Calidad de vida en pacientes psicóticos externos

Francisco Franco López Salazar[1]

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año 16, Vol. 14, Nº 2, noviembre de 2007, págs. 65 a 75.

Resumen

Introducción: El concepto de Calidad de Vida (CV) se ha introducido en la Psiquiatría integrando mediciones objetivas y subjetivas en pacientes psicóticos, proponiendo una perspectiva holística de evaluación y tratamiento, por lo que desarrollamos un estudio descriptivo y transversal para describir esta variable en esos pacientes. **Material y método**: se incluyó en el estudio a pacientes psicóticos bajo tratamiento farmacológico que iniciaban manejo en un Hospital Psiquiátricos como externos, los cuales fueron evaluados con la aplicación de: La Escala de síntomas positivos y negativos para esquizofrenia, la Escala DiMascio de evaluación para síntomas extrapiramidales, la Escala de Evaluación de adherencia al medicamento, el Inventario de depresión de Beck, la Impresión clínica global, el Cuestionario de Dunbar y una Escala análoga visual. El análisis de los datos se realizó con prueba X^2 y "t" pareada. **Resultados**: se incluyeron en el estudio 79 pacientes con padecimientos psicóticos, los cuales reportaron un nivel de CV bajo, siendo algunas de las áreas más afectadas el bienestar psicológico y físico, el humor y el área laboral, y las perspectivas para lograr mejoría en esas mismas áreas eran pocas, aunque se observó mal apego al tratamiento farmacológico. **Discusión**: dentro de las áreas más afectadas de la CV en pacientes con psicosis, se encuentran las subjetivas, aunque se requiere reforzar el apego al tratamiento. **Conclusión**. El tratamiento de los pacientes psicóticos debe integrar aproximaciones cuyos objetivos sean incrementar resultados a nivel de las áreas subjetivas de la CV.

Palabras claves

Calidad de Vida, pacientes psicóticos externos, Hospital Psiquiátrico

Summary

Introduction: The concept of Quality of Life (QOL) has been introduced in the Psychiatry integrating objective and subjective measurements in psychotics outpatient, proposing a holistic perspective of evaluation and treatment, for what we develop a cross-sectional study to describe this variable in this patients. **Material and method**: was included in the study patients psychotic with pharmacological treatment that began handling in a Psychiatric Hospital, which were evaluated with the application of: The Positive and negative syndro-

1 Médico Especialista en Psiquiatría y Psiquiatría de Enlace. Maestro en Psiquiatría (Psicología Médica). Profesor Titular del Curso de Alta Especialidad en Investigación. Jefe del Servicio de Investigación. Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Niño de Jesús Nº. 2 esq. San Buenaventura Col. Tlalpan C.P. 1400 Deleg. Tlalpan e-mail: falosa04@hotmail.com

me scale for schizophrenia, the DiMascio for extrapyramidal symptoms scale, the Medication adherence rating scale, the Beck depression inventory, the Clinical global impression, the Dunbar Questionnaire and a Visual analogue scale. The analysis of the data was carried out with test X^2 and "t" paired. **Results**: they were included in the study 79 patients with psychotic disease, which reported a low level of QOL, being some of the affected areas the well-being psychological and physical, the humor and the work, and the perspectives to achieve improvement in those same areas was few, although low medication adherence was observed to the pharmacological treatment. **Discussion**: inside the affected areas in the QOL in patient with psychosis, they are the subjective ones, although it is required to reinforce the attachment to the treatment. **Conclusion**: The treatment of the psychotic patients should integrate approaches whose objectives are to increase results at level of the subjective areas of the QOL.

