

**QUALITAT DEL SON, FUNCIONAMENT
PSICOSOCIAL I QUALITAT DE VIDA EN
PERSONES AMB LA MALALTIA DE
L'ESQUIZOFRÈNIA**

Treball de Final de Grau de Psicologia

Autor: Irene Iborra Rovira

Curs: 2016-2017

Tutora: Assumpció Guillén

Estudi: Grau de Psicologia

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

15 de maig de 2017

ÍNDEX

Resum.....	1
1. Introducció.....	2
2. Marc teòric.....	3
2.1. L'esquizofrènia.....	3
2.1.1. Història de l'esquizofrènia.....	3-4
2.1.2. Concepte actual de l'esquizofrènia.....	4-5
2.1.3. Subtipus.....	5
2.1.4. Simptomatologia.....	6-9
2.1.5. Classificació diagnòstica.....	9-10
2.1.6. Tractament farmacològic per l'esquizofrènia i els seus efectes en el son	11-12
2.1.7. Trastorn esquizoafectiu.....	12-13
2.2. El son.....	13
2.2.1. Història del son.....	13-14
2.2.2. Biologia del son en persones sanes.....	14-19
2.2.3. Biologia del son en persones amb esquizofrènia.....	19-23
2.3. Funcionament psicosocial i qualitat de vida.....	23
2.3.1. Concepte de Qualitat de Vida.....	23-24
2.3.2. Concepte de Funcionament Psicosocial.....	24-25
2.3.3. Relació entre funcionament psicosocial, qualitat de vida i esquizofrènia.....	25-27
2.3.4. Relació entre la qualitat del son, funcionament psicosocial i qualitat de vida.....	27-28
3. Objectiu.....	28
4. Hipòtesi.....	28
5. Metodologia.....	29
5.1. Selecció del centre.....	29
5.2. Selecció de la mostra.....	29
5.3. Procediment.....	30
5.4. Instruments.....	31

5.4.1. L'escala d'impressió Clínica Global (ICG).....	31
5.4.2. L'índex de Qualitat del son de Pittsburgh (PSQI).....	31-32
5.4.3. Qüestionari de Somnolència d'Epworth.....	32-33
5.4.4. L'escala de funcionament personal i social (PSP).....	33
5.4.5. L'escala de Qualitat de Vida (QLS).....	33-34
5.4.6. Fitxa de dades sociodemogràfiques.....	34-35
5.4.7. Documents d'autorització.....	35-36
6. Resultats.....	36
6.1. Anàlisi dels resultats de l'Índex de Qualitat del son de Pittsburgh (PSQI).....	37-38
6.2. Qüestionari de Somnolència d'Epworth.....	38
6.3. L'escala de funcionament personal i social (PSP).....	39-40
6.4. Qüestionari SF-36 sobre l'estat de salut (Short-Form, SF-36)..	40-42
6.5. Fitxa de Dades Sociodemogràfiques.....	43-45
7. Discussió.....	46-49
8. Conclusions.....	49-50
9. Limitacions del treball.....	50
10. Perspectives de futur.....	50
11. Referències bibliogràfiques.....	51-55
12. Annexes.....	56
Annex 1. Consentiment Informat	
Annex 2. Fitxa de dades	
Annex 3. L'escala d'impressió clínica Global (ICG)	
Annex 4. L'índex de Qualitat del son de Pittsburgh (PSQI)	
Annex 5. Qüestionari de Somnolència d'Epworth	
Annex 6. L'escala de funcionament personal i social (PSP)	
Annex 7. Qüestionari SF-36 sobre l'estat de salut (Short-Form, SF-36)	

Agraïments

A l'Assumpció Guillén per el seu incondicional suport, ajuda i compromís en la realització d'aquest treball, ja que sense la seva guia i consell, aquest no hagués evolucionat tant favorablement com ha acabat essent.

Als professionals d'Osona Salut Mental per la seva implicació i facilitació de les dades i persones per a l'estudi.

Al Josep Manel Santos per la seva motivació i interès per ajudar-me a tirar endavant l'estudi.

