

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**HABILIDADES DE LA VIDA COTIDIANA Y CALIDAD DE VIDA EN
ESQUIZOFRENICOS**

Rosa María Rivera Orellana

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

Para obtener el grado de

Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría

Agosto 2021



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.319.2021

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Rosa Maria Rivera Orellana

Registro Académico No.: 200640238

No. de CUI : 2536734371703

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Psiquiatría**, el trabajo de TESIS **HABILIDADES DE LA VIDA COTIDIANA Y CALIDAD DE VIDA EN ESQUIZOFRÉNICOS.**

Que fue asesorado por: Dr. Edvin Raúl Higueros López, MSc.

Y revisado por: Ing. Juan Antonio Rivera Ticas, MA.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **Julio 2021**

Guatemala, 07 de junio de 2021.

JUNIO 9, 2021

Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. José Arnoldo Saenz Morales, MA.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades



/dlsr

Ciudad de Guatemala 28 de septiembre de 2018

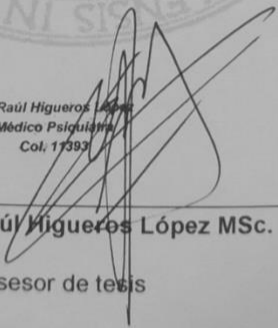
Doctor
Edgar Rolando Vásquez Trujillo
Docente Responsable
Maestría en ciencias con especialidad en Psiquiatría
Hospital de Salud Mental "Dr. Carlos Federico Mora"
Presente.

Respetable Doctor.

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe de graduación que presenta la Doctora **Rosa María Rivera Orellana** Carné **200640238**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el cual se titula "**Habilidades de la vida Cotidiana y Calidad de Vida en Esquizofrénicos**".

Luego de la asesoría hago constar que la Dra. **Rivera Orellana**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento de trabajo. Por lo Anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de tesis de la escuela de posgrados de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Raúl Higueros López
Médico Psiquiatra
Col. 17393

Dr. Edvin Raúl Higueros López MSc.

Asesor de tesis

Ciudad de Guatemala 28 de septiembre de 2018

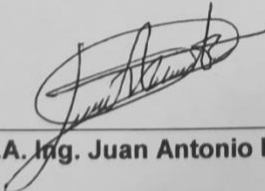
Doctor
Edgar Rolando Vásquez Trujillo
Docente Responsable
Maestría en ciencias con especialidad en Psiquiatría
Hospital de Salud Mental "Dr. Carlos Federico Mora"
Presente.

Respetable Doctor.

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe de graduación que presenta la Doctora **Rosa María Rivera Orellana** Carné **200640238**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el cual se titula "**Habilidades de la vida Cotidiana y Calidad de Vida en Esquizofrénicos**".

Luego de la revisión hago constar que la Dra. **Rivera Orellana**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento de trabajo. Por lo Anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de tesis de la escuela de posgrados de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



M.A. Ing. Juan Antonio Rivera Ticas.

Revisor de tesis

Juan Antonio Rivera Ticas
INGENIERO CIVIL
Col. 13653



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

DICTAMEN.UIT.EEP.011-2020
05 de febrero 2020

Doctor
Edgar Rolando Vásquez Trujillo
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría
Hospital de Salud Mental

Doctor Vásquez Trujillo:

Para su conocimiento y efecto correspondiente le informo se revisó el informe final del médico residente:

Rosa María Rivera Orellana

Por lo cual se determina Autorizar solicitud de examen privado, con el tema de investigación

"Habilidades de la vida cotidiana y calidad de vida en esquizofrénicos"

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc
Unidad de Investigación de Tesis
Escuela de Estudios de Postgrado

Cc. Archivo

LARC/karin

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres Marta Orellana, Carlos Rivera (sé que debes de estar orgulloso de mi) por su todo su apoyo y amor.

A Mirian Ticas y familia a mi tía Mary de Kestler gracias por estar presentes en mi vida y por darme ánimos de seguir adelante.

A Juan Antonio Rivera por su apoyo incondicional, gracias.

A mis amigos por formar parte de mi vida.

A mis catedráticos quienes a lo largo de mi especialidad compartieron su conocimiento, fue un honor haberlos conocido.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES	4
2.1.	Historia de la esquizofrenia	4
2.2.	Síntomas y el diagnóstico de la esquizofrenia	6
2.2.1.	Síntomas iniciales	7
2.2.1.1.	Síntomas positivos.....	8
2.2.1.2.	Síntomas negativos.....	9
2.3.	¿Cuáles son las causas de la esquizofrenia?	11
2.3.1.	¿Es hereditaria la esquizofrenia?	11
2.3.2.	Alteraciones neuroquímicas	13
2.4.	Epidemiología de la esquizofrenia	14
2.4.1.	Repercusión en la salud pública	15
2.4.1.1.	Incidencia y prevalencia	15
2.4.2.	Discapacidad y sufrimiento causados por la esquizofrenia	16
2.5.	Rehabilitación social	17
2.5.1.	Mejoría de la calidad de vida	17
III.	OBJETIVOS	19
3.1.	General	19
3.2.	Específicos	19
IV.	MATERIALES Y MÉTODOS	20
4.1.	Tipo de estudio	20
4.2.	Población	20
4.3.	Selección y tamaño de muestra	20
4.4.	Unidad de análisis	21
4.5.	Criterios de Inclusión y de Exclusión	21
4.6.	Variables Estudiadas	21
4.7.	Operacionalización de variables	22
4.8.	Instrumentos utilizados para la recolección de información	23
4.9.	Procedimiento para la recolección de información	24
4.10.	Procedimiento para garantizar aspectos éticos de la investigación	24
4.11.	Procedimientos de análisis de la información	25

V.	RESULTADOS	26
VI.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	32
	6.1. CONCLUSIONES	35
	6.2 RECOMENDACIONES FINALES	36
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37
VIII.	ANEXOS	40
	8.1 Consentimiento Informado	40
	8.2 Escala SLDS (Adaptación y validación de Carlson J, Ochoa S Etal)	42
	8.3Cuestionario de Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana LSP	46
	8.4 Escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana – Life Skill Profile “LSP”	55
	8.5 Escala de satisfacción con áreas de la Vida (SLDS)	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: operacionalización de variables	22
Tabla 2: edad de los pacientes entrevistados en la consulta externa con diagnóstico de esquizofrenia	26
Tabla 3: datos demográficos de los pacientes entrevistados	26
Tabla 4: datos según la procedencia de los pacientes	27
Tabla 5: Evaluación de las habilidades de vida cotidiana y la calidad de vida percibida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.....	28
Tabla 6: Áreas que presentaron dificultad según el cuestionario de habilidades de la vida cotidiana LPS.....	28
Tabla 7: grado de percepción respecto a las áreas que evalúa el cuestionario de calidad de vida percibida SLDS.....	29
Tabla 8: edad de los pacientes que debutaron con el primer cuadro psicótico	30
Tabla 9: número de ingresos hospitalarios	30
Tabla 10: número de recambios de antipsicótico	30
Tabla 11: tratamiento actual.....	31
Tabla 12: Mediana y moda para los datos agrupados por respuesta a la escala de la calidad de vida percibida (SLDS) de los pacientes de la consulta externa con diagnóstico de esquizofrenia de Hospital de Salud Mental "Dr. Carlos Federico Mora", en los meses mayo 2018 a agosto 2018.....	59-62
Tabla 13: Mediana y moda para los datos agrupados por el total de pacientes según el resultado de la escala de satisfacción con áreas de la vida (SLDS)	63-64
Tabla 14: porcentaje "perfil de habilidades de la vida cotidiana" - LSP -(Life skill profile") en los pacientes de la consulta externa con diagnóstico de esquizofrenia del hospital de salud mental "Dr. Carlos Federico Mora", en los meses mayo 2018 a agosto 2018.....	65-67

RESUMEN

Objetivos: Evaluar las Habilidades de la Vida Cotidiana y la Calidad de Vida percibida, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia; atendidos en la consulta externa del Hospital de Salud Mental “Dr. CARLOS FEDERICO MORA”, en el periodo comprendido durante los meses de mayo – agosto de 2018. **Metodología:** Estudio Descriptivo Transversal. Se utilizó una n:65 de personas con diagnóstico de esquizofrenia, se estudiaron variables subjetivas de la Calidad de Vida percibida mediante el cuestionario Satisfacción con las Dimensiones de la vida LSP, también se evaluó el funcionamiento psicosocial mediante es cuestionario de Habilidades de vida Cotidiana LSP y variables demográficas de los pacientes por medio de preguntas en el cuestionario. **Resultados:** Fueron de relevancia. La calidad de vida percibida por los pacientes se obtuvo mediante una mediana con un valor de 5 que se interpreta como “Regular”. Los resultados de la escala “habilidades de la vida cotidiana” LSP el 52.71% los familiares o acompañantes indican que los pacientes presentan disfuncionalidad en 3 áreas, entre ellos la Comunicación Contacto-Social , Comportamiento Social no Personal y Vida Autónoma **Conclusiones:** Es muy importante destacar que a pesar de que los pacientes obtuvieron una mediana de 5 en el cuestionario de la Calidad de Vida SLDS, se puede ver afectado por problemas afectivos, cognitivos y de distorsión de la realidad pudiendo afectar la percepción de las preguntas del cuestionario, pero no exime que omitamos en la evaluación de los pacientes la calidad de vida. La edad temprana de inicio fue a partir de los 12 a 15 años con un 42% se pueden explicar que los sujetos que tienen un inicio temprano de la enfermedad pueden mostrar peores puntuaciones de funcionamiento psicosocial porque las funciones no pueden estructurarse correctamente en individuos de que tienen un inicio temprano de la enfermedad.

I. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más frecuentes son las alucinaciones (oír voces o ver cosas inexistentes) y los delirios (creencias erróneas y persistentes). La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo; es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). Asimismo, los hombres desarrollan esquizofrenia generalmente a una edad más temprana ¹.

La esquizofrenia se acompaña de un grado significativo de estigma y discriminación, que viene a incrementar la propia carga que la enfermedad supone para los pacientes y a sus familiares. A menudo, las personas con esquizofrenia deben enfrentarse a un aislamiento social, la discriminación que sufren en materias como la vivienda, la educación y las oportunidades de empleo, y a otras clases de prejuicios. La esquizofrenia se presenta en los adolescentes y adultos jóvenes, e impide conseguir los objetivos educativos, laborales y reducen drásticamente la calidad de vida de los enfermos ¹.

La relación entre calidad de vida y esquizofrenia es actualmente un problema de investigación que ha adquirido gran importancia dado el interés en conocer la apreciación que hacen los pacientes de su situación. Debemos destacar el hecho de que en el enfermo esquizofrénico presenta una dificultad considerable en la validez de las autoevaluaciones que ellos hacen de su situación. No obstante, tenemos que recordar en sí, que es la esquizofrenia; que es una enfermedad mental grave que puede arruinar la vida de los que la padecen, esta estigmatización suele extenderse, además, al resto de la familia y a quienes prestan servicios sanitarios a los pacientes con esquizofrenia. se pueden ofrecer a las personas que padecen esquizofrenia y a sus familias y/o cuidadores intervenciones psicosociales rehabilitadoras para mejorar la capacidad de vivir con autonomía (por ejemplo, aprendizaje de habilidades para las relaciones interpersonales y para desenvolverse en la vida cotidiana). Con el fin de facilitar la autonomía de las personas que padecen esquizofrenia, si es posible mediante viviendas asistidas, subvenciones para la

vivienda y ayudas para la inserción laboral, a fin de que vayan superando etapas en su rehabilitación ^{1,5}.