Key words

Quality of Life, psychotics outpatients, Psychiatric Hospital

Introducción

El concepto de Calidad de Vida (CV) surge primariamente en el campo de la sociología[1] como una expresión comercial[2], con el propósito de señalar las diferencias entre nivel de vida, bienes y recursos materiales que un sujeto posee y de los que puede hacer uso, y la valoración personal, y por lo tanto subjetiva, que hace de esos bienes y recursos. Sin embargo el concepto trascendió dicho ámbito y se incorporó al campo de la salud[1] y de la práctica médica[2,3], donde hace referencia a una enfermedad y a las intervenciones terapéuticas que impactan al enfermo y a la percepción de su bienestar biopsicosocial, ya que aunque el tratamiento pretende mejorar el estado de salud y la misma CV, puede tener efectos adversos en esas dos instancias por efectos secundarios indeseables[4,5]. El término es una abstracción para simplificar, mostrar y explicar la realidad del continuo salud-enfermedad en relación a un tratamiento, y pretende constituir una guía de acción y una vía de acceso multidisciplinaria y comprensiva a los pacientes, la enfermedad que sufren y el tratamiento que recibe, para restablecer y preservar su salud por medio de estrategias guiadas médicamente y adaptadas a sus demandas. Postula una actitud que puede brindar puentes, contactos y enlaces entre los diversos discursos sobre el ser humano enfermo[2], lo que adquiere particular importancia en el caso de las enfermedades crónicas, donde el poder de la medicina curativa es limitado[1]. La CV se considera actualmente un indicador indirecto y positivo de salud, una aproximación en pro de la salud mental de los sujetos enfermos en el marco de una medicina humanística y un modelo de evaluación, ya que su medición resulta útil para determinar la eficacia de tratamientos, comparar tratamientos alternativos, examinar a los pacientes individualmente o en grupo y describir la naturaleza y extensión de los problemas que enfrentan por su enfermedad y su tratamiento. También permite monitorear y examinar la percepción que tienen los enfermos sobre su vida y conocer sus necesidades reales de atención. Así mismo puede permitir conocer la capacidad de los servicios existentes para satisfacer las demandas, lo que puede permitir mejorar la atención y la satisfacción con la misma[4].

El término se ha ido introduciendo también paulatinamente en el campo de la Psi-

quiatría, intentando integrar en el proceso de salud-enfermedad mental además de evaluaciones objetivas, biológicas, evaluaciones subjetivas, psicosociales, máxime en un campo tan lleno de subjetividad, ya que desde los primeros trabajos sobre CV realizados en la primera mitad del siglo XX, se reconoció que el concepto incluye en su espectro estos elementos, aunque el subjetivo se considere su base conceptual[1,2,3]. En el caso de los enfermos mentales, la falta de una conciencia clara en algunas etapas de la enfermedad, lleva a pensar que estas personas no podrán definir, por sí mismas, lo que entienden por CV, o bien su propuesta de definirla puede ir en contra de las opiniones de los profesionales o de sus familiares, lo que lleva a un dilema ético acerca de la validez de la definición, y por lo tanto de su evaluación. Teniendo esto en cuenta se han propuesto algunas definiciones como la de la OMS, que la ha definido como la "percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en el que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses"[1], o la definición propuesta por Lara y cols., quienes definen a la CV como la "evaluación global que el sujeto hace de su vida, y que depende tanto de las características del sujeto como de moduladores externos como la enfermedad y el tratamiento que ésta requiere"[3]. No obstante la primera definición enfatiza solo el elemento subjetivo, y la segunda ambos, así que podemos considerar que es está la que proporciona mejor los parámetros dados externamente para que el enfermo mental, bajo control médico y tratamiento, realice en función de ellos una evaluación de su CV[1]. En el caso de los pacientes psicóticos, principalmente esquizofrénicos, entre los elementos objetivos se han realizado evaluaciones de la presencia y severidad de los síntomas y signos de la enfermedad y de los efectos secundarios de los medicamentos, estado de salud físico y nivel de funcionalidad[1,6,7,8,9,10,11]. Las evaluaciones subjetivas se han dirigido a la medición de las experiencias y percepciones subjetivas de los enfermos sobre su enfermedad y su tratamiento, sus expectativas, su estado emocional y su estado psicológico, realizándose evaluaciones globales de la CV y de áreas como situación o satisfacción con la vida, relaciones sociales y familiares, finanzas o economía, humor o estado afectivo, y salud o bienestar psicológico[12,13,14,15,16,17]. Los intentos de encontrar una forma de medir el concepto en psiquiatría han llevado a la utilización de diferentes instrumentos o índices clinimétricos que realizan evaluaciones de elementos objetivos y subjetivos, tratando de cubrir todo el espectro y áreas que se consideran dentro del concepto. Entre los más utilizados para los primeros se encuentran la Escala de síntomas positivos y negativos para esquizofrenia (PANSS)[1,6,7,8,11], la Escala breve de apreciación psiquiátrica (BPRS)[10], la Escala para efectos secundarios extrapiramidales (EPRS)[7], la Escala de San Juan para síndromes extrapiramidales[11], la Evaluación global de funcionamiento (GAF)[9,13,14], la Forma breve de 36 reactivos para estudios de resultados médicos (MOS SF-36)[9,16] y la Impresión Clínica Global (CGI)[6,9]. Para los subjetivos se han utilizado escalas especificas para evaluar CV como el Cuestionario Sevilla de CV (CSCV)[1], la Entrevista de CV de Lehman[6,9,14,15], la Escala de CV de Heinrichs-Carpenter-Hanlon[6], la Entrevista para CV[8,12], la Escala de satisfacción con dominios de la Vida (SLDS), el Índice de CV para salud mental, el Perfil de CV de Lancashire[9,10,14,17], el Instrumento breve para CV de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-Bref)[1,17]; y otros índices para evaluar

