias y costumbres. En los niños y adolescentes el concepto involucra, también, la habilidad de realizar actividades propias de su edad. En el caso de la población pediátrica y adolescente, cuando se evalúa la calidad de vida relacionada a la salud, las dimensiones que se tienen en cuenta están

relacionadas con su capacidad para realizar actividades diarias, las adquisiciones cognitivas, las emociones, la percepción de sí mismo, las relaciones interpersonales y con el medio que los rodea. La medida de la CVRS se obtiene por medio de cuestionarios estandarizados que comprende distintas dimensiones. Estos instrumentos, en edad pediátrica, están diseñados según el modelo psicométrico que se basa en la capacidad del individuo para discernir estímulos de diferente intensidad. Estos se pueden clasificar en genéricos y específicos, según las características de la población para la cual han sido diseñados (87).

Actualmente, la calidad de vida relacionada a la salud, se considera una dimensión importante para determinar el desenlace del primer episodio psicótico. Existen dos modelos para medir la calidad de vida: el modelo de satisfacción, el cual se enfoca en la satisfacción, percibida por el individuo, en diferentes aspectos de su vida. El otro, de condiciones materiales, incorpora niveles de funcionamiento y las condiciones materiales además de la satisfacción (88).

Curar a un paciente, aumentar su supervivencia, prevenir enfermedades futuras o aliviarlo, son razones suficientes para dar un medicamento. Sin embargo, es posible que dicho tratamiento produzca deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Sin información acerca del efecto del medicamento en la calidad de vida, no se puede tomar una decisión apropiada respecto a uno u otro tratamiento (89). El desenlace de cualquier enfermedad se ve, en gran medida, influenciado por el tratamiento recibido, el momento en el que se inició el mismo, y los efectos secundarios percibidos por el paciente. En el caso de las enfermedades mentales como las mencionadas anteriormente, los medicamentos a elección pueden ser los antipsicóticos (77). En la clínica de Psiquiatría Infanto-Juvenil no existe dentro del protocolo el uso de un cuestionario de calidad de vida, esta se evalúa dentro de la misma entrevista en la consulta externa. Sin embargo, para fines de este estudio se utilizará el cuestionario PedsQL™ 4.0 que ayudará a objetivar estos datos. Este cuestionario ha sido validado para países como México y Argentina.

Se ha demostrado que el tratamiento farmacológico mejora la calidad de vida. En los últimos años ha aumentado la prescripción de antipsicóticos de segunda generación en niños y adolescentes. En la Clínica de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital General San Juan de Dios, en los casos en que son necesarios y dependiendo de la sintomatología presentada por el paciente, los medicamentos más utilizados son Risperidona y Quetiapina. Existen pocos

estudios que comparen la tolerabilidad y eficacia entre éstos, y en Guatemala no se ha realizado ninguno (90, 91).

### III. Objetivos

#### 3. 1 Objetivo General

Determinar el impacto del tratamiento con risperidona y quetiapina en la calidad de vida del niño y adolescente que asiste a la consulta externa de Psiquiatría Infantil del Hospital General San Juan de Dios

#### 3. 2 Objetivos específicos

3.2.1 Observar el cambio en la calidad de vida del paciente con enfermedad psiquiátrica después de recibir tratamiento con Quetiapina o Risperidona

3.2.2 Observar los efectos adversos más frecuentes que ocurran al paciente después de recibir tratamiento con Quetiapina o Risperidona

## IV. Material y Métodos

### 4. 1 Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo no experimental, longitudinal y descriptivo. Se llevó a cabo durante el período de octubre 2014 – octubre 2015, en la clínica de consulta externa de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital General San Juan de Dios de la ciudad de Guatemala.

### 4. 2 Población

Pacientes entre diez y diecinueve años, que asistieron a la clínica de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital General San Juan de Dios, y que cumplan los criterios de inclusión.

### 4. 3 Tamaño de la muestra

Para obtener la muestra se utilizará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2pq}{B^2}$$

n = tamaño de la muestra

Z = 1.96 para el 95% de confiabilidad, 2.56 para el 99% de confiabilidad

p = frecuencia esperada del factor a estudiar

$$q = 1-p$$

B = precisión o error admitido 5%.

Sin embargo, por la dificultad para obtener el valor de p, el tamaño de la muestra se definió por captación, durante el tiempo que duró el estudio.

### 4. 4 Objeto de estudio

Adolescentes que asisten a la clínica de Psiquiatría Infanto-juvenil del HGSJDD

#### 4.5 Criterios de Inclusión

Pacientes entre 10 y 19 años que asisten a la consulta externa de Psiquiatría Infanto-juvenil del HGSJDD.

Que nunca antes hayan recibido tratamiento antipsicótico, o sea que sea el primer diagnóstico psiquiátrico que se hace al paciente

#### 4.6 Criterios de exclusión

Pacientes que no tengan familia o que vivan en un hogar de acogida

Pacientes con diagnóstico de enfermedad mental secundaria a otro diagnóstico médico, autismo o trastorno generalizado del desarrollo

Pacientes con mala adherencia al tratamiento

Pacientes que presenten discapacidad física

Pacientes cuyos padres padezcan enfermedad mental

#### 4.7 Variables

Cuadro de operacionalización de variables

OBJETIVO	VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADOR	INSTRUMENTO
Observar el cambio en la calidad de vida del paciente con enfermedad psiquiátrica después de recibir tratamiento con Quetiapina o Risperidona	Calidad de vida		Resultado de cuestionario PedsQL™ 4.0	PedsQL™ 4.0 para niños y adolescentes

OBJETIVO	VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADOR	INSTRUMENTO
Observar los efectos adversos más frecuentes que ocurran al paciente después de recibir tratamiento con Quetiapina o Risperidona	Efectos Adversos	Edad Género Nivel de escolaridad Estado Civil Diagnóstico Psiquiátrico	Datos generales obtenidos en historia clínica Diagnóstico Psiquiátrico obtenido por medio de CIE-10	Historia clínica y CIE-10

#### 4. 8 Instrumentos para recolectar y registrar la información

Se caracterizó por el registro, realizado por el médico que evaluó a los pacientes, de los efectos en la calidad de vida de los pacientes tratados con risperidona o quetiapina, para lo cual se utilizó el inventario PedsQL™ 4.0; el cual se completó al iniciar el tratamiento, un mes después y tres meses después de estar tomando el mismo.

El modelo de medición PedsQL™ 4.0 es un enfoque modular para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en niños y adolescentes sanos y aquellos con condiciones de salud aguda y crónica. Cuenta con cuatro versiones para el niño o adolescente de acuerdo a su edad. Para los niños entre 5 y 18 años existe una versión para ser completada por el niño y otra para ser completada por sus padres. Para los niños pequeños, la única versión es respondida por los padres (92).

#### 4. 9 Procedimiento para recolectar la información

Durante la primera entrevista se hizo diagnóstico al paciente, de impulsividad y/o agresividad y se determinó la necesidad de tratamiento antipsicótico. Al ser necesario, se sugirió a los padres y al paciente la participación en el estudio. Al inicio del tratamiento se aplicó el inventario PedsQL™ 4.0 para niños y adolescentes y de nuevo al cumplir el primer y tercer mes

de tratamiento. Esto fue realizado por el médico de consulta externa que evaluó a los pacientes, durante la entrevista.

#### 4. 10 Aspectos Éticos

El presente estudio no es de carácter invasivo, no pone en riesgo la vida del paciente y tampoco se trata de un estudio experimental. Los participantes del estudio son solo aquellos pacientes que requieren, secundario a su diagnóstico psiquiátrico, un tratamiento antipsicótico; y la elección del mismo se realizó en base a la clínica, como se ha hecho anteriormente en la clínica de Psiquiatría Infanto-juvenil del HGSJDD.