Resum

En l'actualitat, es considera que un dels elements per aconseguir el benestar de salut desitjat és gaudir d'un son reparador, ja que existeix una relació estreta entre la qualitat i la quantitat del son i l'estat de salut. Les persones amb la malaltia de l'esquizofrènia mostren algun tipus d'alteració del son, associada amb anormalitats en els ritmes circadians. Una mala qualitat del son, possiblement influirà en un augment de la somnolència, afectant el funcionament diari i la qualitat de vida de la persona. La finalitat d'aquest estudi és estudiar com és la qualitat del son en persones diagnosticades d'esquizofrènia i, o trastorns psicòtics, com és el seu funcionament psicosocial i la seva qualitat de vida. En l'estudi s'obtenen dades de qualitat del son, somnolència, funcionament psicosocial i qualitat de vida de persones amb la malaltia de l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics que es troben en seguiment ambulatori. Un cop obtingudes les dades i fet l'estudi descriptiu s'observa que en els resultats de la mostra no hi ha un perfil clar del son, que la majoria d'individus de la mostra presenten un mal funcionament psicosocial. La majoria dels subjectes estudiats tenen la percepció de tenir una bona qualitat del son i una bona qualitat de vida.

Paraules clau: Esquizofrènia, qualitat del son, funcionament psicosocial, qualitat de vida.

Abstract

At present, it is considered that one of the key factors needed to fully achieve an optimal health welfare is to benefit from a restful sleep. That is so since there exists a close relationship between the quality and quantity of sleep and one's health. People who suffer from schizophrenia show some kind of sleep alteration, which is associated to abnormalities in the circadian rhythms. A poor-quality sleep will probably increase one's drowsiness, thus affecting the daily functioning and the quality of life of the person. The aim of this study is to see what the quality of the sleep is like among the people who have been diagnosed with schizophrenia and/ or other psychotic disorders, and what their psychosocial functioning and their quality of life is like. In the study, the data is extracted from the quality of the sleep, the drowsiness, the psychosocial functioning and the quality of life of the people who suffer from schizophrenia and/ or other psychotic disorders which are being monitored in the health centre. Once the data is obtained and once the descriptive study is done, it can be observed that in the results of the sample there is not a clear profile of the sleep. Also, the majority of individuals in the sample show a bad psychosocial functioning. Most of the subjects studied are perceived to have a good quality of sleep and a good quality of life.

Key Words: Schizophrenia, sleep quality, psychosocial functioning, quality of life

1. Introducció

Aquest treball està enfocat a estudiar l'existència d'alteracions del son de les persones amb malaltia de l'esquizofrènia i com els hi afecte en el seu funcionament i qualitat de vida. El projecte es dirigeix a persones amb esquizofrènia que formen part del seguiment ambulatori d'Osona Salut Mental, del Consorci Hospitalari de Vic.

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2017) l'esquizofrènia és una malaltia mental greu que afecta a 21 milions de persones de tot el món. És una malaltia que, entre altres efectes, provoca l'alteració del son, com l'insomni o la somnolència excessiva. Aquesta distorsió en la qualitat del son pot interferir en la funcionalitat de les persones que la pateixen, i en conseqüència en la seva qualitat de vida.

El son constitueix un pilar fonamental dels hàbits de vida saludables tenint sempre en compte el context sociocultural. El son es caracteritza per ser imprescindible, restaurador, complementari i fonamental per assegurar la vigília i fisiològicament necessari.

El meu interès per aquest tema va aparèixer durant l'estada pràctica de quart grau en l'àmbit de psicologia clínica. Persones amb el diagnòstic d'esquizofrènia i bipolaritat venien a les consultes ambulatories per el seu seguiment i tractament, on vaig poder observar i copsar les necessitats que presenten aquestes persones en el son, l'adaptació social i personal i en definitiva la percepció que aquests tenien de la seva qualitat de vida. A partir d'aquí, he volgut aprofundir en aquest camp.

Per tant, el què es pretén en aquest estudi és conèixer com és la qualitat del son en persones diagnosticades d'esquizofrènia i, o trastorns psicòtics, com és el seu funcionament psicosocial i la seva qualitat de vida.

El treball està dividit en 3 parts: teòrica i plantejament- pràctica i recollida de dades- avaluació de dades i conclusions-.

El primer apartat, corresponent al marc teòric, observarem l'evolució en l'estudi de la malaltia de l'esquizofrènia, del son, del funcionament psicosocial i de la qualitat de vida.

En la segona part es defineixen els objectius i la hipòtesis del treball i s'explica la metodologia que es duu a terme en l'estudi. En la tercera, s'avaluen els resultats extrets de les proves realitzades i finalment es fa la discussió del compliment o no de la hipòtesis inicial i s'exposen les limitacions que han anat apareixen al llarg de l'estudi.