satisfacción, bienestar, presencia de síntomas de depresión, salud mental y funcionamiento cognitivo, como la Escala de satisfacción general con el bienestar[12], la Escala de bienestar subjetivo bajo tratamiento neuroléptico[17], la Escala para depresión de Montgomer-Asberg[7], el Índice de salud mental y la Escala de funcionamiento cognitivo[17]. Por otro lado existen problemas para la interpretación de los resultados en algunos estudios que se han desarrollado para medir la CV, ya que la mayoría se han dirigida a determinar que factores influyen sobre ella en los enfermos mentales, en los que se ha reportado que la severidad de los síntomas, los efectos adversos de los tratamientos, la presencia de depresión y ansiedad, así como el desempleo tiene un efecto negativo sobre la CV[11]. En algunos otros estudios se reportan promedios de las diferentes áreas de la CV evaluadas, pero no en todos se refiere la calificación mínima ni máxima posible y su interpretación. Sin embargo en términos generales la CV se ha reportado entre 40 y 60, considerando como un máximo posible de 100[18]. No obstante la mayoría refieren que el cuidado de la salud no esta dirigido a todas las vicisitudes de la vida, y que este no solo debe mejorar los síntomas de la enfermedad, sino aspectos de la CV[12], buscando así una perspectiva holística de tratamiento[2,3,4,10].

Material y método

Con el objetivo de medir y describir las características de la CV en pacientes psicóticos externos se realizó un estudio descriptivo y transversal incluyéndose a pacientes adultos, hombres y mujeres, que padecían un trastorno psicótico, que habían iniciado su tratamiento en un Hospitalización Psiquiátrico, y que aceptaron participar en el estudio. Para la evaluación de los pacientes se utilizaron siete índices clinimétricos, diseñados para realizar mediciones de aspectos objetivos y subjetivos que se consideran dentro del espectro del concepto de CV, algunos de los cuales son ampliamente utilizados y conocidos. La Escala de síntomas positivos y negativos para esquizofrenia (PANSS), cuyo propósito es la evaluación de la severidad de los síndromes positivo y negativo, consta de 30 reactivos diseñados para su respuesta con escalas tipo likert de siete categoría que se califican del 1 al 7, e incluye tres escalas: positiva, negativa y psicopatología general. No cuenta con un punto de corte, se considera que una puntuación de 60 o más puntos indica presencia de psicopatología que requiere de atención, y la calificación total debe contar por lo menos con 15 puntos en las escalas positiva y 15 en la negativa[1,6,7,8,11,18,19,20]. La Escala DiMascio de evaluación para síntomas extrapiramidales (EDMSE) es un instrumento diseñado para la evaluación del síndrome parkinsónico (expresión facial, temblor, aquinesia y rigidez muscular) y su severidad, consta de 5 reactivos, cuatro diseñados para respuesta con escala Likert de cuatro categorías que se califican de 0 a 3, y 1 diseñado en una escala de 8 categorías que se califican de 0 a 7[18,19]. Una puntuación mínima de 4 puntos en el primer apartado ya es equivalente a un síndrome parkinsónico[18,19,21]. La Escala de Evaluación de adherencia al medicamento (MARS) es un instrumento que consta de 10 reactivos diseñados para respuesta con escala likert de dos categorías que se califican como si/no, y el número total de respuesta con sí corresponde en porcentaje al nivel de adherencia al tratamiento[18,22]. El Inventario de depresión de Beck (EDB) que es uno de los instrumentos más empleados para la evaluación de los síntomas depresivos, incluye 21 reactivos que consisten en un grupo de cuatro afirmaciones, de las cuales se debe