No se realizó un consentimiento informado, ya que el tratamiento dado a cada paciente no fue distinto debido al estudio. Era el tratamiento que correspondía a cada paciente según su sintomatología y diagnóstico. Sin embargo se explicó, de manera oral, a paciente y padres que se estaba realizando el estudio, en que consistía el mismo y si estaban de acuerdo en dar cinco minutos más de su tiempo para realizar el cuestionario. A los que no estuvieron de acuerdo no se les incluyó en el estudio.

#### 4. 11 Plan de análisis

Para interpretar el inventario, los ítems de las cuatro escalas se han agrupado en un solo cuestionario. Para facilitar la interpretación, los ítems se invierten y se transforman a una escala de 0 a 100, de manera que a mayor puntuación mejor calidad de vida, así: 0=100, 1=75, 2=50 y 4=0. Para obtener el resultado total, la media se obtiene a partir de la suma de todas las preguntas que han sido respondidas, no se toman en cuenta aquellas preguntas que no tienen respuesta (93).

## V. Resultados

Ingresaron al estudio 28 pacientes, 14 hombres y 14 mujeres; de los cuales 5 no completaron el estudio. De los participantes que completaron el estudio quince 15 recibieron tratamiento con Risperidona y 8 con Quetiapina.

El 100% de los pacientes que tomaron risperidona mejoraron su calidad de vida global después de un mes de tratamiento. De éstos, 93.33% (n = 14) mejoraron su calidad de vida global para el final del segundo mes. En el análisis por áreas específicas encontramos: **Sobre mi salud y actividades**: 93.33% mejoraron. **Sobre mis emociones**: 80% presentaron mejoría a partir del segundo tiempo. **Sobre cómo me llevo con los demás**: 6.66% (n=1) no presentó mejoría y 6:66% empeoró su calidad de vida para el último mes. Sobre la escuela: 73.33% presentaron mejoría, de los que no mejoraron 1 empeoró y 3 no modificaron su calidad de vida a partir de la segunda encuesta. El 100% de los pacientes mejoraron su calidad de vida al comparar las mediciones no. 1 y no. 3. (Gráficas de la 2 a la 6).

En el caso de los pacientes que fueron tratados con Quetiapina, el 100% de ellos mejoraron su calidad de vida global después de un mes de tratamiento, solo un paciente (12.5%) no presentó mejoría al terminar el segundo mes de tratamiento. En el análisis por áreas se pudo observar que: **Sobre mi salud y actividades** 37.5% (n=3) no mejoraron la calidad de vida después de un mes de tratamiento; 2 de estos sujetos no modificaron la calidad de vida y uno de ellos empeoró la misma en ésta área para el último mes. Con respecto a el área **sobre mis emociones**, dos pacientes no mejoraron (25%), uno de los cuales empeoró para el último mes. En el área **Sobre cómo me llevo con los demás**, dos pacientes (25%) no presentaron mejoría para el último mes, aunque el 100% mejoro en el transcurso del primer mes. Lo mismo ocurrió al evaluar el área **Sobre la escuela** (Gráficas 7 a 11).

Del total e pacientes, dos (8%) no presentaron mejoría en la calidad de vida global. Uno de ellos no mejoró a partir del segundo mes de tratamiento; y otro se quedó igual en las últimas dos evaluaciones. De éstos pacientes uno tomó Quetiapina y el otro Risperidona. En relación a las áreas específicas, respecto a **Sobre mi salud y actividades**, todos los pacientes mejoraron en la segunda toma, sin embargo en la tercera evaluación 4 (17.4%) permanecieron igual y uno (4.34%) bajó su calidad de vida. En el rubro **Sobre mis emociones**, en la tercera evaluación 4 (17.4%) pacientes no modificaron su resultado y dos (8.6%) disminuyeron el resultado. Con

respecto al área **Sobre cómo me llevo con los demás**, 2 (8.6%) de los pacientes no mejoraron ni empeoraron la calidad de vida y uno (4.34%) empeoró. Por último, en el área **Sobre la escuela**, 5 pacientes (21.7%) no mejoraron su calidad de vida para la segunda entrevista, y dos (8.6%) bajaron su calidad de vida. En todas las áreas todos los pacientes mejoraron la calidad de vida en la segunda evaluación.

## VI. Discusión y Análisis

### 6.1 Discusión

El tiempo que duró la consulta, tomando en cuenta que uno de los criterios de inclusión era que el paciente asistiera por primera vez, fue poco y no permitió la captación de suficientes pacientes para obtener una muestra más significativa.

Sin embargo, los datos obtenidos en este estudio nos permiten observar que, en general el tratamiento oportuno con risperidona o Quetiapina, mejora la calidad de vida; ya que todos los pacientes, en la sumatoria de las diferentes áreas evaluadas con el instrumento, mejoraron su calidad de vida. Otro aspecto importante a destacar, es que la mayoría de pacientes mejoraron su calidad de vida con un mes de tratamiento. Con la toma de Risperidona el área que mejoró más fue **Sobre mi salud y actividades**, y con la Quetiapina, **Sobre mis emociones y Sobre como me llevo con los demás**. Lo cual corresponde a la evidencia de que la Quetiapina mejora el estado de ánimo (94).

Los pacientes mejoraron, en un 100%, con un mes de tratamiento con el antipsicótico. Lo cual evidencia el efecto beneficioso del tratamiento psicofarmacológico en estos casos.

Se necesitan un estudio mas largo para poder determinar el efecto en la calidad de vida a largo plazo, y para poder aumentar el número de pacientes que ingresen al mismo.

### 6.2 Conclusiones

6.2.1 Después de realizado el estudio es posible concluir que el tratamiento antipsicótico mejora de manera rápida la calidad de vida de los pacientes. La Quetiapina tiene mayor efecto en el área que abarca las emociones y las relaciones interpersonales y la risperidona actúa mejor en el área relacionada a la salud y actividad física.

6.2.2 Es necesaria una investigación que dure más tiempo y con mayor número de pacientes para lograr resultados estadísticamente significativos.

6.2.3 Es necesario un estudio que involucre, también, variables socioeconómicas para poder establecer si es el medicamento o no el que causa la mejoría en la calidad de vida, pues algunos pacientes interrumpen los tratamientos por falta de recursos.

### 6.3 Recomendaciones

6.3.1 Prolongar la investigación por más tiempo e incluir más pacientes para lograr resultados estadísticamente significativos

6.3.2 Dar el tratamiento psicofarmacológico, siempre que sea necesario, para así mejorar la calidad de vida del paciente.

6.3.3 Investigar el efecto en la calidad de vida de otros fármacos utilizados en psiquiatría infanto-juvenil, tales como: olanzapina, metilfenidato o atomoxetina.