A menudo, estas personas enfrentan dificultades para encontrar y mantener un empleo y una vivienda porque la estigmatización y la discriminación que acompañan esta enfermedad mental grave reduce la posibilidad de que estos enfermos se beneficien enteramente de los nuevos tratamientos médicos e intervenciones psicosociales que están ayudando a muchos de los esquizofrénicos a reintegrarse en su comunidad, mejorar su calidad de vida y conseguir sus objetivos vitales. El déficit en las áreas de funcionamiento relacionadas con las actividades de la vida diaria es un denominador común en las personas que padecen trastorno mental grave como es el caso de la esquizofrenia; la mayoría de estos sujetos padecen déficits funcionales en las áreas relacionadas como la higiene personal y el autocuidado, los hábitos saludables, el manejo del entorno social y doméstico. Estas dificultades conllevan una escasa competencia social, influyendo negativamente en la recuperación y se traducen en una pobre calidad de vida en el paciente ¹

Hay pocos relacionados con las habilidades de vida cotidiana y calidad de vida, un estudio británico demostró que las personas con esquizofrenia que tienen un empleo tienen más posibilidades de evitar la hospitalización. También se ha comprobado que personas muy trastornadas son capaces de mantener un empleo. No obstante, aunque muchas personas con esquizofrenia son capaces de desempeñar con éxito trabajos competitivos, otras necesitan contar con un empleo protegido a largo plazo ¹.

Un segundo estudio reveló que la esquizofrenia causa sufrimiento, pérdida de productividad, una menor calidad de vida y problemas médicos y mentales de carácter secundario en los pacientes y sus familias. Un tercer estudio investigó la relación entre la calidad de vida subjetiva-subjetiva y el funcionamiento (este último informado por los familiares en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia), para ellos evaluó a 64 pacientes a través de distintos instrumentos de la medida: la "escala de calidad de vida para la esquizofrenia" para la evaluación de la calidad de vida subjetiva; la QLS de vida subjetiva, se encontraron relaciones entre dominios subjetivos y objetivos de la calidad de vida y las subescalas de autocuidado y socialización. Se encontró otro estudio donde evalúan el impacto del apoyo

social percibido sobre la calidad de vida, donde los distintos estudios encuentran una mayor satisfacción con la vida en aquellos pacientes que perciben un mayor de apoyo social ^{1,3}.

Guatemala cuenta con el Hospital de Salud Mental "Dr. Carlos Federico mora" en donde se les brinda atención a un sin fin de pacientes que sufren algún tipo de patología mental, como en el caso de la esquizofrenia; enfermedad que ocasiona una considerable discapacidad con bajo rendimiento educativo y ocupacional. Situación que la sociedad puede estigmatizar, discriminar y violar sus derechos humanos. En resumen, las habilidades de la vida cotidiana y calidad de vida es pacientes esquizofrénicos es un problema sobre el cual existe, y que muchas veces no se la da la importancia debida. Este estudio buscó evaluar si las habilidades de la vida cotidiana y la calidad de vida percibida por los pacientes con diagnósticos de esquizofrenia, que permitirá el reforzamiento de los programas de salud mental con énfasis en la rehabilitación psicosocial para mejorar la vida social del individuo, aumentar apoyo familiar y social en el área laboral, de vivienda y en las relaciones sociales con el fin de mejorar la calidad de vida.

En el presente estudio se encontró que los pacientes presentan una disminución en las habilidades de la vida cotidiana de un 52.71% y que la calidad de vida percibida por el paciente se encuentra como una calidad adecuada. Los resultados fueron similares a otros estudios publicados donde repositan que dificulta evaluar la calidad de vida por la percepción que cada paciente que es lo que consideran una adecuada calidad de vida y una mala.

II. ANTECEDENTES

2.1. Historia de la esquizofrenia

Durante siglos, la gente ha mirado con miedo a las personas con una enfermedad mental grave, basándose en el estereotipo que presenta al enfermo mental como alguien difícil de entender, sucio, descuidado, impredecible y violento ¹.

Durante el siglo XIX, la respuesta a esta actitud en los países desarrollados consistió en construir hospitales psiquiátricos de forma masiva, mundos autosuficientes con sus propias granjas y suministros de agua, en lugares aislados de las ciudades. Muchas de las salas estaban cerradas con llave y los pacientes salían en contadas ocasiones. La distancia y el ambiente deprimente de estos lugares contribuía a que los familiares se desanimaran y no visitaran a los enfermos. Un estudio reciente en dos hospitales psiquiátricos de Londres ha demostrado que un 75% de los pacientes de larga estancia no tiene contacto con sus familiares ¹.

Aunque en aquellos tiempos se creía que los espacios verdes y los ambientes tranquilos ayudarían a los pacientes, se empezó a percibir que el aislamiento de los enfermos mentales del resto de la sociedad afectaba negativamente tanto a estos como al resto de la población. La imagen pública de que el enfermo mental era extraño y peligroso se reforzaba, así como la creencia de que la enfermedad mental era incurable. Parecía que, una vez que la persona ingresaba en el hospital, tenía que permanecer allí de por vida. Los hospitales en sí mismos producían temor y estigmatización, lo que se reflejaba en la utilización de términos como “loquería”, “casa de locos” y “manicomio”. El estado mental del paciente empeoraba por la combinación de aislamiento social e inactividad, lo que daba como resultado una mayor apatía, inercia, falta de diálogo y una respuesta emocional restringida: los tan mencionados síntomas negativos secundarios de la esquizofrenia. El concepto de institución grande y aislada también se exportó a los países en vías de desarrollo, especialmente a los que fueron colonias de Europa Occidental. En estas culturas, este tipo de instituciones se convirtió en algo aún más inadecuado y aislante ¹.

Después de la II Guerra Mundial, actitudes más progresistas se tradujeron en una política de altas precoces y a principios de los años 40, el número de pacientes hospitalizados empezó a descender en el norte de Europa. Con la introducción de antipsicóticos eficaces en 1954, se dio el alta a un mayor número de enfermos. Las mejoras en el ambiente social dentro de los hospitales lograron disminuir los síntomas negativos, cuya incidencia se redujo aún más al trasladar a los pacientes de los hospitales a un medio más estimulante en la comunidad. Sin embargo, el hecho de trasladar a los pacientes a hogares en la comunidad, aunque mejora los síntomas negativos, no consigue una integración social automática. Muchos pacientes fueron dados de alta precipitadamente en los años 70 y 80, sin la preparación adecuada ni el apoyo necesario para vivir en la comunidad, lo que originó problemas tanto para ellos como para la sociedad y aumentó la estigmatización debido a la esquizofrenia ¹.

Hoy día, en muchas partes del mundo, la mayor parte de los cuidados que reciben las personas con esquizofrenia son comunitarios. Normalmente, el médico de atención primaria actúa como primer filtro, y se encarga de canalizar al paciente hacia servicios psiquiátricos más específicos. Por eso, es esencial que estos profesionales reciban una formación adecuada sobre los síntomas y los tratamientos de las enfermedades mentales graves ¹.

La integración de los servicios de salud mental en los servicios sanitarios generales tiene ventajas especiales en los países en vías de desarrollo. Distintos países, como India, Irán y Pakistán, han aplicado este esquema para prestar servicios adecuados a poblaciones rurales. Los estudios sobre las actitudes del público todavía revelan posturas negativas frente a los enfermos mentales, pero también una gran dosis de buena voluntad hacia los pacientes dados de alta ².

Esta buena voluntad puede aumentar con campañas educativas específicas para animar a los ciudadanos a iniciar el contacto social con los pacientes. Grupos defensores de los derechos de pacientes y familiares, organizaciones religiosas y fundaciones de investigación ofrecen a menudo una ayuda inestimable para mejorar la actitud de la comunidad e iniciar programas de acogida. A los pacientes también se les pueden ofrecer programas sociales que mejoren su capacidad para entablar y mantener relaciones ².

Abordando el problema desde ambos flancos de actuación se ofrece la posibilidad de una verdadera integración social de las personas con esquizofrenia en la comunidad a la que pertenecen ².

2.2. Síntomas y el diagnóstico de la esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental que interfiere con la capacidad para reconocer lo que es real, controlar las emociones, pensar con claridad, emitir juicios y comunicarse. La Clasificación Internacional de las Enfermedades ofrece la siguiente descripción de la esquizofrenia en el capítulo sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico ².

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de estas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos ².

El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede ².

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vívidos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo ².

En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico, oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está robando sus pensamientos ².

Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos. El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual, o insidioso, con un desarrollo gradual de ideas y conductas extrañas. La evolución del trastorno se caracteriza, igualmente, por una gran variabilidad, y no es inevitablemente crónico y deteriorante. Un porcentaje de casos, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres ².

2.2.1. Síntomas iniciales

Normalmente, la esquizofrenia se reconoce por primera vez por un cambio en el funcionamiento social y personal para el que no existe explicación. El periodo anterior al comienzo de los síntomas activos se denomina periodo prodrómico y puede durar años. En tres cuartas partes de los casos, aparecen síntomas inespecíficos y negativos antes del primer síntoma positivo ².

Estos síntomas iniciales suelen acompañarse de deterioro funcional. En regiones con un sistema de salud mental bien desarrollado, el deterioro de la actividad social se observa más de dos años antes del primer ingreso en el hospital y a menudo se manifiesta en un nivel máximo al comienzo del tratamiento ³.

Los signos iniciales pueden incluir también alteraciones del comportamiento, como ansiedad generalizada, depresión leve transitoria, pérdida de interés o abandono del trabajo

y de las actividades sociales que antes eran importantes, suspicacia y un cambio profundo y visible en los hábitos y valores personales como el aseo, la higiene, el cuidado de la vestimenta o la puntualidad. El enfermo puede actuar o vestirse de forma extraña o extravagante. Normalmente, las explicaciones para estos cambios y comportamientos son simbólicas, metafóricas o extrañas ³.

2.2.1.1. Síntomas positivos

Las ideas delirantes son falsas creencias de las que la persona está firmemente convencida a pesar de la ausencia de pruebas concretas. Este tipo de convicciones deben distinguirse de las creencias culturales específicas de un grupo o de toda una sociedad. Las personas que experimentan delirios pueden creer que son perseguidas, que tienen poderes o talentos especiales o que sus pensamientos o acciones están bajo el control de una fuerza externa. En ocasiones, los delirios tienen un carácter fantástico o extraño (ej.: ser capaz de controlar el tiempo o de mantener comunicación con seres de otro mundo). Quienes padecen delirios pueden sentir gran temor a que se les vaya a hacer daño y actuar por este motivo de forma inhabitual ³.

Las alucinaciones son senso-percepciones sensoriales imaginarias. Los tipos de alucinaciones más habituales en la esquizofrenia son las auditivas, en forma de voces imaginarias. Algunas veces, los enfermos mantienen conversaciones con ellas. Las voces pueden dar órdenes o comentar el carácter y las acciones de la persona con esquizofrenia. Otras alucinaciones menos frecuentes consisten en ver, sentir, saborear u oler cosas que no existen y que son percibidas como reales por quien las padece. Se pueden incluso percibir colores y formas normales de manera distorsionada y sentir que poseen un significado personal imperioso ³.