seleccionar una, la que describa mejor como se siente el paciente. La afirmación refleja la severidad del malestar por medio de una escala likert de 5 categorías que se califica de 0 a 3. Los puntos de corte de la escala son: de 0 a 9 ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos; de 10 a 16 depresión media; de 17 a 29 depresión moderada y de 30 a 63 depresión severa[18,23,24]. La Impresión clínica global (ICG) es un instrumento diseñado para evaluar el nivel de funcionamiento del paciente y que tanto sus síntomas interfieren con el mismo, consiste en un grupo de afirmaciones que colocan al paciente en uno de 10 niveles, diseñados como variable discreta con un intervalo de 10 puntos, y comprenden desde un mínimo de 1 hasta un máximo posible de 100; también evalúa la severidad de la enfermedad y el nivel de mejoría global por medio de dos reactivos que se responder con una escala likert de 8 categorías que se califican de 1 a 7; este instrumento es calificado por el entrevistador[18,25]. El Cuestionario de Dunbar (CD) es un instrumento que se realizo para evaluar CV en pacientes psiquiátricos no psicóticos, pero puede tener aplicación general. Está constituido por 46 preguntas en escalas análogas visuales que se califican de 1 a 10; las preguntas se dividen en dos grupos de 23 reactivos que proporcionan el puntaje de dos indicadores, cada uno de los cuales realiza la medición de 7 áreas: bienestar psicológico, bienestar físico, humor, autocontrol, relaciones sociales, área laboral y económica, evaluando la CV en el momento de la aplicación (calidad subjetiva de vida actual) y la CV que el paciente desearía (calidad subjetiva de vida ideal)[2,4,18,26,27]. La Escala análoga visual (EAV) es un método de clasificación o determinación gráfica que constituye una aproximación para evaluar fenómenos o atributos subjetivos; es una línea de 10 cm. con dos límites, uno define la ausencia del fenómeno y el otro su máxima expresión, al paciente se le hace marcar en la línea el punto que corresponde al nivel de CV en respuesta a la leyenda: "marque con una cruz sobre la línea graduada del 0 al 100 cómo considera usted su vida"[2,4,18]. Estos instrumentos se validaron en pacientes con cardiopatía coronaria[2] y en pacientes psicóticos[18], utilizando formas de validez de constructo, mediante la determinación de la consistencia interna y la validez concurrente. En el caso de los pacientes con cardiopatía se reportaron valores de alpha de Cronbach entre.29 a.94, y coeficientes de correlación entre.11 a.77. En los pacientes psicóticos y utilizando como criterio externo la EAV Se encontraron valores de alpha entre.28 a.77, y correlaciones desde.05 hasta.70; pero utilizando también como criterio externo la ICG, el alpha se incrementa entre.34 a.77 considerando todos los indicadores que evalúa el CD. Estos resultados aparentemente reflejan una base conceptual distinta entre los instrumentos, o que algunas de las dimensiones de la CV no parecen estar relacionadas a la enfermedad mental, aunque debemos recordar que no es factible cubrir todo el espectro de la severidad de las enfermedades psicóticas, y algunos indicadores alcanzaron puntuaciones muy bajas en la muestra, como casi todos los síntomas extrapiramidales; no obstante consideramos útiles los índices para su aplicación.

El análisis de los datos se realizó por medio de pruebas de resumen (promedios, desviación estándar, porcentajes, etcétera) y los contrastes con prueba X^2 para variables categóricas y "t" pareada para promedios. Los procedimientos empleados han respetado los criterios éticos del Comité de Ética e Investigación del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" y la Declaración de Helsinki.

Cuadro 1: Características sociodemográficas de los pacientes estudiados (n=79)

		n	%		
Sexo*	Femenino	36	46		
	Masculino	43	54		
		Prom.	ds	min	max
Edad (años)**	Femenino	32	10	18	53
	Masculino	30	8	18	56
	Total	30	9	18	56
		n	%		
Origen	D.F.	61	77		
	Foráneos	18	23		
Residencia	D.F.	62	78		
	Foráneo	17	22		
Escolaridad	Estudios completos	52	66		
	Estudios incompletos	27	34		
Con Pareja***		15	19		
Estado civil	Solteros	66	83		
	Casados	5	6		
	Unión libre	2	4		
	Separados	6	7		
Con quien vive+	Solo	4	6		
	Padres	30	38		
	Familia	15	19		
	Con uno de los padres	10	13		
	Hermanos	13	16		
	Hijos	3	5		
	Cónyuge	1	3		
Ocupación actual++	Ninguna	22	28		
	Estudiante	11	14		
	Remunerada	31	39		
	Hogar	15	19		
Ocupación anterior+++	Ninguna	2	3		
	Estudiante	24	30		

*[X^2=15 (7), p.03]
**["t"=.81(77), p.03]
*** [X^2=43(14), p.000]
+[X^2=123(63), p.000
++[X^2=17(3), p.001
+++ [X^2=8(3), p.05]