## VII. Referencias Bibliográficas

1. Green W. "Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology". Third Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Estados Unidos. 2001.
2. "EL CONCEPTO DE SALUD". Sapere aude. 2009.  
<https://pochicasta.files.wordpress.com/2009/03/concepto-de-salud.pdf>
3. Alcántara, G. "La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinariedad". Sapiens. Re. Unir. de Investí Online. Venezuela. 2008.
4. Caponi, S. Georges "Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud". História, Ciências, Saúde — Manguinhos, IV. Brasil. 1997.
5. WHO. "Salud Mental: fortalecer nuestras respuestas". 2014.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
6. WHO. "La salud en el niño". [http://www.who.int/topics/child\\_health/es/](http://www.who.int/topics/child_health/es/)
7. "Indicadores en Salud". Universidad Católica de Chile. 2007.  
<http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/INSINTROD6.pdf>
8. Louro, I. "La familia en la determinación de la Salud". Rev. Cubana Salud Pública. Cuba. 2003.
9. OPA. "Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud". Boletín Epidemiológico Organización Panamericana de la Salud. Vol. 22, No. 4. 2001.
10. Kornblit, A. Mendes, A. "La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales". Contenidos Circulares. Aique. México. 2000.  
[http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/spyc/leccion\\_09/bibliografia\\_basica\\_09b.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/spyc/leccion_09/bibliografia_basica_09b.pdf)

11. Merriam-Webster medical dictionary. "DISEASE". <http://www.merriam-webster.com/medical/disease>
12. Schoenbach, V. "El fenómeno de la enfermedad". 2000. [www.epidemiolog.net](http://www.epidemiolog.net)
13. William, S. "The Meaning of disease". Calif Med. Estados Unidos. 1952.
14. Ibarra, E. "Una nueva definición de "Dolor": un imperativo de nuestros días". Re. Soc. Es. Dolor [online] 2006.
15. Kast, S. "Health Behavior, Illness Behaviour and Sick Role Behaviour". Archives of Environmental Health: An International Journal. Estados Unidos. 1996.
16. Sadock, B. Alcott, V. "Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry". 10<sup>o</sup> edition. Lippincott Williams & Wilkins. Estados Unidos. 2007.
17. OMS. "Promoción de la Salud Mental: \*conceptos\*evidencia emergente\*práctica". Francia. 2004.
18. Rodríguez, J. Kohn, R. Aguilar-Gaxiola, S. "Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe". Pan American Health Org. Estados Unidos. 2009.
19. Juarez, A. "Factores psicosociales relacionados con la Salud Mental en Profesionales de Servicios Humanos en México". Ciencia & Trabajo. México. 2004.
20. OMS. "Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país". 2011.
21. Cobar, M. et. al. "Encuesta nacional de salud mental: Descripción epidemiológica de trastornos de salud mental en hombres y mujeres de 18 a 65 años de edad realizada en la República de Guatemala mayo-julio 2009". USAC. Guatemala. 2009.
22. OMS. OPS. "MSPAS. Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en Guatemala". Guatemala. 2011.

23. Delval, J. "El desarrollo humano". Octava Edition. Siglo XXI de España. España. 1994.
24. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. "Desarrollo psicológico, Escuela de Padres". Tema 1. España 2014. [www.aepap.org](http://www.aepap.org)
25. Orengo, J. "Crecimiento y desarrollo humano. Introducción de conceptos". Universidad Metropolitana. Puerto Rico. 2011.
26. OMS. "Saúd Mental: un estado de bienestar". 2013.
27. OMS. "¿Qué es la salud mental? Preguntas y respuestas en línea". 2007.
28. Rice, F. P. "Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital". 2ª adición. Prentice Hall Hispanoamericana, S.A. México. 1997.
29. Consejo Mental de Australia (MHCA). "La Salud Mental en un Mundo Cambiante: El impacto de la cultura y la diversidad". Australia. 2007. [www.mhca.org.au](http://www.mhca.org.au)
30. Greenfield, P. Suzuki, L. "Cultura y Desarrollo Humano: Implicaciones Parentales, Educativas, Pediátricas y de Salud Mental". Universidad del Valle de California. Estados Unidos. 1998.
31. García, M. "Factores condicionantes de la salud mental del niño". Tendencias pedagógicas. 2001.
32. Minnesota Association for Children's Mental Health. "Hojas informativas de la salud mental en la infancia temprana". Estados Unidos. [www.macmh.org](http://www.macmh.org)
33. Rey, J. M. "IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health". Suiza. 2015. <http://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health>
34. Barra, F. "Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia". REV. CHIL NEURO-PSIQUIAT.. Chile. 2009.

35. Ford, t. Goodman, R. Meltzer, H. "The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV Disorders". JAACAP. Reino Unido. 2003.
36. Ries, K. He, J-P. Brody, D. Fisher, P. Bourdon, K. Koretz, D. "Prevalence and Treatment of Mental Disorders Among US Children in the 2001-2004 NHANES". Paediatrics. Estados Unidos. 2009.
37. Costello, E. Egger, H. Angold, "A. 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I". Methods and Public Health Burden. JAACAP. Estados Unidos. 2005.
38. E. Navarro-Prado, J. C. Meléndez, A. Sales, M. D. Sancerni. "Desarrollo Infantil y Adolescente: Trastornos Mentales más Frecuentes en función de la edad y el género". Psicothema. España. 2012.
39. E. Domenich, L. Ezpeleta. "Las Clasificaciones en Psiquiatría Infantil". Psicopatología del Niño y del Adolescente. Capítulo 6. 2ª. Edición. Imprenta Antonio Pinelo. España. 1998.
40. Arango, C. Rapado-Castro, M. et. al. "Progressive Brain Changes in Children and Adolescents With First-Episode Psychosis". Arch Gen Psychiatry. España. 2012.
41. Bürgin, D. Meng, H. "Childhood and Adolescent Psychosis". Karger AG. Switzarland. 2004.
42. Alda J. A. "Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes". Versión completa. España. 2011.
43. Alcaraz. "Conferencia: Psicosis de Inicio Temprano". Universidad de Murcia. España. 2012.
44. Isohanni, M. Jones, P. Kemppainen, L. Croudace, T. Isohanni, I. Veijola, J. Räsänen, S. Whalberg, K.-E. Tienari, P. Rantakallio, P. "Childhood and adolescent predictors of schizophrenia in the Northern Finland 1966 Birth Cohort — a descriptive life-span model". European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. Finlandia. 2000.

45. Kessier, R. Amminger, G. Aguilar-Gaxiola, S. "Age of onset of mental disorders: A review of recent literatura". *Curr Opin Psychiatry*. Estados Unidos. 2007.
46. Kelleher, I. Connor, D. Clarke, M.C. Devlin, N. Cannon, M. "Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-análisis of population-based studies". Irlanda. 2012.
47. Bella, M. Fernández, R. Willington, J. "Identificación de Factores de Riesgo en Intentos de Suicidio en Niños y Adolescentes". *Rev. Argent. Salud Pública*. Argentina. 2010.
48. Kennebeck, S. Bonin, L. "Suicidal behaviour in children and adolescents: Epidemiology and risk factors". Estados Unidos. 2015.
49. Birmaher, B. Brent, D. Solomon, D. "Bipolar disorder in children and adolescents: Assesment an diagnosis". Estados Unidos. 2014.
50. Birmaher, B. Brent, D. Solomon, D. "Pediatic bipolar disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations and course". Estados Unidos. 2015.
51. Kumra, S. Fraizer, J. Jacobsen, L. McKenna, K. Gordon, Ch. Lenane, M. Hamburger, S. "Childhood-Onset Schizophrenia: A Double-blind Clozapine-Haloperidol Comparison". 1996.
52. Russel, A. Bott, L. Sammons, C. "The Phenomenology of Schizophrenia Occurring in Childhood". *JAACAP*. Estados Unidos. 1989.
53. Hall, R. "General Characteristics of Schizophrenia". Estados Unidos. 1998.
54. Martin, A. Volkmar, F. "Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. A Comrehensive Textbook". Wolters Kluwer| Lippincott Williams & Wilkins. Fourth Edition. Estados Unidos. 2007.
55. Kryzhanovskaya, L et al. "A double-blind, placebo-controlled study of olanzapine in adolescents with schizophrenia". *Neuropsychopharmacology*. 2000.