Los enfermos que sufren trastornos del pensamiento tienen una forma de pensar confundida que se revela en el contenido y en la forma de lo que dicen. La conversación puede resultar difícil de seguir, porque salta de un tema a otro con poca o ninguna conexión lógica. También se producen interrupciones en el hilo del pensamiento (bloqueo de pensamiento). La sintaxis se vuelve extraña, de forma que sólo parece tener sentido para quien habla. En algunos casos, los pacientes creen que sus pensamientos están siendo difundidos o robados o controlados o inducidos por agentes externos (ej.: un extraño, un demonio). Estos

fenómenos reciben el nombre de eco, difusión, inserción o robo del pensamiento. En los casos más graves, el lenguaje puede ser tan confuso e inconexo que resulta imposible entenderlo ³.

Comportamiento extraño, algunas personas con esquizofrenia se comportan de forma extraña o transgreden normas y costumbres sociales (p.ej. se desnudan en público). Pueden hacer gestos raros y muecas o adoptar expresiones faciales incongruentes y posturas extrañas sin razón aparente. Los síntomas positivos se reconocen con relativa facilidad, porque obviamente difieren de lo normal. Sin embargo, las ideas delirantes y las alucinaciones no justifican necesariamente, el diagnóstico de esquizofrenia. Estos mismos síntomas pueden darse en personas que abusan del alcohol o las drogas o que sufren depresión grave, manía, daño cerebral u otras enfermedades ³.

Como los síntomas positivos graves dificultan en gran medida el funcionamiento social del individuo, suelen tener como resultado la hospitalización en un centro psiquiátrico. Afortunadamente, los antipsicóticos pueden eliminar o reducir la intensidad de los síntomas positivos y disminuir las posibilidades de sufrir recaídas, aunque la persona todavía se vea afectada por los síntomas negativos. Una recaída puede venir provocada por un acontecimiento estresante, por unas relaciones conflictivas prolongadas, o por la interrupción o reducción de la dosis de los medicamentos. De todas formas, también se producen recaídas sin un factor desencadenante evidente, aun cuando el paciente tome una dosis que hasta ese momento era adecuada ³.

2.2.1.2. Síntomas negativos

Embotamiento afectivo: las personas con esquizofrenia suelen presentar un estado emocional aplanado, de forma que no responden a lo que pasa a su alrededor. Pueden ser incapaces de reflejar cambios en la expresión facial, los gestos o el tono de la voz, que expresan sus emociones y de no responder a acontecimientos felices o tristes, o bien reaccionar de forma inadecuada. En algunos tipos de esquizofrenia, especialmente la hebefrénica o de tipo desorganizado, destacan entre los síntomas principales las acciones y emociones muy inadecuadas e incongruentes. La persona afectada puede parecer mal encaminada, sin objetivos, alegremente inoportuna y a menudo impulsiva. Toda la personalidad de los que padecen una esquizofrenia parece cambiar con respecto a lo que era antes ⁴.

Pérdida de vitalidad: la esquizofrenia reduce la motivación de las personas y disminuye su capacidad de trabajar o de participar en diversiones. Parecen interesarse poco por actividades cotidianas como lavar o cocinar y, en casos extremos, descuidan su higiene personal y la propia alimentación. Pueden aparecer indecisión, negativismo y pasividad, mezclados con impulsos súbitos. En casos extremos, el sujeto puede retraerse, agitarse o manifestar estupor sin razón aparente ⁴.

Retraimiento social: las personas con esquizofrenia tienen dificultades para hacer y mantener amigos o conocidos; las relaciones íntimas son escasas o inexistentes y el trato con los demás tiende a ser breve y superficial. En casos extremos, se evita de forma activa toda relación social ⁴.

Pobreza de pensamiento: algunas personas con esquizofrenia muestran una notable reducción de la cantidad y el contenido de su pensamiento. Rara vez hablan con espontaneidad y contestan a las preguntas con respuestas cortas sin ningún detalle. En los casos más graves, el discurso se limita a frases cortas como “sí”, “no”, “no sé”. Otras personas con esquizofrenia hablan libremente, con un lenguaje comprensible, pero sin transmitir contenido alguno. Contestan las preguntas de forma indirecta, sin ir al grano. En su expresión verbal reflejan asociaciones imprecisas o sin relación entre las ideas, así como cortes incomprensibles y saltos en el hilo del pensamiento. A diferencia de los síntomas positivos, los negativos constituyen déficits más sutiles del funcionamiento y no suelen reconocerse como síntomas de la enfermedad. En ocasiones, los familiares u otras personas los interpretan erróneamente como signos de pereza. Por ejemplo, si la persona no está motivada o se despreocupa de su aspecto, se puede pensar que lo hace intencionadamente para molestar o fastidiar a la familia ⁴.

Los síntomas negativos también pueden deberse a una depresión (que puede manifestarse a la vez que la esquizofrenia) o constituir la respuesta a un ambiente poco estimulante (como una estancia prolongada en el hospital) o presentarse realmente como efectos secundarios de algunos antipsicóticos. Suele ser difícil determinar si los síntomas negativos forman parte de la propia esquizofrenia o son el resultado de este otro tipo de problemas ⁴.

La capacidad de la persona para trabajar, relacionarse con los demás y cuidar de sí misma durante la remisión depende en gran parte de la gravedad de los síntomas negativos residuales. La mayoría de las personas con esquizofrenia sólo tiene algunos síntomas positivos y negativos en un momento determinado. Normalmente, el tipo y la intensidad de los síntomas varían sobremanera en el transcurso de la esquizofrenia y de una persona a otra. Algunos pacientes no experimentan nunca alucinaciones, otros no padecen delirios y los hay que no tienen síntomas negativos mientras que otros los sufren en todo momento⁴.

2.3. ¿Cuáles son las causas de la esquizofrenia?

Aunque no se conocen las causas exactas de la esquizofrenia, parece que diversos factores aumentan el riesgo de padecer la enfermedad. Estos factores interactúan e influyen en el desarrollo y la evolución del trastorno de forma que la importancia de unos y otros varía en función de las diferentes etapas del desarrollo del individuo. Una serie de factores genéticos y complicaciones en el embarazo y el parto pueden influir en la predisposición del recién nacido a padecer la enfermedad ⁴.

El momento de la vida en que se inicia la enfermedad depende del grado de vulnerabilidad de la persona y de su exposición a diferentes tipos de estrés. Los factores de estrés desencadenantes pueden tener una naturaleza biológica (p. ej., abuso de drogas alucinógenas) o social (p. ej., pérdida de un familiar). Estos y otros factores y condicionantes también afectan a la evolución y el pronóstico de la enfermedad ⁴.

2.3.1. ¿Es hereditaria la esquizofrenia?

Los familiares de personas con esquizofrenia tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. El riesgo es progresivamente mayor en los familiares genéticamente más parecidos a los que padecen esquizofrenia. Partiendo de la información de unos 40 estudios europeos realizados entre 1920 y 1987, el genetista Irving Gottesman hizo una comparación del riesgo medio de padecer esquizofrenia que presentaban a lo largo de su vida personas con diferentes grados de parentesco con el enfermo⁴.

Estudios realizados con sujetos adoptados en su infancia indican que el riesgo de padecer esquizofrenia aumenta en los familiares de los casos identificados y que se debe más a

razones de herencia que ambientales. En los hijos de enfermos con esquizofrenia se observa un aumento de prevalencia similar, tanto si han sido criados por sus padres biológicos como por sus padres adoptivos. Asimismo, los antecedentes familiares de sujetos con esquizofrenia que han sido criados por padres adoptivos revelan un incremento de la prevalencia entre los parientes biológicos, pero no en las personas relacionadas con el paciente como consecuencia de la adopción ⁴.

Aunque los factores genéticos parecen ser importantes para el desarrollo de la esquizofrenia, no explican por sí solos su modo de presentación. Si las causas de la esquizofrenia fuesen enteramente genéticas, aun en el caso de que se necesitase un número de genes anormales actuando conjuntamente para provocar el trastorno, los gemelos idénticos deberían compartir el mismo riesgo, de forma que si uno enfermase el otro también debería hacerlo. Sin embargo, en la mayoría de los estudios realizados con gemelos idénticos en los que uno estaba enfermo, es raro encontrar afectación en más de la mitad del resto de los miembros (un riesgo no mayor del 50% con material genético idéntico)⁵.

Estos datos sugieren que en el riesgo de padecer esquizofrenia participan también factores no genéticos. En el caso de gemelos no idénticos, la frecuencia con la que el segundo gemelo se ve afectado es considerablemente más baja que en el caso de gemelos idénticos (17%). Los gemelos no idénticos comparten un entorno común (el mismo ambiente familiar), pero, como término medio, sólo comparten la mitad de los genes; en cambio, los gemelos idénticos comparten el mismo ambiente familiar y todos sus genes. La comparación entre ambos tipos de gemelos demuestra que es probable que la preponderancia del riesgo de esquizofrenia se determine genéticamente, aunque también se vean involucrados otro tipo de factores ⁵.

No se trata, por tanto, de una simple enfermedad hereditaria con el tipo de segregación mendeliana que implica a un solo gen, sino más bien de lo que se denomina enfermedad genética compleja. Varios estudios han tratado de identificar los genes que pueden asociarse con la vulnerabilidad a padecer esquizofrenia, pero todavía no se ha obtenido una respuesta definitiva ⁵.

Los estudios en gemelos y los estudios epidemiológicos de familias han demostrado que no sólo la esquizofrenia sino también las psicosis atípicas y los trastornos de espectro nopsicótico pertenecen al mismo genotipo. Estudios recientes de asociación y ligamiento (*linkage*) molecular han descubierto una serie de presuntas localizaciones de genes que están asociadas con una mínima proporción de riesgo. Sin embargo, todavía no se ha encontrado el locus del gen fundamental. Las regiones que cuentan con más probabilidades de contener por lo menos un gen de predisposición han sido detectadas mediante análisis de ligamiento en los cromosomas 5, 6, 8 y 22., al menos en dos muestras familiares independientes. Sin embargo, en ninguno de los casos se ha detectado aún la mutación causante ⁶.

2.3.2. Alteraciones neuroquímicas

La hipótesis de que en la esquizofrenia intervienen alteraciones neuroquímicas no es nueva. Sin embargo, sólo aparecieron pruebas empíricas cuando se demostró que el mecanismo de acción de los antipsicóticos estaba relacionado con el metabolismo de las catecolaminas en el cerebro y, más específicamente, con el efecto bloqueador de estos medicamentos en los receptores postsinápticos de las catecolaminas. Investigaciones posteriores indican que la eficacia clínica de los antipsicóticos reside en su capacidad de bloquear los receptores D2 de la dopamina. La dopamina aumenta la sensibilidad de las células cerebrales a los estímulos. Normalmente, esto es útil para aumentar la toma de conciencia de la persona en momentos de estrés y de peligro. Pero para una persona con esquizofrenia la suma del efecto de la dopamina a un estado cerebral ya hiperactivo puede inducir una psicosis ^{7,8,9,10}.