Cuadro 2: Características clínicas de los pacientes estudiados (n=79)

		n	%		
Diagnóstico*	Esquizofrenia	56	71		
	Trastorno esquizoafectivo	7	10		
	Trastorno bipolar	5	7		
	Trastorno de ideas delirantes	2	2		
	Epilepsia	2	2		
	Trastorno afectivo orgánico	2	2		
	Episodio depresivo grave con psicosis	1	1		
	Trastorno esquizofreniforme orgánico	4	5		
		prom	ds	min	max
Tiempo de diagnóstico (meses)		42	55	3	264
Tratamiento**	Ninguno	4	5		
	Neurolépticos atípicos	64	81		
	Neurolépticos típicos	11	14		

*[Chi^2=14 (7), p.03] **[Chi^2=23(14), p.05]

Resultados

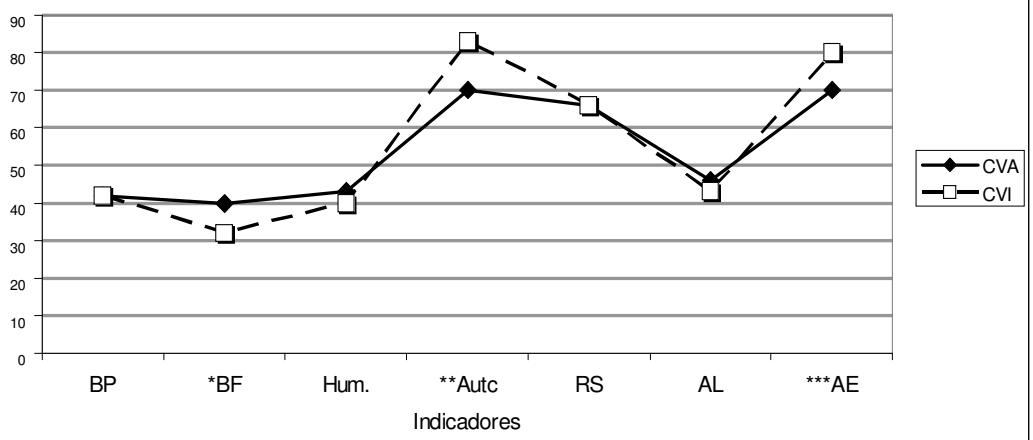
Se incluyó en el estudio a 79 pacientes, cuyas características se describen en los cuadros 1 y 2. La mitad eran hombres [X^2=15(7), p.03 y se encontraban en general en el inicio de la cuarta década de la vida, aunque en promedio las mujeres eran más jóvenes [“t”=.81(77), p.03]. La mayoría radicaban en el distrito federal, y más de la mitad tenían niveles de escolaridad incompletos. Más del 80% eran solteros [X^2=43(14), p.000]; casi un 40% vivían con sus padres y otro 40% con algún familiar o hermano [X^2=43(14), p.000]. Aproximadamente un 40% tenían una actividad laboral actual remunerada, pero más de

Cuadro 3: Calificaciones obtenidos en los índices clinimétricos aplicados para evaluar las áreas de sintomatología, efectos secundarios de los medicamentos y adherencia al tratamiento (n=79)

		prom	ds	min	max
PANSS	Síntomas positivos	15	4	7	30
	Síntomas negativos	18	5	7	32
	Sintomatología psicopatológica general	38	10	20	65
	Total	72	17	42	119
EDMESE	Expresión facial	.33	.5	0	2
	Temblor	.71	.7	0	2
	Aquinesia	.70	.7	0	3
	Rigidez	.44	.5	0	2
	Severridad	2.1	1.8	0	8
	Total	4.5	3.8	0	16
MARS		32	12	10	80
EDB		16	12	0	56
ICG		70	12	4.5	95