56. Lou, H. "Etiology and pathogenesis of Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): significance of prematurity and perinatal hypoxic-haemodynamic encephalopathy". Acta Paediatrica. Dinamarca. 1996.
57. Durston, S. "A review of the biological bases of ADHD: what have we learned from imaging studies?" Mental retardation and developmental disabilities research reviews. Estados Unidos. 2003.
58. Vallerand, I. Kalenchuck, A. McLennan, J. "Behavioural treatment recommendations in clinical practice guidelines for attention-deficit/hyperactivity disorder: a scoping review". Child And Adolescent Mental Health. Canada. 2014.
59. Holden, S. et al. "The prevalence and incidence, resource use and financial costs of treating people with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in the United Kingdom (1998-2010)". Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health UK. 2013.
60. Dopheide, J. Pharm, D. Pliszka, S. "Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder: An Update". Reviews of Therapeutics. Estados Unidos. 2012.
61. Karatekin, C. White, T. Bingham, C –J. "Shared and nonshared symptoms in youth-onset psychosis and ADHD". Medline. Estados Unidos. 2010.
62. Kitts, R. Goldman, S. "Education and Depression". Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North América. Estados Unidos. 2012.
63. Cairns, K. Hui, M. Pilkington. "Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: A systematica review and meta-analysis of longitudinal studies". Journal of Affective Disorders. Australia. 2014.
64. Thapar, A. Collushaw, S. Pine, D. "Depression un adolescence". Lancet. Reino Unido. 2012.
65. Chrisman, A. Egger, H. Compton, S. Curry, J. Goldston, D. "Assessment of Childhood Depression". Child and Adolescent Mental Health. Estados Unidos. 2006.

66. Carlson, G. Glovinsky, I. "The Concept of Bipolar Disorder in Children: A history of the Bipolar Controversy". Child Adolesc Psychiatric Clin. Estados Unidos. 2009.
67. Morales, M. "DEPRESION". Biopsicología. Chile. 2003.
68. Goodman, R. Scott, S. "Child and Adolescent Psychiatry", Third edition. Chapter 11. Mania. Jhon Wiley & Sons, Ltd. Reino Unido. 2012.
69. Horst, R. "Diagnostic Issues in Childhood Bipolar Disorder". Psychiatr Clin N Am. Estados Unidos. 2009.
70. Youngstrom, E. Freeman, A. McKeown, M. "The Assessment of Children and Adolescents with Bipolar Disorder". Child Adolesc Psychiatric Clin. Estados Unidos. 2009.
71. Ceruelo J. García S. "Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos". Formación Médica Continuada en Atención Primaria (FMC). España. 2007.
72. Kreys, T. Phan, S. "A literature review of quetiapine for generalized anxiety disorder". Pharmacotherapy, Estados Unidos. 2005.
73. Sikich, L. et al. "Double-blind comparison of first-and second-generation antipsychotics in early-onset schizophrenia and schizo-affective disorder: findings from the treatment of early-onset schizophrenia spectrum disorders (TEOSS) study". The American journal of psychiatry. Estados Unidos. 2008.
74. Davis J. Chen N. Glick I. "A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics". Arch Gen Psychiatry. Estados Unidos. 2003.
75. Haas, M. "Efficacy and safety of risperidone in adolescents with schizophrenia, in 2007 Annual Meeting New Research Program and Abstracts". American Psychiatric Association. Estados Unidos. 2007.

76. Robb, AS. "Efficacy of aripiprazole in the treatment of adolescents with schizophrenia, in 2007 Annual Meeting New Research Program and Abstracts". American Psychiatric Association. Estados Unidos. 2007.
77. Campbell, S. "Handbook of developmental psychopathology: Attention – Deficit/Hyperactivity Disorder". Springer Science+Business Media, Inc. Estados Unidos. 2000.
78. Preston J. O'Neal J. Talaga M. "Child and adolescent clinical psychopharmacology, made simple". 3ª edición. New Harbinger Publications, Inc. Estados Unidos. 2015.
79. Cortés B. "Síndrome metabólico y antipsicóticos de segunda generación". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. España. 2011.
80. Horacek J. Bubenikova V. Kopecek M. Palenicek T. Dockery C. Mohr P. Höschl C. "Mechanism of action of atypical antipsychotic drugs and the neurobiology of Schizophrenia". CNS Drugs. República Checa. 2006 <http://link.springer.com/article/10.2165/00023210-200620050-00004#page-2>
81. Floresco S. Seamans J. Phillips A. "Selective Roles for Hippocampal, prefrontal cortical and ventral striatal circuits in Radial-Arm Maze Tasks with or without delay". The Journal of Neuroscience. Canada. 1997.
82. Leuner B. Gould E. "Structural plasticity and Hippocampal Function". Annu Rev Psychol. Estados Unidos. 2010.
83. Miller E. Cohen J. "An integrative theory of prefrontal cortex function". Annual Review of Neuroscience. Estados Unidos. 2001.
84. Rolls ET. "Neurophysiology and cognitive functions of the striatum". Rev Neurol. Paris. 1994.
85. Karow A. Naber D. "Subjective well-being and quality of life under atypical antipsychotic treatment". Psychopharmacology. Alemania. 2002.

86. Srisurapanont M. Maneeton B. Maneeton N. "Quetiapina para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida)". La Biblioteca Cochrane Plus. Reino Unido. 2008.
87. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. "Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica". Revisión sistemática: actualización. Barcelona. 2006.
88. M. Ashok, J. Payne. "First-episode psychosis: psychopathology, quality of life, and functional outcome. Schizophrenia Bulletin". Canadá. 2005.
89. M. Madrigal, A. Velandrino, M. Ruzafa. "Evaluación de Estudios de Calidad de Vida Relacionada con Salud". España. 2010. [http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136636-capitulo\\_17.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136636-capitulo_17.pdf)
90. Loy J. Merry S. Hetrick S. Stasiak K. "Antipsicóticos atípicos para los trastornos de conducta desestabilizantes en niños y jóvenes". Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012.
91. Fraguas D. Merchán-Naranjo J. Arango C. "Características diferenciales de eficacia y tolerabilidad de los antipsicóticos de segunda generación en el tratamiento de trastornos psicóticos en niños y adolescentes". Revista de Psiquiatría y Salud Mental. España. 2010.
92. Fernández G, Dallo M, Durán C, et "al. Cuestionario sobre Calidad de Vida Pediátrica (PedsQL™) versión 4.0: fase inicial de la adaptación transcultural para Uruguay". Arch. Pediatr. Urug. vol.81 no.2 Montevideo jun. 2010. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492010000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492010000200005&script=sci_arttext).
93. Varni W. "PedsQL™". 2014.
94. Prieto, E. Micó, J. Meana, J. Majadas, S. "Bases Neurobiológicas del efecto antidepresivo de la Quetiapina en el trastorno bipolar". Actas Esp Psiquiatr. España. 2010.

## VIII. Anexos

### 8.1. Tablas

Sudán, Filipinas, Colombia, India	12-12% (Giel 1981)
Ontario, Canadá (4-16 años)	18,1% (Offord 1967)
Etiopía (1-15 años)	17,7% (Tadease 1999)
Alemania (12-15 años)	20,7% (Weyerer 1988)
India (1-16 años)	12,8% (Consejo Investigación)
Japón (12-15 años)	15% (Morita 1993)
España (8, 11, 15 años)	21,7% (Gómez-Beneyeto 1994)
Suiza (1-15 años)	22,5% (Steinhausen 1998)
U.S.A (9-17años)	21% (Depto. Salud)
Carolina del norte (9-16 años + impedimento funcional)	6,8% (Costello 2003)
Funan, Dinamarca (8-9 años)	10,1% (Bilenberg 2005)
Puerto Rico	18% (Bird 1988)
Puerto Rico (4-17 años)	6,9% (Canino 2004)
Kerala, India	5% (Hackett 1999)

Tabla 1. Costello, E. Egger, H. Angold, A. 2005. 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden. JAACAP. Estados Unidos. (36)