Otros datos en favor de la participación de la hiperactivación dopaminérgica en la esquizofrenia proceden de la observación de la anfetamina, un fármaco que aumenta los efectos de la dopamina empeora y puede provocar síntomas parecidos a los de la esquizofrenia ¹¹.

El incremento de la actividad dopaminérgica en el sistema nervioso central se produce a través de dos mecanismos:

- a. Mayor disponibilidad de dopamina en la sinapsis y

- b. Hipersensibilidad de los receptores postsinápticos. Ambos mecanismos han sido investigados ampliamente en la esquizofrenia, pero aún faltan pruebas concluyentes a favor de cualquiera de los dos ¹¹.

Estudios del *turn-over* (recambio) de dopamina en determinados líquidos del organismo de los pacientes, así como una determinación directa de los niveles de dopamina en el tejido cerebral post-mortem, han obtenido resultados contradictorios ¹².

Recientemente, se han aplicado técnicas de neuroimagen como la PET para analizar la densidad de receptores dopaminérgicos en el cerebro. Así se han demostrado con claridad el efecto bloqueador de los receptores dopaminérgicos por los antipsicóticos clásicos, pero los hallazgos relacionados con la densidad de receptores de dopamina al comparar pacientes no tratados con controles varían considerablemente de un investigador a otro. Utilizando técnicas de biología molecular, se ha demostrado un aumento de la densidad y sensibilidad de receptores dopaminérgicos en el tejido cerebral post-mortem de pacientes con esquizofrenia no tratados ^{13,14,15,17,18}.

Cuando se introdujeron los antipsicóticos atípicos (clozapina, y luego risperidona, olanzapina y otros), los investigadores empezaron a poner en duda la hipótesis de que el efecto bloqueador D2 de los antipsicóticos era el factor más importante en su acción antipsicótica. Se ha verificado que el mecanismo de acción de los antipsicóticos atípicos implica una gran afinidad por varios receptores, además de los dopaminérgicos D2, entre los que se incluyen los receptores de la serotonina. Así pues, descubrimientos recientes sugieren que otros muchos receptores, como D1, D 3, D 4, 5-HT2 y NMDA, también intervienen en la patogenia de la esquizofrenia ^{13,14,15,16,17,18}.

2.4. Epidemiología de la esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta millones de personas en todo el mundo. De acuerdo con una revisión de un centenar de investigaciones epidemiológicas este trastorno acontece en todas las poblaciones con una prevalencia anual en un rango de 0,2 a 2% y una incidencia anual aproximadamente 1 por 1000. Según estudio realizado en Guatemala en el año 1999 la prevalencia de pacientes esquizofrénicos se encuentra en 2,8% en hombres y 2,6% mujeres ^{19,20,21}.

2.4.1. Repercusión en la salud pública

La esquizofrenia es un problema grave de salud pública. Las personas que la padecen una discapacidad importante que les provoca angustia, reduce sus rendimientos y disminuye su calidad de vida. La esquizofrenia también implica una sobrecarga emocional y a veces económica para los familiares de los enfermos. El coste para la sociedad, tanto en términos de gasto médico directo como de costes indirectos asociados a la productividad perdida, también resulta significativo. Todos estos problemas se mezclan con la estigmatización y la discriminación asociados a la enfermedad, que a menudo obstaculizan la prestación de un tratamiento eficaz y la reintegración en la sociedad ^{19,20,21}.

2.4.1.1. Incidencia y prevalencia

La presencia de la esquizofrenia suele ocultarse por los sentimientos de vergüenza y estigmatización que provoca. Por eso, muchas personas que padecen la enfermedad no están diagnosticadas ni son tratadas, especialmente al comienzo del trastorno ^{20,21}.

La incidencia hace referencia al número de personas que enferman de una afección específica durante un periodo de tiempo determinado (ej., el número de individuos diagnosticados por primera vez de esquizofrenia en países en vías de desarrollo). Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) descubrió una variación mínima en la incidencia de la enfermedad en países de todo el mundo, con tasas muy similares tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Al aplicar una definición precisa de esquizofrenia, se observó que la incidencia oscilaba entre el 7 y el 14 por 100.000 en los lugares investigados. Cuando se empleaba una definición menos precisa la incidencia aumentaba considerablemente. Al incluir otros procesos psicóticos relacionados con la esquizofrenia, la incidencia era aún mayor, variando de forma significativa entre los distintos países ²¹.

La prevalencia, por su parte, se refiere al número de individuos con una enfermedad existente en una población concreta en un periodo de tiempo específico (p. ej., el número de sujetos diagnosticados actualmente de esquizofrenia en la población norteamericana). A diferencia de lo que ocurre con la incidencia, la prevalencia de la esquizofrenia varía sustancialmente en todo el mundo, con cifras invariablemente inferiores en las poblaciones de países en vías de desarrollo que en las de países desarrollados ^{19,20,21}.

La prevalencia anual de esquizofrenia corregida por la edad alcanza una media de 34 por 1.000 en los países en vías de desarrollo (intervalo ds: 0,9-8,0, 2,09) comparada con un promedio de prevalencia en Europa y Norteamérica de 6,3 por 1.000. Esta diferencia se debe probablemente a la dificultad de identificar a las personas con esquizofrenia, en las mayores tasas de mortalidad y las mayores tasas de recuperación en los países en vías de desarrollo. Incluso en los países con baja prevalencia, la esquizofrenia es con frecuencia un problema importante de salud pública debido a su gravedad, carácter crónico y discapacidad que causa ^{19,20,21}.

2.4.2. Discapacidad y sufrimiento causados por la esquizofrenia

La discriminación debida a la esquizofrenia aumenta el sufrimiento de la persona que padece la enfermedad. Sus allegados también sufren, porque se ven marcados por la estigmatización asociada al trastorno. La esquizofrenia es una fuente de perturbación y sufrimiento para el paciente y sus familiares. La discriminación y la estigmatización que afectan no sólo al enfermo sino también a quienes le rodean, aumenta sustancialmente el sufrimiento asociado con la enfermedad ²¹.

Los síntomas y la estigmatización del trastorno constituyen un obstáculo para que los pacientes logren sus objetivos vitales y formen parte de la comunidad. Según la Organización Mundial de la Salud, la esquizofrenia se encuentra entre las diez enfermedades más discapacitantes ²¹.

La esquizofrenia también es costosa para la sociedad, tanto en términos de aumento del gasto médico como de pérdida de productividad. Se calcula que, en 1991, la esquizofrenia costó en los Estados Unidos 19.000 millones de dólares en gastos directos y 46.000 millones en pérdida de productividad, es decir, en total 65.000 millones de dólares, lo que

pone de manifiesto la carga económica que implica la enfermedad, que además destruye la vida de millones de personas y de sus familiares ²².

2.5. Rehabilitación social

2.5.1. Mejoría de la calidad de vida

Un objetivo esencial de los programas de salud mental es asegurar que los pacientes reciban un tratamiento adecuado y que se reduzcan la discapacidad y las minusvalías sociales de los mismo ²³.

La rehabilitación de los individuos con esquizofrenia persigue dos objetivos principales: 1) mejorar el funcionamiento social y 2) reducir las minusvalías, la estigmatización y las discapacidades sociales. Aunque no todos los pacientes necesitan estos servicios, son importantes para los que padecen discapacidad o deterioro persistentes ²⁴.

En los últimos años, se han producido cambios en las estrategias de rehabilitación en los pacientes psiquiátricos. Así como, en el pasado, el énfasis recaía en la reincorporación del paciente a la vida laboral, actualmente se piensa que existen otras muchas metas igualmente importantes en el proceso de rehabilitación. También se ha reconocido que no es realista intentar reintegrar a muchas de las personas con esquizofrenia a la situación que tenían antes de enfermar, ya que, debido a que la enfermedad suele empezar a una edad temprana, el individuo puede no haber tenido la oportunidad de alcanzar la situación deseada. Por esta razón, el objetivo primordial de muchos programas consiste en intentar mejorar la calidad de vida del paciente, durante y después de la enfermedad y, para ello, se han cambiado los tipos de intervención, los ámbitos de actuación y otras características del tratamiento de la enfermedad ²⁴.

Las intervenciones psicosociales eficaces en la rehabilitación de personas con esquizofrenia son, entre otras, la terapia de grupo, los grupos de ayuda entre pacientes, el apoyo de la comunidad y los programas de acogida, la gestión de casos y el refuerzo social²⁴.

La psicoterapia de grupo tiene gran utilidad una vez estabilizados los síntomas agudos de la enfermedad. Esta terapéutica ayuda a los miembros del grupo a crear un ambiente sustentado en la realidad y que anime a cada participante a relacionarse con los demás. Los grupos de ayuda entre pacientes también ofrecen una oportunidad de interacción social y apoyo emocional y ofrecen la oportunidad al paciente de aprender estrategias de afrontamiento que han dado resultado en otros casos²⁴.

Los objetivos de los programas de acogida y de apoyo comunitario consisten en reducir los porcentajes de nuevos ingresos en centros psiquiátricos y mejorar la capacidad del paciente para vivir de forma independiente. Los sistemas de apoyo social tratan de ayudar a controlar los diferentes problemas a los que han de hacer frente las personas con esquizofrenia y sus familiares; como el control de los síntomas, asegurar la continuidad del tratamiento, evitar las recaídas, reducir la estigmatización social y el aislamiento y obtener los recursos económicos necesarios²⁵.

Estos programas implican tanto a los profesionales de la salud mental como a diversos recursos con los que cuenta la sociedad para ayudar al paciente y a sus familiares a enfrentarse a los problemas provocados por el trastorno, procurando mejorar la calidad de vida de la persona afectada. Estos programas suelen consistir en el desarrollo de un sistema de apoyo comunitario y un programa de gestión de casos²⁵.

La gestión de casos garantiza que los pacientes reciban la ayuda y los servicios necesarios para llevar una vida lo más completa posible dentro de la sociedad. Los gestores de casos pueden coordinar la prestación de servicios suministrados por otras personas o dirigirlos ellos mismos. En este último caso, pueden gestionar temas de vivienda, solicitar ayuda económica, administrar el dinero del enfermo, modificar el uso de los medicamentos y mantener las citas con los médicos. La gestión de casos, en el complejo sistema de servicios sociales puede resultar especialmente importante a la hora de garantizar la continuidad del tratamiento y de coordinar los servicios^{25,26,27}.

III. OBJETIVOS

3.1. General

Evaluación de las Habilidades de la Vida Cotidiana y la Calidad de Vida percibida, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia; atendidos en la consulta externa del Hospital de Salud Mental “Dr. CARLOS FEDERICO MORA”.