un 25% no trabajaba [X^2=17(3), p.001]; aunque considerando la situación laboral premorbida resultó menor el porcentaje de los que volvían a trabajar, no obstante un buen porcentaje de los que aún estudiaban volvieron a realizar esta actividad [X^2=8(3), p.05]. Más del 70% fueron pacientes con esquizofrenia y un 10% tenían un trastorno esquizoafectivo [X^2=14 (7), p.03]; el tiempo de evolución en promedio de la enfermedad fue de 3 años, entre un rango de 3 meses a 22 años. Un poco más del 80% se encontraban bajo tratamiento con neurolépticos atípicos (NLPA) [X^2=23 (14), p.05]. En relación a las evaluaciones de CV a nivel objetivo (cuadro 3), en la PANSS, en promedio los pacientes puntuaron 15 para síntomas positivos y 18 para negativos, así como más de 60 en el puntaje total, lo que indica la presencia de psicopatología que requiere de atención. Los puntajes reportados en la EDMESE, en general fueron bajos para todos los indicadores. La MARS reportó un apego terapéutico farmacológico casi de 30%. De acuerdo al promedio en la EDB los pacientes cumplían el puntaje para una depresión media, pero en general el 16% tenían depresión media, el 35% depresión moderada, y el 10% depresión severa. En la ICG en promedio los pacientes reportaban un nivel de funcionamiento de un 70%, más de una cuarta parte se encontraba en el nivel 8, 24% en el nivel 9 y 20 %, respectivamente, en los niveles 6 y 7. En las evaluaciones de CV a nivel Subjetivo (gráfica 1), en el CD, en el indicador de Calidad subjetiva de vida actual los niveles por área de CV fueron menores al 50% en bienestar psicológico, bienestar físico, humor y área laboral, siendo de 66 en relaciones sociales y de 70 en autocontrol y área económica, con un nivel total de un 51%; en el indicador de Calidad subjetiva de vida ideal los resultaron fueron similares, aunque los pacientes tienen la expectativa de presentar deterioro en las áreas de bienestar físico, humor, área laboral, y en su calidad subjetiva de vida total, aunque tienen expectativa de mejorar en autocontrol y área económica, pero sin llegar a tener un total mayor al 50%. Analizando las di-

Gráfica 1.- Nivel reportado en cada uno de los indicadores de CV evaluados con el Cuestionario de Dunbar (n=79).



ferencias entre estos dos indicadores que evalúa el CD, observamos que esta fue significativa para los indicadores de bienestar físico [“t”=4.13(78), p.000)], autocontrol [“t”=-4.35(78), p.000)], área económica [“t”=-3.39(78), p.001)] y casi para área laboral [“t”=1.87(78), p.06)]. En la evaluación global por la escala análoga visual se reportó un nivel de CV del 76%.

Discusión

Las características sociodemográficas de los pacientes resultaron similares a las referidas en la literatura para los trastornos psicóticos[10,11,15,18], ya que se observó mayor cantidad de hombres, jóvenes, que no lograron en su mayoría concluir sus estudios, y que no eran independientes ni autosuficientes, ya que la mayoría no tenía pareja, vivía con sus padres o algún familiar y no tenían trabajo remunerado. La patología más frecuente fue la esquizofrenia; la enfermedad psicótica tenía una duración de meses a dos décadas, y al parecer la opción terapéutica más utilizada para su manejo fueron los NLPA. Los pacientes no tenían síntomas severos de su enfermedad, pero presentaban un estado que aún requería de tratamiento. Se considera que no presentaban síntomas extrapiramidales por el uso de los NLPA, pero también por que al parecer no los ingerían como estaban indicados, lo que podría ser secundario a su mayor costo, actitud negativa hacia este tratamiento, la eficacia del mismo y/o a un bajo nivel de conciencia de enfermedad en el paciente. En relación a la medición de la CV y considerando como equivalentes la evaluación del Bienestar psicológico y Salud mental (42/67-63); Bienestar físico, Salud física y Funcionalidad física (40/75-76); Humor, Afecto y Actitud emocional (40/84-56); Relaciones sociales, Amigos y Funcionalidad social (66/72-66); Área laboral y Trabajo (46/70); y finalmente Área económica y Economía (70/70), nuestros pacientes reportaron un nivel de CV inferior en casi todos los indicadores, a excepción de los dos últimos, en relación a lo reportado por Hofer y Nasrallah. Sin embargo el primer autor incluyó en su estudio pacientes externos con solo un año de evolución de su enfermedad y seis semanas de haber sido dados de alta; y el segundo autor pacientes esquizofrénicos con una calificación basal media en la escala PANSS de 67, por lo que es probable que los pacientes tenían presencia de un nivel de psicopatología que casi no requería de atención. También considerando equivalentes la evaluación de Bienestar físico y Actividades diarias por la relación entre el aspecto físico y la capacidad de realizar actividades (42/67); las evaluaciones de Relaciones sociales (66/68); Área laboral y trabajo (46/75); y por último Área económica y finanzas (70/75), que corresponden a los indicadores de CV evaluados en nuestro estudio y el de Matto, también nuestros pacientes reportaron un nivel inferior en su CV. No obstante este autor incluyó en su estudio pacientes esquizofrénicos con dos años de evolución y que no padecían alguna comorbilidad como enfermedad física crónica, daño orgánico o abuso de sustancias. Por otro lado considerando la evaluación total de la CV en relación a una evaluación global de esta variable, como la realizada por Bryson, nuestros pacientes reportaron un mejor nivel (51/41.98-47.44), así como en relaciones sociales vs relaciones interpersonales (66/18.63-17.08). Aunque este autor estudió pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo que realizaban una actividad laboral con o sin paga dentro de un programa de rehabilitación, y solo haciendo la evaluación de tres indicadores de CV y la global, y nuestros pacientes tenían