2. Marc teòric

2.1. L'Esquizofrènia

2.1.1. Història de l'esquizofrènia

La descripció més antiga que es coneix sobre l'esquizofrènia, segons Zilboorg i Henri (1941) és la d'un malalt "golafre, brut, que va despullat, sense memòria i que es mou dificultosament" (Gómez, I., 1994).

En l'època de la psiquiatria moderna es creia que l'esquizofrènia com altres trastorns mentals psicòtics eren causa de càstigs divins, possessions demoníaqes i altres alteracions que tenien a veure amb éssers o entitats divines (Abelleira, P. G., 2012).

La malaltia inicialment va ser denominada *demència precoç* pel Dr. Morel al 1856 en què hi destacaven els símptomes d'un deteriorament de la vida social i la presència d'alteracions de la realitat. Seguidament, l'any 1896, Kraepelin va fer una descripció del terme demència precoç, en què hi va incloure, inici primerenc, evolució fins al deteriorament i absència de psicosis maníaco-depressiva. En aquesta demència precoç existeixen tres grups: paranoide, catatònica i hebefrènica; aquesta divisió va servir com a precursora de la classificació de diversos tipus d'esquizofrènia (Abelleira, G., 2012).

A partir de l'any 1900 es van plantejar si l'esquizofrènia era una malaltia mental o en certa manera era una malaltia biològica. Al 1911 Bleuer va canviar el terme *demència precoç* per *esquizofrènia*, ja que el concepte de demència precoç era totalment inexacte i no sempre hi havia un deteriorament de la persona (Abelleira, G., 2012). Molts altres investigadors van estar d'acord, i es va seguir estudiant sobre el trastorn, les seves causes, els seus símptomes, la seva classificació, etc.

Seguidament, comencen a quedar enrere les cabines i les camilles d'inmovilitació que es retenia a aquestes persones i es va donar lloc a la creació d'institucions noves i modernes en què els metges van començar a fer teràpies amb els pacients; com és el cas de la creació d'unes nories giratòries que tenien la finalitat de despertar sentiments de felicitat als pacients diagnosticats d'esquizofrènia (Calmecacradio, 2011). Així doncs, molts pacients comencen també a ingressar en clíniques on se'ls proporciona banys amb embenats per tal de donar tranquil·litat durant hores.

Els psiquiatres demostren que la malaltia dels fills dels afectats es manifesta amb més freqüència del què es normal, deduint que l'esquizofrènia és una malaltia hereditària, per tant que la seva causa és púrament genètica (Abelleira, G., 2012).

Posteriorment, es van començar a dur a terme teràpies amb electricitat, on s'utilitzaven electrodes per provocar electoshocks amb l'objectiu de tractar atacs epilèptics, la psicosis i la depressió. Els electoshocks s'utilitzaven com a preparatiu per les operacions de cervell, la lobotomia . Aquesta passa a ser un dels primers tractaments als pacients amb esquizofrènia; sorgeix al 1928, la descobreix el doctor John Fulton però és el neuròleg Antonio Egas Moniz el que li dóna popularitat. En aquella època era la tecnologia que es creia més avançada i eficaç per poder tractar l'esquizofrenia i el que pretenien amb aquesta cirurgia era reduir o eliminar per complet les al·lucinacions i els símptomes psicòtics de l'esquizofrenia. (Acedo, C. M., 2012).

Aquest mètode es va deixar d'utilitzar amb el descobriment dels medicaments psiquiàtrics moderns, els neurolèptics, per tal de reduir la creativitat i la fantasia dels afectats. Es va trobar que gràcies als medicaments, molts pacients se'ls podia donar l'alta i tornar a casa, ja que amb una petita modificació amb la química del cervell es reconduïa la psicosis (Abelleira, G., 2012).

2.1.2. Concepte actual de l'esquizofrènia

L'esquizofrènia és un trastorn mental crònic, sever i incapacitant en què les manifestacions no són exclusives de la malaltia ni estan presents en cada pacient (Martín, E. & Navarro, I., 2012).

L'esquizofrènia és una malaltia cerebral d'origen desconegut (E. Obiols, et al., 1989). La causa de l'esquizofrènia segueix sent incerta, però aquesta pot ser deguda a un desequilibri en les reaccions químiques complexes i interrelacionades del cervell (s'inclouen els neurotransmissors dopamina i glutamat) que pot jugar un paper decisiu en el seu desenvolupament (Martín, E. & Navarro, I., 2012).