3.2. Específicos

- 3.2.1. Identificar las habilidades de la vida cotidiana y la calidad de vida percibida por los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
- 3.2.2. Obtener información del área o las áreas donde presentan más problemas los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia estas áreas son el autocuidado, comportamiento social interpersonal, comunicación-contacto social, comportamiento social no personal y vida cotidiana.
- 3.2.3. Evaluar la percepción que tiene los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia los aspectos de Satisfacción con la Vida Diaria según su hogar, vivienda, salud, amigos, ocio, etc.
- 3.2.4. Conocer la edad de inicio de la enfermedad, el número de ingresos hospitalarios, número de recambio de antipsicóticos y el tratamiento de antipsicótico actual.
- 3.2.5. Clasificar a los pacientes según edad, genero, escolaridad, estado civil, oficio y procedencia.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal

4.2. Población

Para la relación de este estudio la población fue conformada por los pacientes que asintieron a las clínicas de esquizofrenia de la consulta externa del Hospital de Salud Mental “Dr. Carlos Federico Mora”. La muestra se determinó según la base de datos que cuenta el departamento de estadística de dicho hospital. Se incluyó a todos los pacientes que asistieron a la clínica, en el periodo comprendido de enero 2016 y diciembre 2017, con un total de población de 1,380 pacientes.

4.3. Selección y tamaño de muestra

La selección de la muestra se realizó de forma aleatoria entre todos los pacientes que asistieron a consulta externa del Hospital de Salud Mental “Dr. Carlos Federico Mora”, la cantidad de muestras se determinó a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{e^2 + Z^2 * p * q}$$

- a. n (tamaño de la muestra)
- b. Z (nivel de confianza deseado - 90.00%) = 1.65
- c. p (proporción de la población con la característica deseada - éxito) = 50.00%
- d. q (proporción de la población sin la característica deseada – fracaso) = 50.00%
- e. e (nivel de error dispuesto a cometer) = 10.00%
- f. N (tamaño de la población) = 1380.00

$$n = \frac{1.65^2 * 0.5 * 0.5 * 1380}{1380 * 0.1^2 + 1.65^2 * 0.5 * 0.5} = 64.86$$

n = 65 pacientes

4.4. Unidad de análisis

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia

4.5. Criterios de Inclusión y de Exclusión

Los sujetos incluidos fueron aquellos pacientes y familiares que aceptaron participar en estudio mediante un consentimiento informado. También que cumpla los Criterios inclusión

- a. Pacientes mayores de 18 años y menor de 60 años edad.
- b. Diagnósticos de esquizofrenia establecido por un médico psiquiatra, según los criterios del DSM-5.

Criterios de exclusión:

- a. Pacientes que consulten sin familiares o acompañante.
- b. Familiares que lleguen a cita sin los pacientes.
- c. Pacientes con diagnóstico sugestivo a esquizofrenia o psicosis a estudio.
- d. Pacientes descompensados.
- e. Todos aquellos pacientes que al ser evaluados comenten que durante el tiempo de 3 meses hayan tenido un cuadro psicótico que se vio a la necesidad de internamiento.

4.6. Variables Estudiadas

- a. Esquizofrenia
- b. Edad
- c. Genero
- d. Estado civil
- e. Procedencia oficio
- f. Escolaridad
- g. Uso de antipsicóticos
- h. Calidad de vida
- i. Habilidades de la Vida Cotidiana

4.7. Operacionalización de variables

Tabla 1: operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Esquizofrenia	El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma	Expediente que cumpla criterios de DSM V por psiquiatra	cuantitativo	De razón	Historia clínica psiquiátrica
Edad	Tiempo en que ha vivido una persona	Número de años cumplidos en los siguientes rangos mayor o igual a 18 años y menor o igual a 60 años	cuantitativa	De razón	Historia clínica
Genero	Grupo al que pertenece los seres humanos de cada sexo	Masculino / femenino	cuantitativo	nominal	Historia clínica
Procedencia	Persona de que proceda de algún lugar	24 departamentos de Guatemala	cuantitativo	nominal	Historia clínica
Estado civil	Situación Particular de las personas en relación con la institución del matrimonio	Situación en la que convive una persona en la sociedad en relación con su pareja: soltero, casado, unido, divorciado	cuantitativo	nominal	Historia clínica
Oficio	Ocupación habitual, trabajo u profesión a cargo.	Empleado/ desempleado	cuantitativo	nominal	Historias clínicas
Escolaridad	Tiempo que dura un estudiante en un establecimiento docente	Analfabeta, primaria, básico, diversificado y universitario	cuantitativo	nominal	Historia clínica
Uso de antipsicóticos	Antipsicóticos de primera y segunda generación	Uso de medicamento	cuantitativo	nominal	Historia clínica

Calidad de vida	Bienestar físico, material, social y emocional de un sujeto	Puntuación en la escala SLDS	en Media según el ordinal valor de caras	SLDS
Habilidades de la vida cotidiana	Destrezas para la realización de tareas, cuidado personal hogar actividades sociales y comunicación	Puntuación en escala LSP	De razón	LSP

Mayor punteo mayor funcionalidad a menor punteo menor funcionalidad

Fuente: elaboración propia.

4.8. Instrumentos utilizados para la recolección de información

Escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana -LIFE SKILL PROFILE “LSP”- Personas con trastorno psiquiátrico. Se trata de una escala hetero-administrada para personas con enfermedades mentales crónicas, que no se encuentran en un momento de crisis. Debe tenerse en cuenta los tres meses pasados de forma global. Cada ítem responde a una escala tipo Likert de mayor (4 puntos) a menor funcionalidad (1 punto).

El LSP se compone de cinco subescalas. Una puntuación alta en cada escala o para el total del LSP indicaría un nivel de funcionamiento alto. Las puntuaciones de las subescalas vienen de la suma de las puntuaciones de los ítems de la siguiente forma:

- a. Autocuidado: 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 27 y 30. (A).
- b. Comportamiento social interpersonal: 2, 5, 6, 9, 11, 25, 29, 34, 36 y 37. (CSI).
- c. Comunicación-contacto social: 1, 3, 4, 7, 8 y 39. (C).
- d. Comportamiento social no personal: 28, 31, 32, 33, 35 y 38. (CSNP).
- e. Vida autónoma: 15, 20, 21, 22, 23, 24 y 26. (VA).

Escala de Satisfacción con Áreas de la Vida (SLDS) (Nombre original: Satisfaction with life Domains Scale (SLDS)) Tipo de instrumento: escala administrada por el clínico está diseñada para evaluar la satisfacción subjetiva con la vida en cuatro áreas: seguridad, pertenencia, estimulación y realización. Población: adultos. Número de ítems: 15 Descripción: La persona debe evaluar su satisfacción actual en diversos aspectos de su vida que se recogen a lo largo de los 15 ítems. Para su puntuación se emplea una escala analógica visual de 7 puntos con caras que varían desde la máxima satisfacción (sonrisa amplia) a la máxima insatisfacción (ceño fruncido). Fiabilidad: Consistencia interna de 0.84.

Correlación ítem-total de 0.47. Validez: Muestra relación con otras medidas como nivel de afecto positivo y disponibilidad y adecuación del apoyo social. Muestra sensibilidad al cambio terapéutico. APLICACIÓN Tiempo de administración: 10-15 minutos

Normas de aplicación: Para cada ítem, el paciente debe señalar una de las caras de la escala analógica visual, que indique la expresión que mejor refleje su satisfacción actual con cada área de su vida. Corrección e interpretación: La suma de las puntuaciones de los ítems proporciona una puntuación global de satisfacción con la vida, indicando los valores altos mayor satisfacción. Momento de aplicación: evaluación pretratamiento, evaluación durante el tratamiento, evaluación post-tratamiento.

4.9. Procedimiento para la recolección de información

La administración de los instrumentos de edición se llevó a cabo en la consulta externa del Hospital de Salud Mental “DR. CARLOS FEDERICO MORA”, en un periodo comprendido entre mayo 2018 a agosto 2018, en cada caso, se procedió a dar una breve y clara explicación al sujeto firmo un consentimiento informado y se procedió a completar las escalas de medición en la privacidad e la clínica. Los instrumentos fueron heteroaplicados por un médico o estudiante de medicina, instruidos en su adecuada administración.

4.10. Procedimiento para garantizar aspectos éticos de la investigación

Durante la realización de esta Investigación, se cumplieron los 3 principios éticos básicos que son: respeto por las personas, beneficencia y justicia. Se solicitó consentimiento informado dado que es un procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto a estudio ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, comprendiendo así la información que se le brindó acerca de los objetivos del estudio.

Respeto por las personas, ya que al brindarles el consentimiento informado a los pacientes y a los familiares fueron capaces de considerar su decisión de participar en el estudio y proporcionar información.

Beneficencia, al utilizar los datos obtenidos durante el estudio para mejorar la vida social, aumentar apoyo familiar y social en el área laboral, de vivienda y en las relaciones sociales con el fin de mejorar la calidad de vida y al mismo tiempo proteger su identidad.

Justicia, al incluir a los pacientes que desearon participar en esta investigación y proteger los derechos y el bienestar de estos

4.11. Procedimientos de análisis de la información

Para el análisis de datos se utilizaron los métodos de moda y mediana, para poder determinar las percepciones más comunes (moda) de los pacientes y familiares y la más representativa (mediana) para la población y evaluar a todo el universo de la población de manera conjunta.

También se utilizaron gráficas de barras y pasteles para poder representar los resultados de una manera ordenada y fácil de poder identificar y leer; esto nos permite evaluar cada ítem o aspecto del método de análisis de forma específica, fácil y numérica.

V. RESULTADOS

La muestra consistió de 65 pacientes las cuales cumplieron con los criterios de inclusión, las características generales de las pacientes que participaron en el estudio se pueden ver las siguientes tablas. La población estudiada con respecto a la edad comprende un mayor porcentaje entre los rangos de 21 -25 años (17%) y 26 -30 años (17%)

Tabla No.2: Edad de los pacientes entrevistados en la consulta externa con diagnóstico de esquizofrenia (n=65)

Edad	Número de pacientes	Porcentaje
18-20	3	5%
21-25	11	17%
26-30	11	17%
31-35	10	15%
36-40	9	14%
41-45	5	8%
46-50	9	14%
51-55	2	3%
56-60	5	8%

Todos los sujetos estudiados fueron de ambos sexos, pero prevaleció sexo masculino con (74%). El estado civil de los 65 pacientes encuestadas; 60 (92%) pacientes estaban solteros. Según su escolaridad 28 (43%) pacientes no estudiaron, seguidos por 21 (32%) pacientes de ellos que solo cursaron primaria. Según la ocupación actual de los pacientes, 22 de ellos son agricultores con un (34 %) y solo 21 pacientes se dedican a los oficios en casa (32%).

Tabla No. 3. Datos demográficos de los pacientes entrevistados (n=65).

Genero		Porcentaje
Femenino	17	26%
Masculino	48	74%
Estado civil		
Casado	5	8%
Soltero	60	92%
Escolaridad		
No estudio	28	43%
Primaria	21	32%

Básico	9	14%
Diversificado	5	8%
Universidad	2	3%
Ocupación		
Oficios domésticos	21	32%
Albañil	2	3%
Agricultor	22	34%
Ninguno	20	31%

Según la procedencia de los pacientes entrevistados en la consulta externa del hospital de salud mental se encuentran los departamentos Alta Verapaz (14%), Quiché (14%) y Ciudad capital (12%)

Tabla No 4. Datos según la procedencia de los pacientes (n=65)

Departamento	Número de pacientes	Porcentaje
Alta Verapaz	9	14%
Baja Verapaz	6	9%
Chimaltenango	4	6%
Huehuetenango	6	9%
Petén	3	5%
Quiché	9	14%
San Marcos	3	5%
Sololá	3	5%
Totonicapán	2	3%
Suchitepéquez	2	3%
Retalhuleu	5	8%
Sacatepéquez	3	5%
Guatemala	8	12%
Escuintla	2	3%

Para determinar la funcionalidad de los pacientes con diagnósticos de esquizofrenia se le realizó un cuestionario dirigido a los familiares de nuestra n=65 el cual presentó una mediana de 53.21% de funcionalidad del total de los pacientes según las respuestas de los familiares. Para evaluar la calidad de vida de los pacientes se utilizó el cuestionario de Calidad de vida percibida SLDS en donde muestra una mediana de 5 que determina la satisfacción percibida de los 65 pacientes se encuentran como “BIEN”.