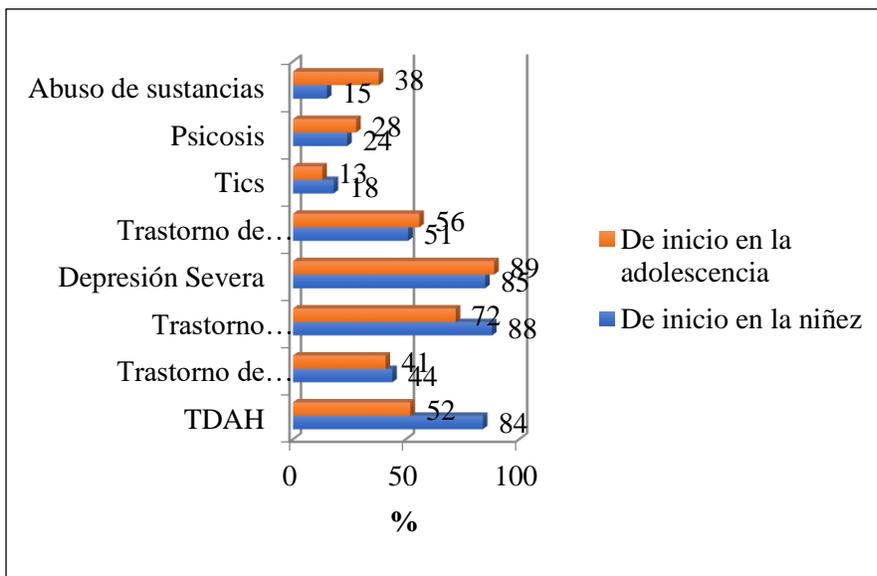
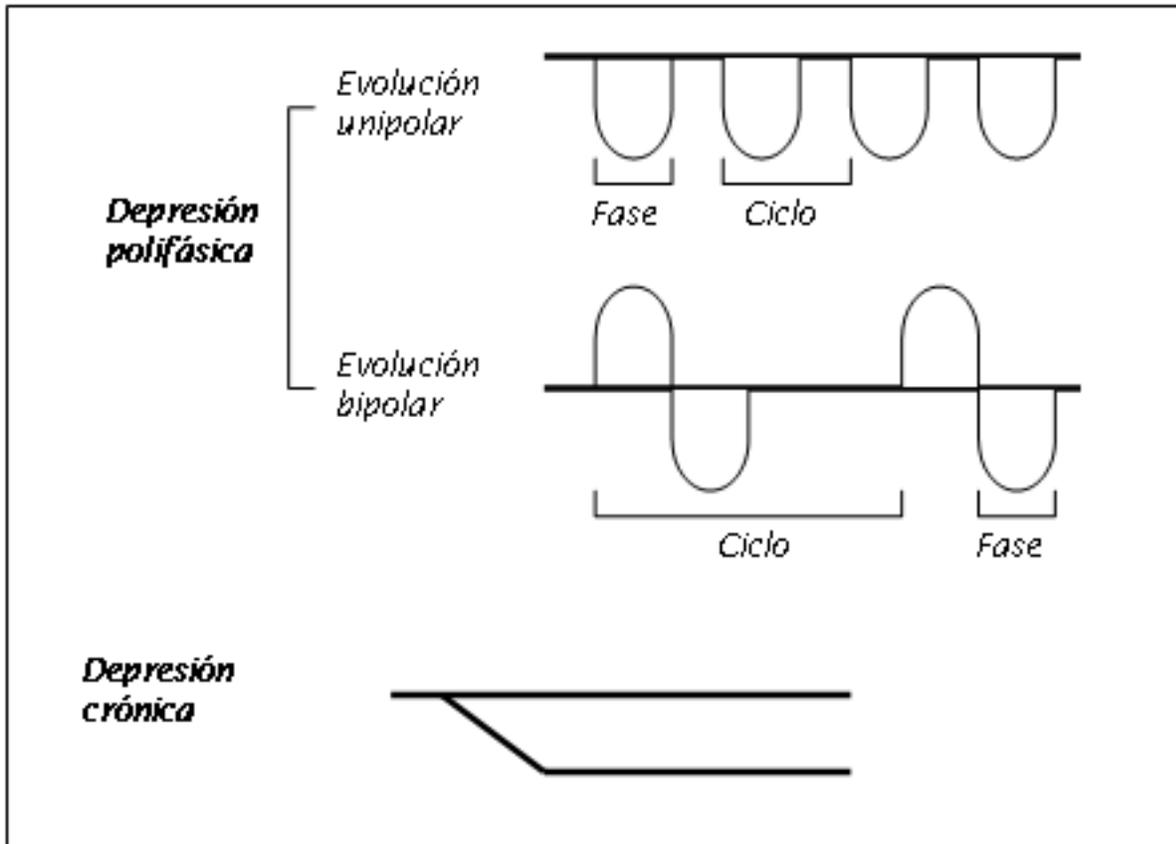
Episodios cortos de ánimo elevado	Pueden durar minutos u horas, mucho menos de los cuatro/siete días necesarios para cumplir el criterio de hipomanía/mania, respectivamente, de los manuales diagnósticos.
Irritabilidad Crónica	En los niños y adolescentes, el ánimo irritable episódico no se toma en cuenta, ya que puede manifestarse tanto en episodios depresivos como de ánimo elevado.

Tabla 2. Goodman, R. Scott, S. 2012. Child and Adolescent Psychiatry, Third edition. Chapter 11. Mania. Jhon Wiley & Sons, Ltd. Reino Unido (67).

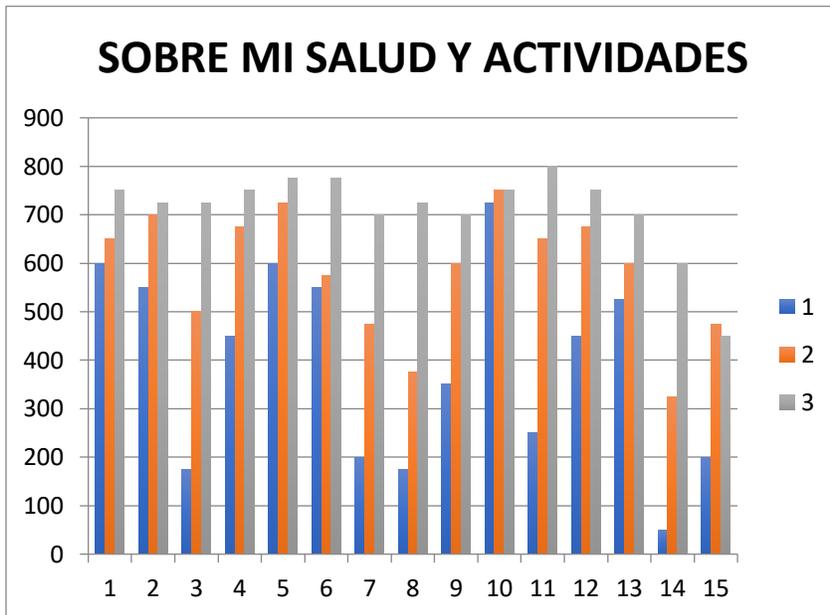
Base rates of PBD in different settings			
Setting	Base Rate (%)	Demography	Diagnostic Method
General outpatient practice <sup>2</sup>	1	All of United States	National Ambulatory Medical Care Survey
High school epidemiologic <sup>43</sup>	0.6	Northwestern USA high school	KSADS-PL <sup>a</sup>
Community nonreferred <sup>142</sup>	1.4	Upstate New York	—
United States epidemiologic <sup>25</sup>	1.59, child and adolescent onset; 4.5, adults	United States general population	CIDI
United States child/adolescent (Lahey et al, unpublished, 1995 MECA) <sup>8</sup>	1.8	Eastern United States	DISC <sup>a,b</sup>
Community mental health center <sup>23</sup>	6	Midwestern urban, 80% non-white, low-income	Clinical interview and treatment <sup>a,b</sup>
General outpatient clinic <sup>143</sup>	6.3	Urban academic research centers	WASH-U-KSADS <sup>a,b</sup>
County wards (DCFS) <sup>144</sup>	11	State of Illinois	Clinical interview and treatment <sup>a</sup>
Specialty outpatient service <sup>145</sup>	15–17	New England	KSADS-E <sup>a,b</sup> (only & young)
Incarcerated adolescents <sup>146</sup>	2	Midwestern urban	DISC <sup>a</sup>
Incarcerated adolescents <sup>147</sup>	22	Texas	DISC <sup>a</sup>
Acute psychiatric hospitalizations, 1996–2004, children <sup>1</sup>	26	All of United States	CDC survey of discharge diagnoses
Inpatient service <sup>97</sup>	30, manic symptoms; <2, strict BP 1	New York City metro region	DICA; KSADS <sup>a,b</sup>
Acute psychiatric hospitalizations, 1996–2004, adolescents <sup>1</sup>	34	All of United States	CDC survey of discharge diagnoses