La paraula esquizofrènia, significa "ment dividida"; es refereix a un allunyament de la realitat. Les persones que pateixen esquizofrènia poden mostrar una greu distorsió del pensament, la percepció i les emocions així com un dèficit cognitiu (Abelleira, G., 2012).

La malaltia es sol desenvolupar a l'adolescència (en alguns casos en la infància) o a l'inici de l'edat adulta. Segons M. Monti, J. et al., (2016) l'esquizofrènia sol sorgir a mitjans dels 20 anys d'edat en els homes i en el cas de les dones cinc anys més tard. No es sol desenvolupar després dels 45 anys. La seva aparició pot ser gradual o es pot presentar súbitament. Segons Martín, E. & Navarro, I., (2012) l'evolució de l'esquizofrènia és variable i es sol desenvolupar alternant períodes de crisis entre la

fase aguda i la fase estable, que es caracteritza per moments estables o de remissió total o parcial dels símptomes.

L'esquizofrènia té un component genètic però també té un component ambiental i psicosocial que influeix considerablement en el desenvolupament de la malaltia, com les complicacions perinatals i les situacions d'estrés. La interacció entre els factors genètics (hereditaris) i els factors ambientals crea un estat de vulnerabilitat i predisposició a desenvolupar el trastorn. Així doncs, s'han de valorar els dos factors, però sobretot el factor ambiental, ja que és on podem intervenir. La finalitat de la intervenció precoç és disminuir la possibilitat de desenvolupar la malaltia (Martín, M. E & Navarro, L. I.,2012).

Segons Martín, E. & Navarro, I., (2012) una de les formes més eficaçes d'abordar l'esquizofrènia ja desenvolupada és mitjançant una teràpia integral que combini tractament farmacològic i psicosocial i en el que participen activament professionals sanitaris, el propi pacient i els seus afins. Aquesta teràpia pretén reduir la vulnerabilitat del pacient davant situacions d'estrés, reforçant la seva adaptació i funcionament social i procurant aconseguir la millor qualitat de vida possible.

2.1.3. Subtipus

L'esquizofrènia no és un únic trastorn sinó que és un conjunt de trastorns (subtipus); classificats segons el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals V (DSM V, 2014) poder ser:

<i>SUBTIPUS D'ESQUIZOFRÈNIA</i>	
Paranoide	Preocupació per els deliris o les al·lucinacions, en ocasions de persecució o grandiositat.
Desorganitzada	Discurs o comportament desorganitzat, o inexpresivitat o emoció inapropiada.
Catatònica	Immobilitat (o excessiu moviment sense un objectiu), negativisme extrem o repetició calcada del moviment i del discurs dels altres o amdós.
Indiferenciada	Molts i vàris símptomes.
Residual	Retracció, després de que les al·lucinacions i els deliris han desaparegut.

2.1.4. Simptomatologia

Els cinc subtipus de la malaltia comparteixen alguns trets comuns però també tenen alguns símptomes que els caracteritzen. Aquests símptomes segons Martín, E. & Navarro, I., (2012) i el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals V (DSM V, 2014) són:

A) Símtomes positius.

Són comportaments psicòtics (el pacient perd el contacte amb la realitat). Aquests poden ser:

- Al·lucinacions

Són percepcions que tenen lloc sense la presència d'estímuls externs. Són vívides i clares, amb tota la força i l'impacte de les percepcions normals (amb presència d'estímuls externs), i no estan subjectes a un control voluntari. Les al·lucinacions poden tenir lloc en qualsevol modalitat sensorial, però les més comunes en l'esquizofrènia i en trastorns relacionats són les auditives. Aquestes normalment s'expressen en forma de veus, conegudes o desconegudes, que es perceben com a diferents del seu pensament (egodistònic).

- Deliris

Els deliris són creences fixes que no són susceptibles a canvi encara que s'obtinguin proves que rebatin aquestes; el subjecte hi creu fermament encara que s'hagi demostrat que no són reals

El contingut dels deliris pot incloure varis temes com són:

a) El *deliri persecutori* és la creença que la persona està sent o serà perjudicat, acosat, etc. per un individu, una organització o un grup (són els més comuns).

b) El *deliri referencial* és la creença de que certs gests, comentaris, senyals del medi ambient, etc., es dirigeixen a un mateix (també són comuns).

c) El *deliri de grandesa* és quan la persona creu que ell o ella té habilitats, riquesa o fama excepcional.

d) El *deliri erotomànic* és quan l'individu creu erròniament que una altra persona està enamorada d'ell o d'ella.

e) El *deliri nihilista* és quan la persona està convençuda que succeirà una gran catàstrofe.

f) El *deliri somàtic* es centra en preocupacions referents a la salut i el funcionament dels òrgans.