Tabla No.5. Evaluación de las habilidades de vida cotidiana y la calidad de vida percibida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia n=65

Cuestionarios	moda	mediana
Perfil de habilidades de la vida cotidiana LSP	56.41%	53.21%
Calidad de vida percibida SLDS	7	5

Los resultados de la tabla No.6 Las áreas que evaluadas según el cuestionario LPS, se obtuvo una deficiencia en el comportamiento social interpersonal (20pts), comportamiento social no personal (13pts) y vida cotidiana (13pts), aunque se puede observar déficit en todas las áreas en habilidades de la vida según respuestas de los familiares. La funcionalidad promedio de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia es de 52.71%

Tabla No.6: áreas que presentaron dificultad según el cuestionario habilidades de la vida cotidiana LSP n=65

Subescalas		Puntos
autocuidado	40	22
comportamiento social interpersonal	36	20
comunicación-contacto social	24	14
comportamiento social no personal	28	13
Vida cotidiana	28	13
Total	156 puntos	82 puntos pacientes
Porcentaje de funcionalidad		52.71%

El grado de satisfacción percibida para evaluar la calidad de vida de tienen los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según ciertas áreas según la seguridad, pertenecía, estimulación y realización, que se evaluó mediante el cuestionario escala de satisfacción con aéreas de vida SLDS dio como resultado una mediana 5 que es equivalente a se siente “BIEN”.

Tabla No. 7: grado de percepción respecto a las áreas que evalúa el cuestionario de Calidad de vida percibida SLDS n=65

Áreas de satisfacción percibida	Moda	Mediana
su casa / piso/ lugar de residencia	7	5
En su barrio como lugar para vivir	7	5
A la comida	7	
Con la ropa que lleva	7	5
Respecto a su salud	7	5
A las personas con las que vive	7	5
A sus amigos / as	7	5
Relación con su familia	7	5
Como se lleca con otras personas	7	5
Trabajo/ actividad diaria	7	5
Como emplea su tiempo	7	5
Actividades de entorno para diversión	7	5
Servicios prestados hospitalarios	7	6
Situación económica	7	6
Lugar donde vive en comparación con el hospital	7	5

La mayoría de pacientes entrevistados debutaron entre las edades de 12 a 15 años (42%) seguido entre las edades de 20 a 23 años (22%). Que es entre la adolescencia y adulto joven y solo se observa un 3% entre las edades de 28 a 31 años.

Tabla No. 8: edad de los pacientes que debutaron con su primer cuadro psicótico.

Edad	Numero de pacientes	Porcentaje
12 – 15 años de edad	27	42%
16-19 años de edad	12	18%
20-23 años de edad	14	22%
24-27 años de edad	10	15%
28-31 años de edad	2	3%

Los 65 pacientes entrevistados, 46 (71%) pacientes de ellos han tenido entre 0 a 1 ingreso hospitalario desde el tiempo que debutaron su primer cuadro psicótico y solo 2 (3%) pacientes han tenido más de 6 ingresos a este centro hospitalarios.

Tabla No. 9: número de ingresos hospitalarios.

Número de ingresos	Pacientes	Porcentaje
0 a 1	46	71%
2 a 3	17	26%
4 a 5	0	0%
Mayor a 6	2	3%

Según el número de recambio de medicamentos 24 (37%) pacientes de los 65 pacientes entrevistados han seguido con el mismo medicamento, seguidos por 18 (28%) pacientes que han tenido un recambio a diferencia de 10 (15%) pacientes de ellos que han tenido tres recambios de antipsicóticos

Tabla No. 10: número de recambios de antipsicóticos.

Número de recambios	Pacientes	Porcentaje
Sin recambio	24	37%
Solo un recambio	18	28%
Solo dos recambios	13	20%
Solo tres recambios	10	15%
Más de cuatro recambios	0	0%

Según el tratamiento actual de antipsicótico 23 (35%) pacientes están con el haloperidol, seguidos por 21 (32%) de ellos que toman clorpromazina solo 8 (12%) tiene antipsicótico de deposito

Tabla No. 11: tratamiento actual.

Medicamento	Pacientes	Porcentaje
Haloperidol	23	35%
Clorpromazina	21	32%
Risperidona	10	15%
Olanzapina	3	5%
Depot Decanoato de Flufenazina	8	12%

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Se evaluó a un total de 65 pacientes en la consulta externa del Hospital de Salud Mental “Dr. Carlos Federico Mora”. Por medio de la escala de SLDS; que corresponde a la calidad de vida percibida por paciente; dicha evaluación utilizó, imágenes con caras de diferentes expresiones. En donde se obtuvo que la calidad de vida percibida por el paciente correspondía como un “Bien” . Los resultados de la escala “habilidades de la vida cotidiana” LSP mostró que el 53.21% de los entrevistados presentan una disfuncionalidad del 52.71% y las áreas con menor funcionalidad corresponden a Comunicación Contacto-Social con un , Comportamiento Social no Personal con él y Vida Autónoma con 13 . En la Comunicación Contacto-Social, refieren cierto problema en iniciar alguna conversación, ver a las personas, se mantienen aislados, no demuestran afecto, por lo que no tienen amigos. En el Compartimento Social no Personal, indican que pueden ser destructivos, pierden propiedades personales, a menudo pueden invadir el espacio de otras personas, suelen agarrar cosas que no son de ellos, ocasionalmente se autolesionan comportándose irresponsablemente con las demás personas. En su Vida Autónoma se ve afectada; porque suelen ser negligentes con su salud física, se la pasan mucho tiempo sin hacer nada, no participan en ninguna actividad, no asisten a alguna actividad social, no pueden preparar su propia comida, la mayoría de los familiares indicaron como incapaz de irse a vivir por sí mismos y cuando realizan algún tipo de trabajo están bajo supervisión de alguien.

Respecto a las aéreas de satisfacción con las dimensiones de la vida como casa, lugar donde vive, comida, ropa, salud, personas con las que convive, amigos, familia, actividad diaria, tiempo libre, entorno para divertirse, tiene como resultado que los pacientes se encuentran “Bien” con su calidad de vida. Según un estudio publicado en la Universidad de Navarra España en donde tuvieron la misma dificultad con la medición de la calidad de vida en personas con diagnóstico de esquizofrenia. Indicó una discrepancia entre lo que el paciente y su familia o quienes le atienden consideran adecuado para su vida en sociedad²⁸. Posiblemente si comparamos una calidad de vida de unas personas sanas no es la misma que de alguien con esquizofrenia y al querer sacarlo de su zona puede haber una inestabilidad emocional ocasionando una disminución en su calidad de vida, porque al final la calidad de vida es una percepción del paciente. En ese mismo indica que no podamos fiarnos del juicio de los pacientes sobre su calidad de vida, aunque, algunos pacientes sin

tanto deterioro cognitivo, pueden evaluar y comunicar su calidad de vida de forma válida y fiable ²⁸.

Las características sociodemográficas destacan que la mayoría de los pacientes proceden de los departamentos de Alta Verapaz (14%) y Quiché (14%), solteros (as) (92%), no asistieron a la escuela (43%), la mayoría eran hombres en un 74%, las edades oscilan entre 21 a 30 años, la ocupación que sobresalió fue la agricultura (34%), la edad de inicio del primer cuadro psicótico fue entre los 12 a 15 años (42%). El 71% de los pacientes han tenido de 0 a 1 ingresos de lo que va desde el inicio de la enfermedad y el 44% refieren que solo han tenido un recambio de medicamento. Indicaron que el tratamiento actual es el Haloperidol (35%). En un estudio realizado en Arabia Saudita estudiaron las influencias de las características sociodemográficas en la calidad de vida de las personas con esquizofrenia que se encuentran en condición estable y que viven en la comunidad. Los hallazgos informados con respecto a la asociación de las características sociodemográficas y la calidad de vida fueron inconsistentes con respecto a la edad, el género y el nivel educativo ²⁹. En donde la edad temprana de la enfermedad influye negativamente en el funcionamiento psicosocial, especialmente en las áreas de la comunicación, comportamiento social interpersonal y el cuidado personal.

El hecho de que la muestra está representada en exceso por el género masculino es consistente con la composición de los sujetos esquizofrénicos informada por la mayoría de los estudios. La edad temprana de inicio fue a partir de los 12 a 15 años de edad (42%) se pueden explicar que los sujetos que tienen un inicio temprano de la enfermedad pueden mostrar peores puntuaciones de funcionamiento psicosocial .

porque las funciones no pueden estructurarse correctamente en individuos de que tienen un inicio temprano de la enfermedad. Este deterioro podría explicarse por la teoría del desarrollo neurológico, ya que los sujetos con inicio temprano de la enfermedad no adquieren las habilidades suficientes para desarrollarse psicosocialmente con éxito ²⁹.

La limitación de este estudio es que el funcionamiento social se evaluó varios años después del inicio de la enfermedad, por lo que no tenemos información sobre el funcionamiento social de los pacientes durante el inicio de la enfermedad. No se correlacionó las características sociodemográficas; ya que hay varios estudios en donde no es muy significativo salvo la edad de inicio. El número de ingresos hospitalarios ya que el curso es generalmente a largo plazo con exacerbaciones psicóticas que pueden requerir

hospitalización siendo la piedra angular del manejo clínico el uso de antipsicóticos. Aunque estos son efectivos, pueden impactar negativamente en el estado funcional del individuo.

6.1. CONCLUSIONES

1. La evaluación de las habilidades de vida cotidiana 53.21% presentaron una funcionalidad del 52.71%. Acerca de la calidad de vida percibida, los pacientes respondieron que su calidad de vida estaba "BIEN".
2. Las áreas las cuales los pacientes presentan menor grado de funcionalidad en las habilidades de la vida cotidiana se encuentran áreas como el del comportamiento social interpersonal, área del comportamiento social no personal, seguida por el área de vida autónoma.
3. La percepción respecto a la satisfacción de la calidad de vida que tiene los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según su hogar, vivienda, amigos, ocio lo catalogan como "BIEN" sintiéndose satisfechos con su calidad de vida.
4. La edad de inicio del primer cuadro psicótico se encuentra entre las edades de 12 a los 15 años edad con un 42%. El 71% de los entrevistados han tenido de 0 a 1 ingresos hospitalarios. El 37% han continuado con el mismo medicamento desde el inicio de su enfermedad y el medicamento ingieren los pacientes es el haloperidol con un 35%.
5. Los pacientes que frecuentaron la consulta externa oscilan entre las edades de 21 a 25 años (17%) y 26 a 30 años (17%), el género que prevaleció fue el masculino con 74%, según su estado civil el 92% se encuentran solteros, y solo el 3% curso la universidad en comparación al 43% de ellos no tiene ningún grado de estudio. Solo el 34% se dedica a la agricultura, con un 32% que realiza oficios domésticos. Los lugares de procedencia fueron los departamentos de alta Verapaz 14% quiché 14%.