Tabla 3. Youngstrom, E. Freeman, A. McKeown, M. 2009. The Assessment of Children and Adolescents with Bipolar Disorder. Child Adolesc Psychiatric Clin. Estados Unidos (69)

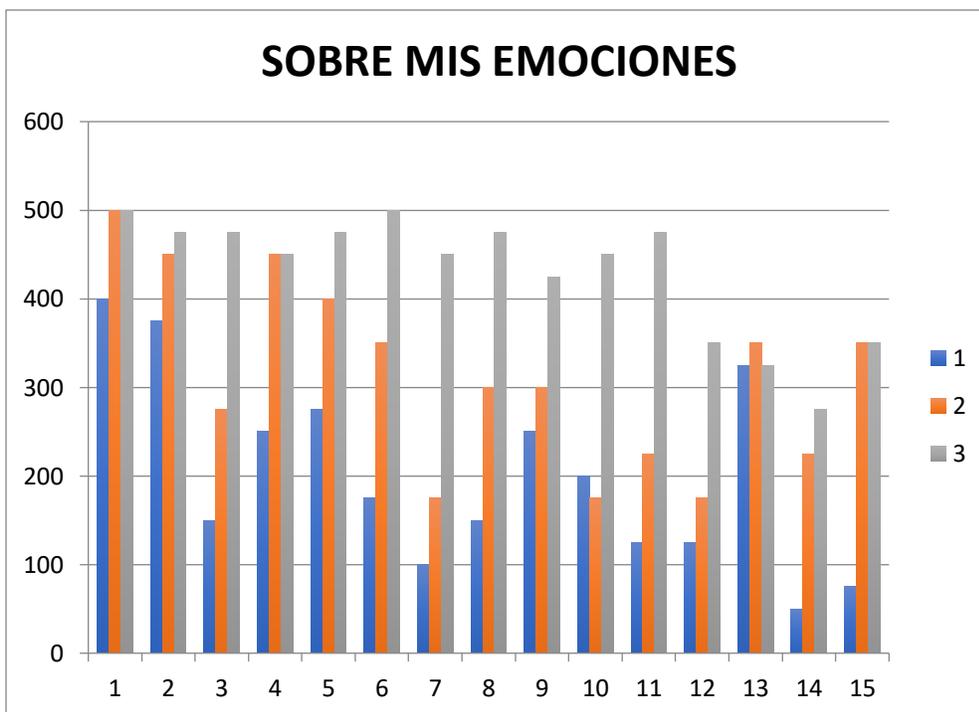
8.2 Gráficas



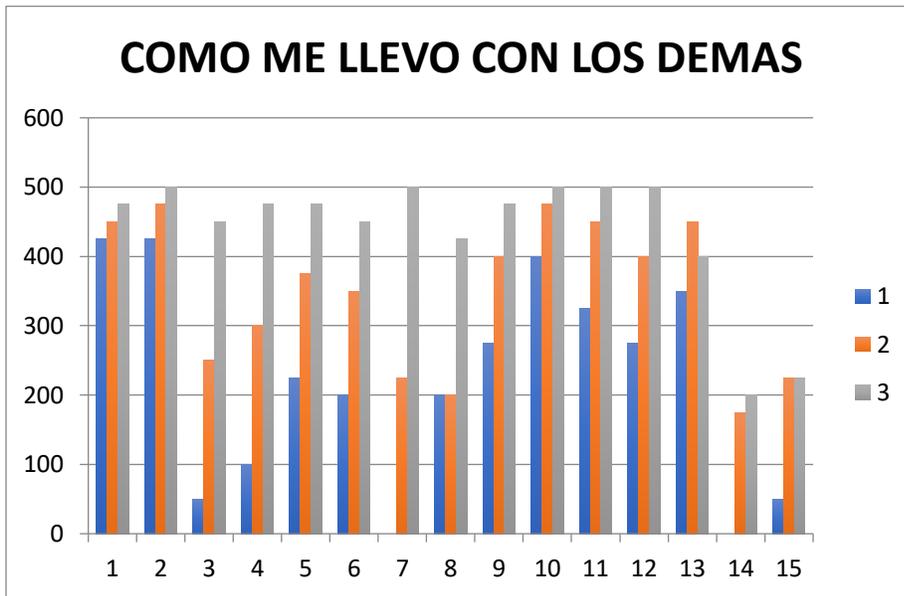
Gráfica 1. Tasas de comorbilidad psiquiátrica en jóvenes bipolares, respecto al inicio del TB.



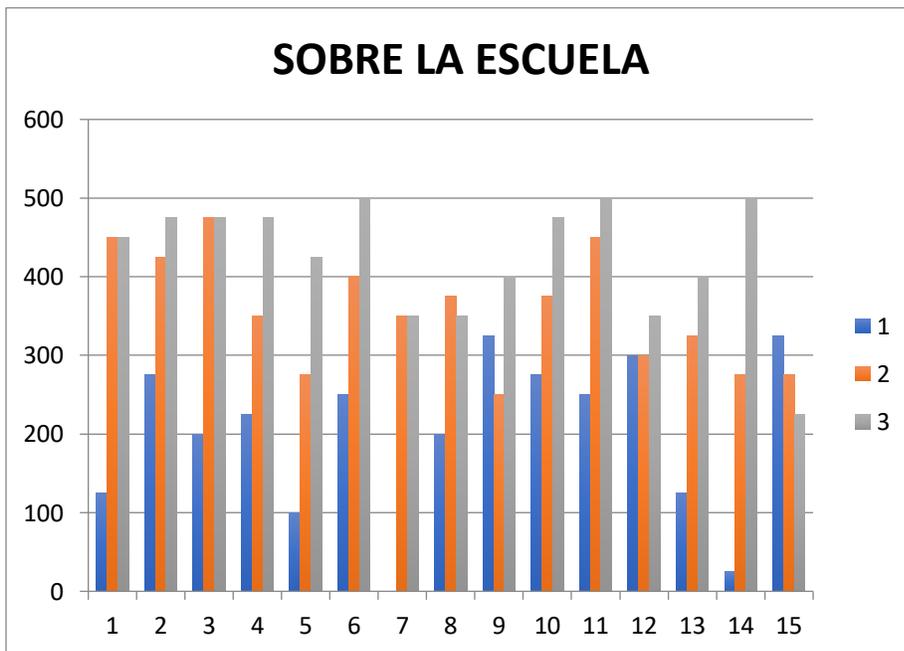
Gráfica 2. Medición de la calidad de vida del área SOBRE MI SALUD Y ACTIVIDADES, con inventario PedsQL™ 4.0 para los pacientes que tomaron risperidona.