Els deliris es poden classificar en *extravagants* si són clarament inverosímils, incomprensibles i no procedeixen d'experiències de la vida corrent i en *no extravagants*, com quan la persona està sent vigilada per la policia, sense cap mena de prova convincent.

Els deliris que es consideren extravegants són els que expressen una pèrdua de control sobre la ment o el cos; aquests inclouen:

a) Els *deliris de robatori del pensament*. Es té la creença de que els propis pensaments han estat "robats" per una força externa.

b) Els *deliris d'inserció del pensment*. La creença de que li han inserit pensaments aliens en la propia ment.

c) Els *deliris de control*. La creença de que existeix una força externa que està manipulant o influïent en el propi cos o la propia ment.

A vegades és difícil distingir un deliri d'una creença ferma però es pot arribar a diferenciar en funció del grau de convicció que es té de la creença malgrat la presència de proves clares o raonables en contra de la seva veracitat.

- Pensament (discurs) desorganitzat

Poden aparèixer trastorns del pensament desorganitzats (trastorn formal del pensament) i delirants en la conversa que realitza la persona i són propensos al riure, les llàgrimes o la ira fora de lloc. Poden arribar a parlar de manera intel·ligible, deixar de parlar sobtadament en mig d'una idea, o inventar paraules.

El subjecte pot canviar d'un tema a un altre (descarrilament o associacions laxes). Les seves respostes a les preguntes poden estar indirectament relacionades o no estar-ho en absolut (tangencialitat).

El símptoma de discurs lleugerament desorganitzat freqüent i inespecífic, ha de ser el suficientment greu per dificultar la comunicació de manera substancial.

Es pot produir una menor gravetat de la desorganització del pensament o del discurs durant els períodes prodòmics i residuals de l'esquizofrènia.

- *Comportament motor desorganitzat o anòmal (inclou catatònia)*.

Hi pot haver l'existència de trastorns del moviment, com moviments agitats repetitius o entrar en un estat de catatonia, en el qual el subjecte no realitza cap mena de moviment.

El comportament motor desorganitzat o anòmal es pot manifestar de diverses maneres passant de les "tonteries" infantiloides a l'agitació imprescindible. Poden manifestar problemes per realitzar moviments dirigits a algun objectiu, amb dificultats a l'hora de realitzar activitats quotidianes.

El comportament catatònic és una disminució marcada de la reactivitat a l'entorn. Oscil·la entre la resistència a seguir instruccions (negativisme) i l'adopció mantinguda d'una postura rígida, inapropiada o extravegant, i l'absència total de respostes verbals o motores (mutisme i estupor). També pot incloure activitat motora sense cap finalitat i excessiva sense causa aparent (excitació catatònica). Altres característiques són els moviments estereotipats repetits, la mirada fixa, les ganyotes, el mutisme i l'ecolàlia.

B) Síntomes negatius.

És l'absència de conductes. Tenen veus sense tons, rostres inexpressius o el cos mut i rígid. Així doncs, la persona no mou el rostre i parla amb desànim, està insatisfeta, li costa iniciar i mantenir activitats planificades.

Els símptomes negatius són responsables d'una proporció important de la morbiditat associada a l'esquizofrènia. Són difícils de detectar.

Els símptomes negatius més prominents en l'esquizofrènia són:

- *L'expressió emotiva disminuïda*

Consisteix en una disminució de les expressions de les emocions mitjançant la cara, el contacte ocular, l'entonació de la parla (prosodia) i els moviments de les mans, del cap i de la cara que habitualment donen un émfasi emotiu al discurs.

- *L'abulia*

És una disminució de les activitats, realitzades per iniciativa pròpia i motivades per un propòsit. La persona pot estar asseguda durant llargs períodes de temps i mostrar escàs interès en participar en activitats laborals i socials.

- *L'anhedonia*

És la disminució de la capacitat per experimentar plaer a partir d'estímul positius o la degradació del record del plaer experimentat prèviament.