mayor tiempo de evolución en su enfermedad, solo algunos meses con tratamiento en hospitalización parcial y las características ya referidas anteriormente, que pueden influir en forma negativa sobre su CV. Aunque se he referido que la EAV realiza una evaluación directa de la CV, el nivel que reportó este instrumento de la variable en estudio resultó muy similar a la evaluación global por medio de la ICG; esto reafirma la idea de que un instrumento de evaluación global no detectan las áreas en donde pueden existir problemas, de ahí las diferencias entre los instrumentos diseñados para evaluar áreas específicas. Aunque esto puede ser resultado también de que los mismos pacientes consideran que algunos de los problemas que sufren, no son jurisdicción médica, como se ha señalado anteriormente[2,4].

Conclusión

El nivel de CV de nuestros pacientes psicóticos bajo tratamiento en Hospitalización Parcial, puede considerarse equivalente a la reportada en la literatura, cuyo nivel es bajo y presenta problemas a nivel de varios aspectos psicológicos y sociales. En su medición se incluyeron evaluaciones a nivel objetivo y subjetivo en nuestro trabajo, sin embargo consideramos que se deben incluir instrumentos para evaluar el nivel de conciencia sobre la enfermedad, lo que algunos autores llaman insight, y la actitud de los pacientes hacia el tratamiento, pues se observó mal apego al manejo farmacológico, y estos aspecto pueden influir en forma negativa sobre el nivel de CV reportado. Por otro lado consideramos que el tratamiento de los pacientes psicóticos no debe limitarse solo a un manejo biológico con fármacos, si no que deben incluir aproximaciones dirigidas a mejorar las áreas psicosociales de su CV, para así lograr una mejoría integral del paciente, e incrementar su nivel de rehabilitación y reinserción social, aspectos que constituyen unos de los objetivos específicos de los programas de Hospitalización Parcial. Finalmente podemos afirmar que se requieren estudios comparativos entre subpoblaciones y aproximaciones terapéuticas diferentes, los que pueden permitir el desarrollo de las opciones con mejores resultados, así como de programas y políticas dirigidas a mejorar la utilización de los recursos, y desde luego la CV de los pacientes psicóticos.

Bibliografía

1.- Giner J, Ibánez E, Cervera S, SanMartín A y Caballero R; "Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia". *Acta Esp Psiquiatr*; 2001; 29(4); 233-42

2.- López S, Lara MC y Ban H; "Validez y confiabilidad de instrumentos para evaluar calidad de vida en pacientes con cardiopatía coronaria isquémica tratados en el Instituto Nacional de Cardiología"; Secretaria de Salud e Instituto Mexicano de Psiquiatría, Tesis para obtener el título de especialista en Psiquiatría de Enlace; Marzo 1997; México D.F.

3.- Lara MC, Ponce de León S, De la Fuente JR; "Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer"; *Rev Invest Clin* 1995; 47; 315-27

4.- López S, Lara MC y Ban H; "Calidad de Vida en pacientes con cardiopatía coronaria isquémica tratados con cirugía de puenteo coronario y angioplastía coronaria transluminal percutánea"; Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Mexicano de Psiquiatría; Tesis para obtener el grado de Maestro en Psiquiatría (Psicología Médica); Marzo 2000; México D.F.