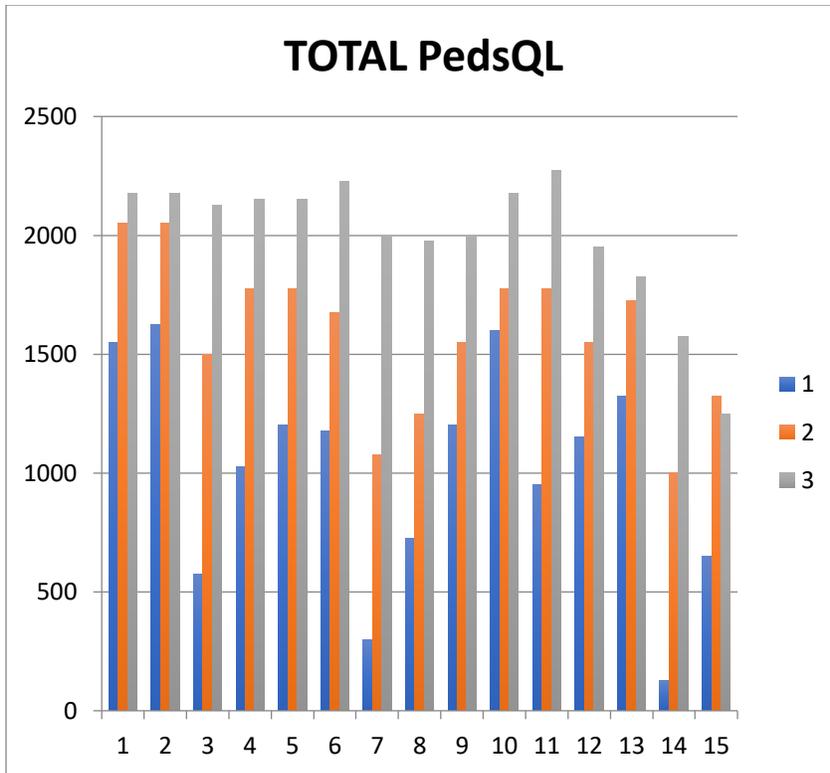
Gráfica 3. Medición de la calidad de vida del área SOBRE MIS EMOCIONES, con inventario PedsQL™ 4.0 para los pacientes que tomaron risperidona.



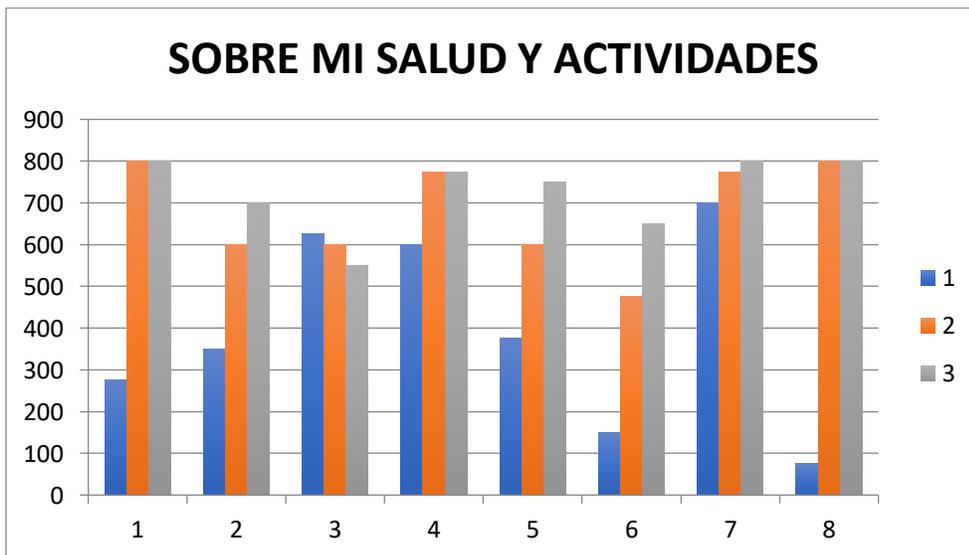
Gráfica 4. Medición de la calidad de vida del área COMO ME LLEVO CON LOS DEMAS, con inventario PedsQL™ 4.0 para los pacientes que tomaron risperidona.



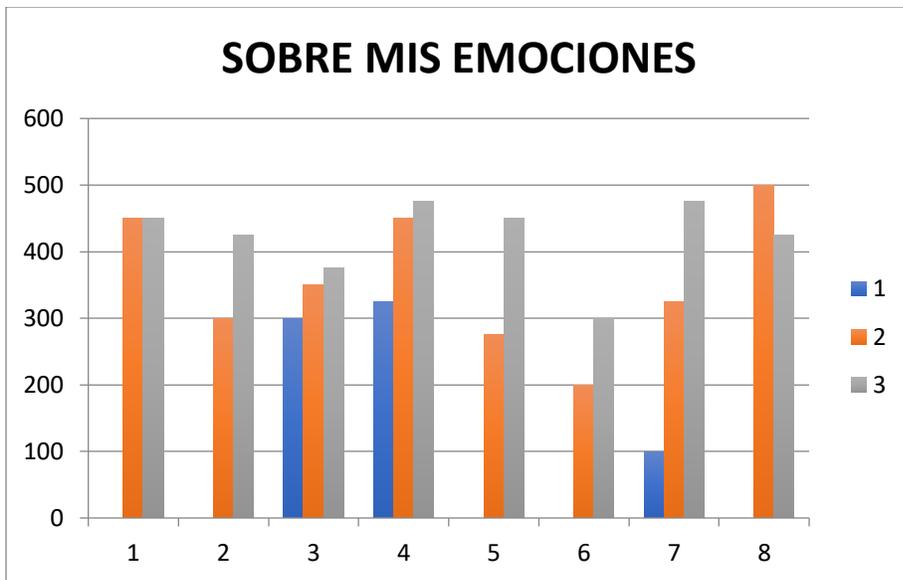
Gráfica 5. Medición de la calidad de vida del área SOBRE LA ESCUELA, con inventario PedsQL™ 4.0 para los pacientes que tomaron risperidona.



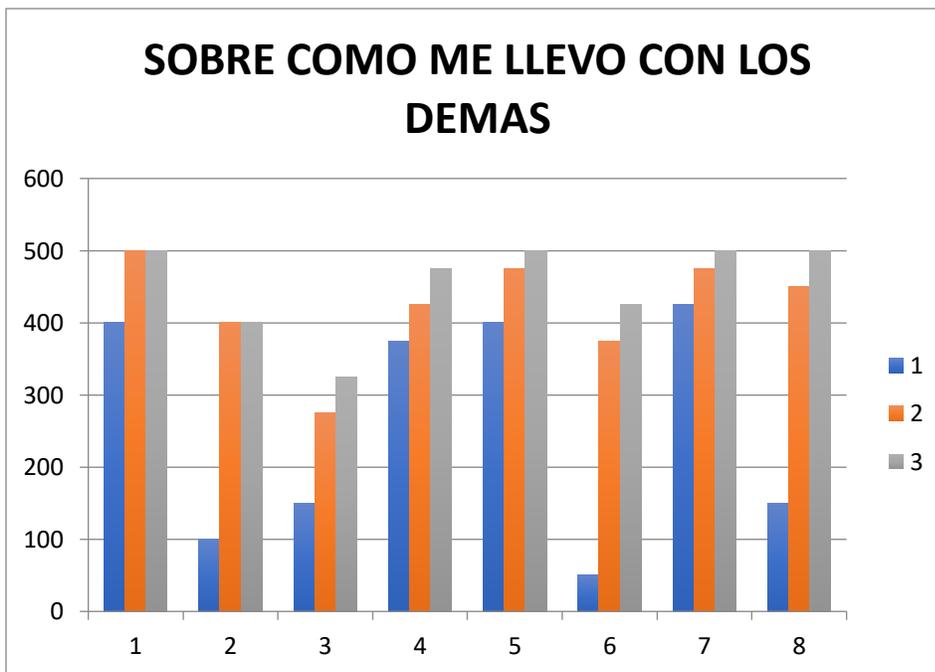
Gráfica 6. Medición de la calidad de vida total, con inventario PedsQL™ 4.0 para los pacientes que tomaron risperidona.