- *L'alogia*

És la reducció de la parla.

- *L'associalitat*

És la falta d'interès per les interaccions socials. Pot estar associada a l'abulia però també pot ser un indicador de l'existència d'escasses oportunitats per les interaccions socials.

2.1.5. Classificació diagnòstica

Amb el pas dels anys, els manuals diagnòstics de les malalties mentals han anat canviant. A continuació es pot observar la diferència en la definició d'esquizofrènia en el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals I (DSM I, 1952), en el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals IV -TR (DSM IV-TR, 2000) que ha estat utilitzat fins ara, i que per diversos professionals de la psiquiatria i la psicologia es segueix utilitzant, i finalment, la definició més moderna que es troba en el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns mentals V (DSM V, 2014):

DSM I. Les reaccions esquizofrèniques es classifiquen de la següent manera: Simple, Tipus hebefrènic, Catatònic, Paranoide, Agut indiferenciat, Tipus Esquizoafectiu, Tipus infantil i Tipus residual.

DSM IV. El terme esquizofrènia es defineix com un trastorn psicòtic que presenta al menys dues d'aquestes característiques: idees delirants, al·lucinacions, llenguatge desorganitzat, comportaments catatònics i símptomes negatius (aplanament afectiu, abulia, alogia). Es té present el següent:

- Les característiques que presenta el subjecte han d'impossibilitar la vida quotidiana d'aquest.
- No es considera esquizofrènia si apareix la simptomatologia degut a la ingesta de substàncies psicoactives o a una malaltia mèdica associada.
- No existeix una única esquizofrènia sinó que hi han varis tipus.
- Cada tipus posseeix les seves propies particularitats, encara que en molts casos es poden confondre símptomes d'una amb l'altra. Per això és necessari fer una avaluació correcta i completa del subjecte per poder delimitar el tipus concret i, en conseqüència, actuar amb l'objectiu de disminuir el grau i l'intensitat de la simptomatologia així com promoure la qualitat de vida del pacient.

DSM V. Els criteris diagnòstics de l'esquizofrènia són els següents:

A. Dos (o més) dels símptomes següents han d'estar presents durant una part significativa de temps, en un període d'un mes (o menys si es tracta amb èxit). Al menys un dels símptomes ha de ser (1), (2) o (3):

1. Deliris.
2. Al·lucinacions.
3. Discurs desorganitzat (per ex., disgregació o incoherència freqüent).
4. Comportament molt desorganitzat o catatònic.
5. Síntomes negatius (expressió emotiva disminuïda o abulia).

B. Durant una part significativa del temps, des de l'inici del trastorn, el nivell de funcionament en un o més àmbits principals, com la feina, les relacions interpersonals o l'autocura, es troba molt per sota del nivell obtingut abans de l'inici (o quan comença la infància o l'adolescència, fracassa la consecució del nivell esperat de funcionament interpersonal, acadèmic o laboral).

C. Els signes continus del trastorn persisteixen durant un mínim de sis mesos. Aquest període de sis mesos ha d'incloure almenys un mes de símptomes (o menys si es tracta amb èxit) que compleixin el criteri A (és a dir, símptomes de fase activa) i pot incloure períodes de símptomes prodòmics o residuals. Durant aquests períodes prodòmics o residuals, els signes del trastorn es poden manifestar únicament per símptomes negatius o per dos o més símptomes enumerats en el Criteri A presents de forma atenuada (per ex. Creences estranyes, experiències perceptives inhabituals, etc.).

D. S'ha de descartar el trastorn esquizoafectiu i el trastorn depressiu o bipolar amb característiques psicòtiques perquè:

1. No s'han produït episodis maníacs o depressius majors de forma concurrent amb els símptomes de fase activa.
2. Si s'han produït episodis de l'estat d'ànim durant els símptomes de fase activa, han estat presents només durant una mínima part de la duració total dels períodes actiu i residual de la malaltia.

E. El trastorn no es pot atribuir als efectes fisiològics d'una substància (per ex., una droga o medicament) o a una afecció mèdica.

F. Si existeixen antecedents d'un trastorn de l'espectre autista o d'un trastorn de la comunicació d'inici en la infància, el diagnòstic addicional d'esquizofrènia només es du a terme si els deliris o al·lucinacions són notables, a més dels altres símptomes requerits per l'esquizofrènia, també estan presents durant mínim un mes (o menys si es tracta amb èxit).