6.2 RECOMENDACIONES FINALES

La escala de perfil de habilidades de vida es un instrumento adecuado para evaluar el funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia. Los resultados permitan realizar una evaluación correcta del funcionamiento social para diseñar programas de rehabilitación psicosocial, sobre todo a aquellos pacientes con un inicio temprano de esquizofrenia darán como resultado un mejor funcionamiento psicosocial.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Anthony W, Liberman R. The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base. *Schizophrenia Bulletin*. 1986;12(4):542-559.
2. Falloon I, McGill C, Boyd J, Pederson J. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study *Psychological Medicine*. 1987;17(01):59.
3. Casas-Anguera E, Prat G, Vilamala S, Escandell MJ, García-Franco M, Martín JR, López E, Ochoa S. Validación de la versión en español del inventario de asertividad de Gambrill y Richey en personas diagnosticadas con esquizofrenia. *analesps* [internet]. 7 de abril de 2014 [citado el 7 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.30.2.154311>
4. KING M. AIDS and People with Severe Mental Illness. Edited by F. Cournos and N. Bakalar. (Pp. 346.) Yale University Press: New Haven, Connecticut. 1996. *Psychological Medicine*. 1998;28(2):485-494.
5. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO; 1992.
6. Asociación Americana de Psiquiatría: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 4ª edición (DSMIV), Masson.Barcelona, 1997.
7. Andreasen NC, Olsen S, Negative vs positive schizophrenia: Definition and validation. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39:789-794.
8. Häfner H. When, how and with what does schizophrenia begin? *J Brasil Psiquitr* 1996; 45:7-21.
9. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, et al. Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures: A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med* 1992; 22 (suppl 20); 1-97.
10. Lohr JB, Flynn K. Smoking and schizophrenia. *Schizophr Res* 1992; 8:93-102.
11. Mortensen PB, Juel K. Mortality and causes of death in schizophrenia patients in Denmark. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81:372-377.
12. Susser E, Colson P, Jandorf L, et al. HIV infection among young adults with psychotic disorders. *Am J Psychiatry* 1997; 154:864-866.
13. Vieweg V, Levenson J, Pandurangi A, et al. Medical disorders in the schizophrenic patient. *Int J Psychiatry Med* 1995;25(2):137-172.

14. Schwab SG, Eckstein GN, Hallmayer J, et al. Evidence suggestive of a locus on chromosome 5q31 contributing to susceptibility for schizophrenia in German and Israel families by multipoint affected sib-pair linkage analysis. *Mol Psychiatry* 1997; 2:148-155.
15. Tehari PJ, Wynne LC, Adoption studies of schizophrenia. *Ann Med* 1994; 26:233-237.
16. Manickam L, Chandran R. Life skills profile of patients with schizophrenia and its correlation to a feeling of rejection among key family cares. *Indiana Journal of Psychiatry*. 2005;47(2):94.
17. Alshowkan A, Curtis J, White Y. Self-Reported Quality of Life for People with Schizophrenia in a Psychiatric Outpatient Department in Saudi Arabia. *The Arab Journal of Psychiatry*. 2013;24(2):93-101.
18. Laws K, Darlington N, Kondel T, McKenna P, Jauhar S. et al Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. *BMC Psychology*. 2018;6(1).
19. Hayes L, Hawthorne G, Farhall J, O'Hanlon B. et al Quality of Life and Social Isolation Among Caregivers of Adults with Schizophrenia: Policy and Outcomes. *Community Mental Health Journal*. 2015;51(5):591-597.
20. Kety S, Rosenthal D, Wender P, Schulsinger F. The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *Journal of Psychiatric Research*. 1968; 6:345-362.
21. Sánchez J, Rosenthal D, Chan F, Brooks J, Bezyak J. Relationships Between World Health Organization International Classification of Functioning, Disability and Health Constructs and Participation in Adults with Severe Mental Illness. *Rehabilitation Research, Policy, and Education*. 2016;30(3):286-304.
22. Killaspy H, Priebe S, Bremner S. "Quality of life, autonomy, satisfaction, and costs associated with mental health supported accommodation services in England: a national survey". *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(12):1129-1137.
23. Siu C, Harvey P, Agid O, Wayne M. Insight and subjective measures of quality of life in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*. 2015;2(3):127-132.
24. Pousa E, Ochoa S. A deeper view of insight in schizophrenia: Insight dimensions, unawareness and misattribution of particular symptoms and its relation with psychopathological factors. *Schizophrenia Research*. 2017; 189:61-68.
25. Belvederi Murri M, Respingo M, Innamorati M. "Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and metaanalysis". *Schizophrenia Research*. 2015;162(1-3):234-247.

26. Morin L, Franck N. Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2017;8.
27. Burgess P, Harris M, Coombs T, Pirkis J. A systematic review of clinician-rated instruments to assess adults' levels of functioning in specialised public sector mental health services. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2017;51(4):338354.
28. Hayhurst K, Massie J, Dunn G. Validity of subjective versus objective quality of life assessment in people with schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1).
29. Karow A, Wittmann L, Schöttle D, Schäfer I, Lambert M. The assessment of quality of life in clinical practice in patients with schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2014;16(2):185-195.

VIII. ANEXOS

8.1 Consentimiento Informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

“Habilidades de la vida cotidiana y calidad de vida en esquizofrenia”

Investigador principal: **Dra. Rosa María Rivera Orellana**

Residente de psiquiatría

Hospital de Salud Mental **Identificación**

Nombre del paciente:

Nombre del acompañante:

Información sobre el estudio:

La esquizofrenia es una enfermedad crónica que se asocia a un complejo grupo de síntomas que afectan a la mayoría de las funciones sociales. La investigación actual se está centrando en las habilidades de la vida cotidiana y la calidad de la vida de las personas con esquizofrenia. En este estudio se evaluarán a distintas personas con esquizofrenia y a las personas que convivan con los mismos que asistan a este centro hospitalario mediante cuestionarios que midan la calidad de vida y las habilidades de la vida cotidiana.

Coste / compensación:

No existe ningún coste por participar en este estudio ni se recibirá compensación económica por participar en él. Si lo desea y lo solicita, se le podrá facilitar los resultados de las evaluaciones realizadas.

Confidencialidad:

Toda la información que sobre los participantes se recoja será estrictamente confidencial y siempre será garantizado su anonimato.

En todo caso, si usted no desea participar en el estudio, será atendido igualmente y con la misma calidad que cualquier otro usuario.

Declaro:

Que he leído y entendido el presente formulario. Doy mi consentimiento para participar en la investigación.

Firma del paciente

Firma del familiar y/o responsable

Fecha:

8.2 Escala SLDS (Adaptación y validación de Carlson J, Ochoa S Etal)

Calidad de vida percibida

Identificación: _____. Edad: _____. Procedencia: _____.

Estado civil: _____. Genero: _____.

Escolaridad: _____. Edad de inicio de la enfermedad: _____.

Número de ingresos a este centro: _____. Número de recambio de antipsicóticos: _____.

Tratamiento actual: _____.

Oficio: _____.

Por favor, indique como se siente escogiendo una de las siete caras, desde muy contento (con una gran sonrisa) hasta muy descontento. Escoja la cara que mejor represente su grado de satisfacción con las áreas siguientes:



Siendo:

- 1) Pésimo.
- 2) Muy mal.
- 3) Mal.
- 4) Regular.
- 5) Bien.
- 6) Muy bien.
- 7) Excelente.

1. ¿Cuál cara expresa mejor como usted se siente respecto a su casa / piso/ lugar de residencia?



2. ¿Cuál expresa mejor como usted se siente en su barrio como un lugar para vivir?



3. ¿Cuál expresa mejor cómo usted se siente respecto a la comida que come?



4. ¿Qué cara expresa mejor cómo usted se siente con la ropa que lleva?



5. ¿Cuál expresa mejor cómo usted se siente respecto a su salud?



6. ¿Qué cara expresa mejor cómo usted se siente respecto a las personas con las que vive?



7. ¿Cuál expresa mejor cómo usted se siente respecto a sus amigos/as?



8. ¿Cuál expresa mejor cómo usted se siente respecto a su relación con su familia?



9. ¿Cuál expresa mejor cómo usted se siente acerca de cómo se lleva con otras personas?



10. ¿Cuál expresa mejor cómo usted se siente con su trabajo / actividad diaria?



11. ¿Cuál cara expresa mejor cómo usted se siente acerca de cómo emplea su tiempo libre?



12. ¿Cual expresa mejor cómo usted se siente respecto a lo que hace en su entorno para divertirse?



13. ¿Cuál expresa mejor cómo usted se siente respecto a los servicios e instalaciones de esta área/barrio?



14. ¿Cuál expresa mejor cómo usted se siente con su situación económica?



15. ¿Cuál expresa mejor cómo usted se siente en el lugar dónde vive actualmente en comparación con el hospital?



8.3 Cuestionario de Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana LSP

1. ¿Tiene alguna dificultad en iniciar y responder en una conversación? (C)
 - a. Ninguna dificultad.
 - b. Ligera dificultad
 - c. Moderada dificultad
 - d. Extrema dificultad

2. ¿Suele meterse o interrumpir en las conversaciones de otros (por ejemplo, le interrumpe cuando está usted hablando)? (CSI)
 - a. No interrumpe en absoluto
 - b. Ligeramente intrusivo
 - c. Moderadamente intrusivo
 - d. Extremadamente intrusivo

3. ¿Está generalmente aislado de contacto social? (C)
 - a. No se aísla en absoluto
 - b. Ligeramente aislado
 - c. Moderadamente aislado
 - d. Totalmente (o casi) aislado

4. ¿Suele mostrarse afectuoso con los demás? (C)
 - a. Considerablemente cordial
 - b. Moderadamente cordial
 - c. Ligeramente cordial
 - d. Nada cordial en absoluto

5. ¿Suele estar normalmente enfadado o ser puntilloso con otras personas? (CSI)
- a. En absoluto
 - b. Moderadamente
 - c. Ligeramente
 - d. Extremadamente
6. ¿Suele ofenderse fácilmente? (CSI)
- a. No se ofende
 - b. Algo rápido en enfadarse
 - c. Bastante presto a enfadarse
 - d. Extremadamente presto a enfadarse
7. ¿Suele mirar a las personas cuando habla con ellos? (C)
- a. Contacto visual adecuado
 - b. Ligeramente reducido
 - c. Moderadamente reducido
 - d. Extremadamente reducido
8. ¿Resulta normalmente difícil entender a esta persona por la forma en que habla (por ejemplo: ¿confusa, alterado o desordenadamente)? (C)
- a. Ninguna dificultad
 - b. Ligeramente difícil
 - c. Moderadamente difícil
 - d. Extremadamente difícil

9. ¿Suele hablar sobre temas raros o extraños?