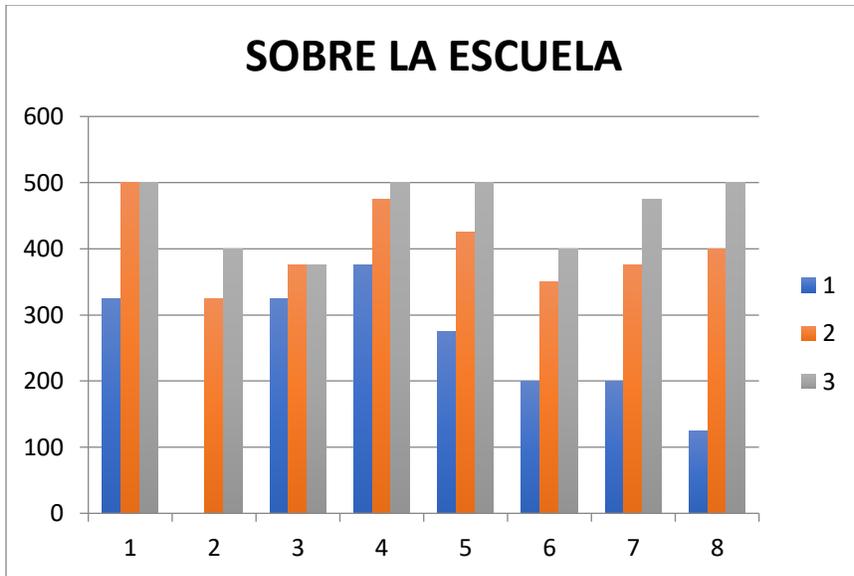
Gráfica 7. Medición de la calidad de vida en el área SOBRE MI SALUD Y ACTIVIDADES, con inventario PedsQL™ 4.0 para los pacientes que tomaron Quetiapina.



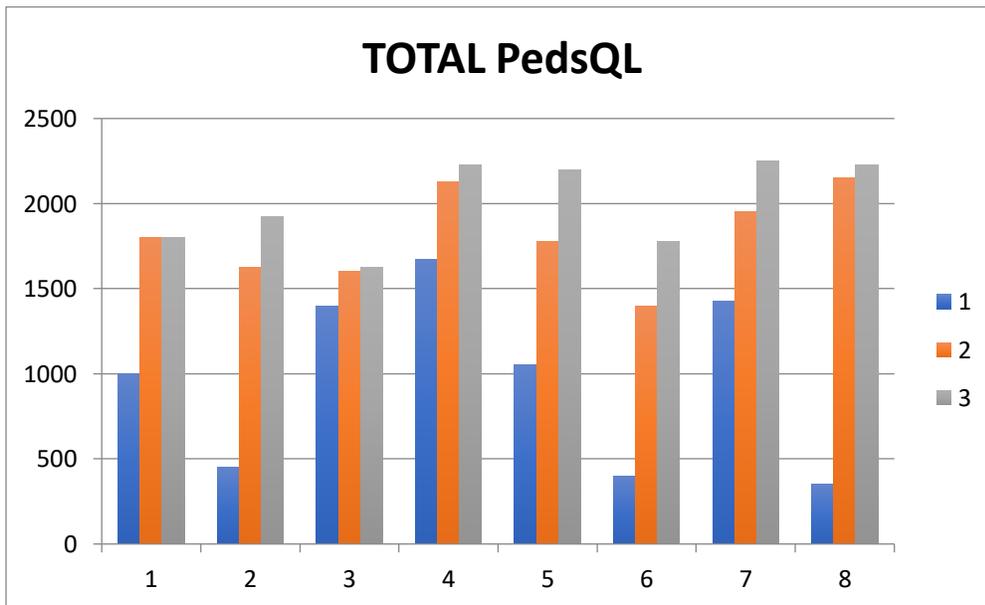
Gráfica 8. Medición de la calidad de vida en el área SOBRE MIS EMOCIONES, con inventario PedsQL para los pacientes que tomaron Quetiapina.



Gráfica 9. Medición de la calidad de vida en el área SOBRE COMO ME LLEVO CON LOS DEMAS, con inventario PedsQL™ 4.0 para los pacientes que tomaron Quetiapina.



Gráfica 10. Medición de la calidad de vida en el área SOBRE LA ESCUELA con inventario PedsQL™ 4.0 para los pacientes que tomaron Quetiapina.



Gráfica 11. Medición de la calidad de vida total, con inventario PedsQL™ 4.0 para los pacientes que tomaron Quetiapina.

8.3. PedsQL™ 4.0, cuestionario para calidad de vida

<b>PedsQL™ 4.0 Reporte para NIÑOS (8 a 12)</b>					
<b>SOBRE MI SALUD Y ACTIVIDADES (problemas con...)</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Con frecuencia</b>	<b>Casi siempre</b>
1. Se me hace difícil caminar más de una cuadra	0	1	2	3	4
2. Se me hace difícil correr	0	1	2	3	4
3. Se me hace difícil practicar deportes o hacer ejercicio	0	1	2	3	4
4. Se me hace difícil levantar algo pesado	0	1	2	3	4
5. Se me hace difícil bañarme solo(a) en tina o regadera	0	1	2	3	4
6. Tengo dificultad para hacer quehaceres en la casa	0	1	2	3	4
7. Siento dolores	0	1	2	3	4
8. Me siento cansado(a)	0	1	2	3	4
<b>SOBRE MIS EMOCIONES (problemas con...)</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Con frecuencia</b>	<b>Casi siempre</b>
1. Me siento asustado(a) o con miedo	0	1	2	3	4
2. Me siento triste	0	1	2	3	4
3. Me siento enojado(a)	0	1	2	3	4
4. Tengo dificultad para dormir	0	1	2	3	4
5. Me preocupo por lo que me vaya a pasar	0	1	2	3	4
<b>CÓMO ME LLEVO CON LOS DEMÁS (problemas con...)</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Con frecuencia</b>	<b>Casi siempre</b>
1. Tengo dificultad para llevarme bien con otros niños	0	1	2	3	4
2. No quieren ser mis amigos otros niños	0	1	2	3	4
3. Se burlan de mí otros niños	0	1	2	3	4

4. No puedo hacer cosas que otros niños de mi edad pueden hacer	0	1	2	3	4
5. Se me hace difícil mantenerme físicamente igual que otros niños cuando juego con ellos	0	1	2	3	4
<b>SOBRE LA ESCUELA (problemas con...)</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Con frecuencia</b>	<b>Casi siempre</b>
1. Se me hace difícil poner atención en clase	0	1	2	3	4
2. Se me olvidan las cosas	0	1	2	3	4
3. Se me hace difícil estar al corriente con las tareas y las actividades en las clases	0	1	2	3	4
4. Falto a la escuela por no sentirme bien	0	1	2	3	4
5. Falto a la escuela para ir al doctor o al hospital	0	1	2	3	4

## Permiso para copiar el trabajo

El autor concede permiso para reproducir, total o parcialmente, y por cualquier medio la tesis titulada "Risperidona y Quetiapina: Impacto en la Calidad de Vida" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala, lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.