2.1.6.Tractament farmacològic per l'esquizofrènia i els seus efectes en el son

No es coneix amb certesa quina és la causa concreta que provoca l'esquizofrènia, però nombrosos científics es basen en la hipòtesis dopaminèrgica, que afirma que les persones que pateixen esquizofrènia presenten una activitat dopaminèrgica per sobre del què és habitual.

Els primers fàrmacs que van sorgir per actuar sobre els receptors de la dopamina i reduir els símptomes positius van ser els antipsicòtics de primera generació, com la clorpromazina. Aquests tenien nombrosos efectes secundaris i algunes mancances, i per aquest motiu van sorgir els antipsicòtics de segona generació, per tal de reduir els efectes extramiramidals i actuar amb més contundència sobre la simptomatologia positiva. Actualment els antipsicòtics de segona generació són els més utilitzats per tractar farmacològicament la malaltia de l'esquizofrènia (Abelleira, G., 2012). Tot i que, també presenten efectes secundaris, sent un d'ells l'augment de la somnolència en els pacients, que variarà en funció del tipus de fàrmac i la seva dosificació.

Estudis realitzats amb persones diagnosticades d'esquizofrènia i de trastorns bipolars en fase maníaca o depressiva van permetre dividir els antipsicòtics de segona generació en tres grups, segons el grau de somnolència que provocaven en la majoria dels pacients (Fang, F. et al., 2016):

- Alta somnolència: Clorazapina
- Somnolència moderada: Olanzapina, perpenazina, quetiapina, risperidona i ziprasidona.
- Baixa somnolència: Aripiprazol, Asenapina, Haloperidol, Lurasidona, Paliperidona i Cariprazina.

La somnolència és un factor comú dels antipsicòtics i pot ser perillós pels pacients que no ho tolerin, ja que una somnolència severa pot portar a accidents, pèrdua de treball, disminució del rendiment escolar, problemes interpersonals i/o negligència cap a un mateix o cap els altres, afectant així a la funcionalitat diària de la persona i la seva qualitat de vida. Però a més a més, segons Fang, F. et al., (2016) és un dels efectes més comuns que causen abandonaments prematurs dels tractaments. Per tal d'evitar el risc una no adherència al tractament, reduir els accidents i millorar la seva qualitat de vida cal assegurar que es prenen les dosis adequades, que es coneix el grau de somnolència que provoca un antipsicòtic i que se sap com manegar els seus riscos. Per dur-ho a terme, s'han d'utilitzar un seguit d'estratègies com educar als pacients sobre una higiene del son saludable, l'elecció d'un antipsicòtic amb un menor risc de somnolència, començant per una dosi baixa, ajustant la dosi quan sigui

necessària i reduïnt al mínim agents simultànis que siguin propensos a la somnolència. Únicament s'hauria de començar utilitzant una dosi molt alta en els pacients que es troben en una psicosis aguda, fase maníaca, d'agitació i/o insomni.

2.1.7. Trastorn esquizoafectiu

Al final del segle XIX Kraepelin va descriure dos trastorns psiquiàtrics, en funció de la severitat dels símptomes i la cronicitat observada en cada una. Aquests van ser la demència precoç (posteriorment anomenada esquizofrènia per Bleuer) i el trastorn maniac-depressiu (actualment anomenat trastorn bipolar). El 1919 es van detectar pacients que presentaven símptomes psicòtics i afectius a la vegada, complicant el diagnòstic diferencial degut a la "barreja" de símptomes mòrbids de les dues psicosis (Rojas, K., 2009).

Kleist va anomenar aquesta barreja dels símptomes, psicosis marginals o intermitges, incloent les psicosis cicloides (són les més properes al concepte d'esquizoafectiu). Però no és fins l'any 1933, que el Dr. Jacob Kasanin redefineix les psicosis cicloides amb psicosis esquizoafectives, en què hi ha un inici bruscat d'al·lucinacions i/o deliris i un inici agut de símptomes maníacs i/o depressius (Rojas, K., 2009).

Actualment, en el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mental (DSM 5, 2014) es defineix a partir dels següents criteris diagnòstics:

A. Un període interromput de malaltia durant el qual existeix un episodi major de l'estat d'ànim (maníac o depressiu major) concurrent amb el criteri A d'esquizofrènia. Nota: l'episodi depressiu major ha d'incloure el Criteri A1: Depressió de l'estat d'ànim.