- a. En absoluto
- b. Moderadamente
- c. Ligeramente
- d. Extremadamente

10. ¿Suele estar generalmente bien presentado (por ejemplo, vestido limpio, pelo peinado)? (A)

- a. Bien presentado
- b. Moderadamente bien presentado
- c. Pobrementemente presentado
- d. Muy pobrementemente presentado

11. ¿Suele ser su apariencia personal (aspecto facial, gestos) apropiada para el ambiente en que se mueve? (CSI)

- a. Intachable o apropiada
- b. Ligeramente inapropiada
- c. Moderadamente inapropiada
- d. Extremadamente inapropiada

12. ¿Suele lavarse esta persona sin tener que recordárselo? (A)

- a. Generalmente

- b. Ocasionalmente
- c. Raramente
- d. Nunca

13. ¿Suele tener un olor ofensivo (por ejemplo, en el cuerpo, aliento o ropas)? (A)

- a. En absoluto
- b. Moderadamente
- c. Ligeramente
- d. Mucho

14. ¿Suele vestir ropas limpias normalmente o se asegura de que se limpiarán si están sucias? (A)

- a. Mantiene limpieza de la ropa
- b. Moderada limpieza
- c. Pobre limpieza de la ropa
- d. Muy escasa limpieza de la ropa

15. ¿Suele ser negligente con su salud física? (VA)

- a. En absoluto
- b. Ligeramente
- c. Moderadamente
- d. Extremadamente

16. ¿Mantiene normalmente una dieta adecuada?

- a. Sin problemas

- b. Ligeros problemas
- c. Moderados problemas
- d. Graves problema.

17. ¿Suele estar normalmente atento o tomar en persona su propia medicación prescrita (o hacerse poner las inyecciones prescritas al momento) sin que se le recuerde? (A)

- a. Muy confiable
- b. Ligeramente no confiable
- c. Moderadamente no confiable
- d. No confiable

18. ¿Está dispuesto a tomar la medicación psiquiátrica cuando se la prescribe el médico? (A)

- a. Siempre
- b. Normalmente
- c. Raramente
- d. Nunca

19. Cooperar esta persona con los servicios de salud (por ejemplo, médicos y/u otros profesionales de la salud)? (A)

- a. Siempre
- b. Normalmente
- c. Raramente
- d. Nunca

20. ¿Está normalmente inactivo (por ejemplo, gastando mucho de su tiempo sentado o de pie alrededor sin hacer nada)? (VA)

- a. Apropiadamente activo
- b. Ligeramente inactivo
- c. Moderadamente inactivo
- d. Extremadamente inactivo

21. ¿Tiene intereses definidos (por ejemplo: hobbies, deportes, actividades) en los cuales participa regularmente? (VA)

- a. Participación considerable
- b. Moderada participación
- c. Alguna participación
- d. No participa en absoluto

22. ¿Asiste a alguna organización social (por ejemplo, iglesia, club o grupo de interés, excluyendo los grupos de terapia psiquiátrica)? (VA)

- a. Frecuentemente
- b. Ocasionalmente
- c. Raramente
- d. Nunca

23. ¿Puede esta persona preparar normalmente (si lo necesita) su propia comida? (VA)

- a. Bastante capaz de prepararse la comida
- b. Ligeras limitaciones
- c. Moderadas limitaciones
- d. Incapaz de prepararse comida

24. ¿Puede esta persona irse a vivir por sí mismo? (VA)

- a. Bastante capaz de hacerlo
- b. Ligeras limitaciones
- c. Moderadas limitaciones
- d. Incapaz totalmente

25. ¿Tiene problemas (por ejemplo: fricciones, huidas, etc.) viviendo con otros en la familia? (CSI)

- a. Sin problemas
- b. Ligeros problemas
- c. Moderados problemas
- d. Graves problemas

26. Qué tipo de trabajo sería capaz de hacer (¿incluso aunque esté desempleado, retirado o haciendo trabajos domésticos no remunerados? (VA)

- a. Capaz de hacer un trabajo a tiempo total
- b. Capaz de trabajo a tiempo parcial
- c. Capaz solamente de trabajos protegidos
- d. Incapaz de trabajar

27. ¿Se comporta de manera arriesgada (¿por ejemplo, ignorando el tráfico cuando cruza la calle? (A)

- a. En absoluto

- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. A menudo

28. ¿Destruye esta persona propiedades? (CSNP)

- a. En absoluto
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. A menudo

29. ¿Se comporta de forma ofensiva (incluida la conducta sexual)? (CSI)

- a. En absoluto
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. A menudo

30. ¿Tiene esta persona hábitos o conductas que la mayoría de la gente encuentra antisociales (¿por ejemplo, escupir, dejar colillas de cigarrillos encendidos alrededor, ser desordenado en el baño, comer de una manera desordenada? (A)

- a. En absoluto
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. A menudo

31. ¿Suele perder propiedades personales? (CSNP)

- a. En absoluto
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. A menudo

32. ¿Invade el espacio de otras personas (habitaciones, posesiones, personales)?
(CSNP)

- a. En absoluto
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. A menudo

33. ¿Suele coger cosas que no son tuyas? (CSNP)

- a. En absoluto
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. A menudo

34. ¿Es violento con otros? (CSI)

- a. En absoluto
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. A menudo

35. ¿Se autolesiona? (CSNP)

- a. En absoluto
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. A menudo

36. ¿Se mete en problemas con la policía? (CSNP)

- a. En absoluto
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente

37. ¿Abusa del alcohol o de otras drogas?

- a. En absoluto
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. A menudo

38. ¿Se comporta irresponsablemente? (CSNP)

- a. En absoluto
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. A menudo

39. ¿Hace o mantiene normalmente amistades? (C)

- a. Capaz de hacer amistades fácilmente
- b. Lo hace con cierta dificultad
- c. Lo hace con dificultad considerable
- d. Incapaz hacer o mantener amistades
- e. A menudo

8.4 Escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana – Life Skill Profile “LSP” -.

Ilustración 1: Escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana – Life Skill Profile “LSP”



Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

ESCALA SOBRE EL PERFIL DE HABILIDADES DE LA VIDA COTIDIANA -LIFE SKILL PROFILE “LSP”-

Población diana: Personas con trastorno psiquiátrico. Se trata de una escala heteroadministrada para personas con enfermedades mentales crónicas, que no se encuentran en un momento de crisis. Debe tenerse en cuenta los tres meses pasados de forma global.

Cada ítem responde a una escala tipo Likert de mayor (4 puntos) a menor funcionalidad (1 punto). El LSP se compone de cinco subescalas. Una puntuación alta en cada escala o para el total del LSP indicaría un nivel de funcionamiento alto. Las puntuaciones de las subescalas vienen de la suma de las puntuaciones de los ítems de la siguiente forma:

- Autocuidado: 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 27 y 30.(A)
- Comportamiento social interpersonal: 2, 5, 6, 9, 11, 25, 29, 34, 36 y 37.(CSI)
- Comunicación – contacto social: 1, 3, 4, 7, 8 y 39.(C)
- Comportamiento social no personal: 28, 31, 32, 33, 35 y 38.(CSNP)
- Vida autónoma: 15, 20, 21, 22, 23, 24 y 26.(VA)

SUBESCALAS	PUNTOS
Autocuidado	
Comportamiento social interpersonal	
Comunicación – contacto social	
Comportamiento social no personal	
Vida autónoma	
PUNTUACIÓN TOTAL	

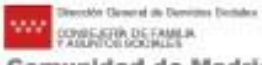
Bibliografía

- Rosen A, Hadzi-Pavlovic D & Parker G. The Life Skills Profile: a measure assessing functional and disability in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 15: 325-337.
- Bulbena Vilarrasa A, Fernández de Larrinoa Palacios P & Dominguez Panchón AI. Adaptación castellana de la Escala LSP (Life Skills Profile) Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana. Actas Luso - Españolas de Neurología y Psiquiatría. 1992. 20(2): 51-60.


Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.

8.5 Escala de satisfacción con áreas de la Vida (SLDS)

Ilustración 2: escala de satisfacción con áreas de la Vida (SLDS)



Comunidad de Madrid



EM
Comunidad de Madrid

IDENTIFICACIÓN
Nombre: Escala de Satisfacción con Áreas de la Vida (SLDS)
Nombre original: Satisfaction with life Domains Scale (SLDS)
Autores: Baker e Intagliata

DESCRIPCIÓN
Tipo de instrumento: escala administrada por el clínico
Objetivos: Diseñado para evaluar la satisfacción subjetiva con la vida en cuatro áreas: seguridad, pertenencia, estimulación y realización.
Población: adultos
Número de ítems: 15
Descripción: La persona debe evaluar su satisfacción actual en diversos aspectos de su vida que se recogen a lo largo de los 15 ítems. Para su puntuación se emplea una escala analógica visual de 8 puntos con caras que varían desde la máxima satisfacción (sonrisa amplia) a la máxima insatisfacción (ceño fruncido).
Criterios de calidad:
Fiabilidad: Consistencia interna de 0.84. Correlación ítem-total de 0.47.
Validez: Muestra relación con otras medidas como nivel de afecto positivo y disponibilidad y adecuación del apoyo social. Muestra sensibilidad al cambio terapéutico.



APLICACIÓN
Tiempo de administración: 10-15 minutos
Normas de aplicación: Para cada ítem, el paciente debe señalar una de las caras de la escala analógica visual, que indique la expresión que mejor refleje su satisfacción actual con cada área de su vida.
Corrección e interpretación: La suma de las puntuaciones de los ítems proporciona una puntuación global de satisfacción con la vida, indicando los valores altos mayor satisfacción.
Momento de aplicación: evaluación pretratamiento, evaluación durante el tratamiento, evaluación post-tratamiento

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Referencias original:
Baker, F. e Intagliata, I. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 5, 69-79.
Referencia de la adaptación española:
Bobes, J., González, M.P. y Bousoño, M. (1995). *Calidad de vida en las esquizofrenias*. Barcelona: J.R. Prous.

Fuente: Dirección general de Servicios Sociales. Consejería de familia y asuntos Sociales.

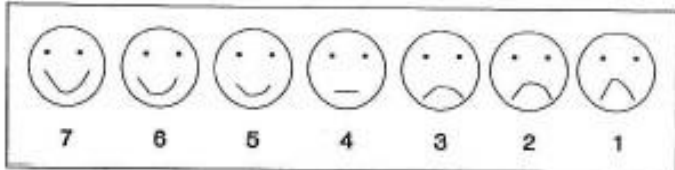
Quality of life (QOL)

Ilustración 3: Quality of life (QOL)



QUALITY OF LIFE (QOL)
(Baker & Intagliata, 1982)
(Traducida al español por J. Bobes, P.A. Salz y M.P. González)

Teniendo en cuenta sus aspiraciones de modo realista, escoga de las 7 caras presentadas abajo la que mejor represente en el momento actual los aspectos referidos a continuación:



1. Su casa/apartamento/lugar de residencia
2. Su vecindario como lugar para vivir en él
3. Los alimentos que usted come
4. Las ropas que usted viste
5. Su salud
6. La personas que viven con usted
7. Sus amigos
8. Las relaciones con sus familiares
9. Cómo se lleva con otras personas
10. Su ocupación/trabajo/programación diaria
11. El modo de utilizar su tiempo libre
12. Modos de divertirse dentro de la comunidad
13. Servicios y facilidades de su área
14. Su situación económica
15. Lugar de residencia habitual comparado con el hospital

Fuente: Dirección General de Servicios Sociales. Consejería de familia y asuntos sociales.

Comunidad de Madrid