5.- De la Fuente R; "Calidad de vida en el paciente esquizofrénico"; *Información Clínica* 1992; 3(2); 7

6.- Cramer A et all; "Quality of life in schizophrenia: a comparison of instruments"; *Schizophr Bull* 2000; 26(3); 659-66

7.- Fitzgerald et all; "Subjec and observer-rated quality of life in schizophrenia"; *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103; 387-392

8.- Bryson G, Lysaker P and Bell M; "Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia"; *Schizophr Bull* 2002; 28(2); 249-57
9.- Meijer C, Schene A and Koeter M; "Quality of life in schizophrenia measured by the MOS SF-36 and the Lancashire Quality of life Profile: a comparison". *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105; 293-300
10.- Eklund M, Backström M and Hansson L; "Personality and self-variables: important determinants of subjective quality of life in schizophrenia out-patients"; *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108; 134-43
11.- Hofer A et all; "Quality of life in schizophrenia: The impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects"; *J Clin Psychiatry* 2004; 65(7); 932-39
12.- Lehman A, Ward N and Linn L; "Chronic mental patiens: the quality of life issue"; *Am J Psychiatry* 1982; 139(10); 1271-76
13.- Pinkney A, Gerber G and Lafave H; "Quality of life after psychiatric rehabilitation: the clients' perspective"; *Acta Psychiatr Scan* 1991; 83; 86-91
14.- Simeoni M et all ; "Revue critique des instruments de mesure de la qualité de vie dans la schizophrénie. 'Overview of measures of quality of life among persons with schizophrenia"; *Fr. L´Encéphale* 2000; XXVI; 35-41
15.- Lobana A, Mattoo K, Basu D and Gupta N; "Quality of life in schizophrenia in India: comparison of three approaches"; *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104; 51-5
16.- Nasrallah H et all; "Health-related quality of life in patients with schizophrenia during treatment with long-acting risperidone"; *J Clin Psychiatry* 2004 Apr; 65(4); 531-6
17.- Dilla T, Prieto L y Sacristán J; "Farmacoeconomía y calidad de vida en el tratamiento de la esquizofrenia y el transtorno bipolar con olanzapina"; *Actas Esp Psiquiatr* 2004; 32 Monogáfico (1); 12-19
18.- Enciso L, López S, Rojas C; "Validación del cuestionario de Dunbar para evaluar calidad de vida en pacientes psicóticos"; Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría de Salud y Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" 2005; México D.F.
19.- Apiquián R; "Escalas de evaluación en las psicosis"; Ciencias y Cultura Latinoaméricana, S. A. de C.V.; *Evaluación de la Psicopatología. Escalas en Español*. 1ra. Edición; Apiquián R, Fresán A, Nicolini H. JGH editores; México D.F. 2000; 19-36
20.- Bobes J, Portilla G, Bascarán T, Sáiz P y Bousoño M; "Instrumentos de evaluación para los trastornos esquizofrénicos"; Psiquiatría Editores S.L; *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*; 2da. Edición, Tomo I; Bobes J, Portilla G, Bascarán T, Sáiz P y Bousoño M editores; Barcelona (España) 2002; 27-40
21.- Apiquián R; "Escalas de evaluación de movimientos anormales". Ciencias y Cultura Latinoamérica, S.A. de C.V; *Evaluación de la Psicopatología. Escalas en español Evaluación de la Psicopatología. Escalas en español*; 1ra. Edición; Apiquián R, Fresán A, Nicolini H. JGH editores; México D.F. 2000; 89-96
22.- Thompson K, Kulkarni J and Sergejew A; "Reliability and validity of a new medication adherence rating scale (MARS) for the psychoses"; *Schizophr Res* 2000; 42; 241-247
23.- Nicolini H y Fresán A; "Escalas de evaluación de los trastornos afectivos"; Ciencias y Cultura Latinoamérica, S.A. de C.V; *Evaluación de la Psicopatología. Escalas en español*; 1ra. Edición; Apiquián R, Fresán A, Nicolini H. JGH editores; México D.F. 2000; 49-60
24.- Bobes J, Portilla G, Bascarán T, Sáiz P y Bousoño M; "Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor"; Psiquiatría Editores S.L. 2da. Edición; Bobes J, Portilla G, Bascarán T, Sáiz P y Bousoño M editores; *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*, Barcelona (España) 2002; 41-55
25.- Bobes J, Portilla G, Bascarán T, Sáiz P y Bousoño M; "Instrumentos de evaluación del estado clínico global"; Psiquiatría Editores S.L.; Bobes J, Portilla G, Bascarán T, Sáiz P y Bousoño M editores; 2da. Edición; *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*; Barcelona (España) 2002; 111-113
26.- Stoker M, Dunbar G and Beumont G; "The SmithKline Beecham 'quality of life' scale: a validation and reliability study in patients with affective disorder"; *Quality of Life Res* 1992; 1; 385-95
27.- López S, Roche B y Estrada M; "Calidad de Vida en pacientes geriátricos con Depresión"; *Psiquiatría* 2007; Enero-Abril; 7-11