B. Deliris o al·lucinacions durant dos o més setmanes en absència d'un episodi major de l'estat d'ànim (maníac o depressiu) durant tot el curs de la malaltia.

C. Els símptomes que compleixen els criteris d'un episodi major de l'estat d'ànim estan presents durant la major part de la duració total de les fases activa i residual de la malaltia.

D. El trastorn no es pot atribuir als efectes d'una substància (p. ej., una droga o medicament) o una altra afecció mèdica.

Especificar si:

Tipus bipolar: aquests subtipus s'aplica si un episodi maníac forma part de la presentació. També es poden produir episodis depressius majors.

Tipus depressiu: aquest subtipus només s'aplica si episodis depressius majors formen part de la presentació.

Associats a aquest trastorn hi pot haver una pobra activitat laboral, un retraïment social, dificultats per l'autocura i un risc alt de suïcidi. És freqüent en aquest trastorn l'anosognosia. Aquests subjectes solen presentar trastorns relacionats amb l'alcohol i altres substàncies. El trastorn esquizoafectiu del tipus bipolar sol ser més freqüent en adults joves; mentre que el trastorn esquizoafectiu de tipus depressiu, apareix amb més freqüència amb adults majors (Benabarre, A. et al. 2007).

La freqüència del trastorn esquizoafectiu sembla ser una tercera part de la freqüència de l'esquizofrènia. S'estima que la prevalença del trastorn esquizoafectiu al llarg de la vida és del 0'3%. La incidència del trastorn esquizoafectiu, és major en les dones que en els homes, fonamentalment per la major incidència del tipus depressiu en entre les dones.

Segons estudis realitzats per Arenas, Á., & Rogelis, A. (2006) amb una mostra de 148 pacients amb esquizofrènia i amb trastorn esquizoafectiu es va trobar que la percepció de la qualitat de vida era similar entre els pacients esquizofrènics i esquizoafectius.

Es requereix d'enfocaments novedosos al problema del trastorn esquizoafectiu, per tal de comprendre'l millor i poder relitzar nous enfocaments terapèutics que es proposen en un moment determinat, ja que el tractament que es proposa és de caràcter sintomàtic, amb medicació segons la simptomatologia que predomina (Arenas, Á., & Rogelis, A., 2006).

2.2. El son

2.2.1. Història del Son

Extret de l'article *Història del Sueño* d' A. Bové, 2015.

L'interès pel son existeix des dels inicis de la humanitat, però ha estat fins ara gaire bé desconegut per nombrosos teòrics degut a la falta d'informació i falta d'evidència empírica. El son es va començar a estudiar més profundament a partir de l'obtenció d'un registre electroencefalogràfic que va demostrar que l'activitat cerebral al llarg del son és canviant i diferent al de la vigília.

L'any 1974 es va descobrir la tècnica de la polisomnografia per registrar certes funcions corporals quan la persona dormia o intentava dormir; va servir de gran ajuda per

diagnosticar trastorns del son. El 1979 es va publicar la primera classificació dels trastorns del son i el despertar. Es va començar a tractar l'insomni com a símptoma i com a possible causa d'alguna malaltia.

Actualment, en el segle XXI els estudis i les investigacions continuen avançant. En l'any 2005 es va publicar la nova classificació internacional dels trastorns del son. Aquesta és modificada l'any 2014 quan sorgeix la tercera classificació dels trastorns del son. Segons Allan Hobson, catedràtic de Psiquiatria, Escola de Medicina, Universitat de Harvard (2015) la neurociència està descobrint dues coses fonamentals en els somnis:

1. Serveixen per reordenar la memòria, els records acumulats al llarg del dia.
2. Els somnis són una espècie d'al·lucinacions sanes.

Allan Hobson (2015) es dedica a estudiar les diferències entre el son i la vigília, en què afirma que el cervell es manté molt actiu durant el son. El cervell treballa continuament quan dormim, exactament presenta un 80% d'activitat.

Segons el doctor Eduard Estivill, que treballa a la unitat d'alteracions del son i a l'Institut Dexeus de Barcelona (2015), tenim un rellotge biològic, que és el nucli supraquiesmàtic de l'hipotàlem, que es troba format per un grup de cèl·lules, que ens diu que hem d'estar desperts de dia i dormir de nit.

2.2.2. Biologia del son de persones sanes

És un estat actiu i consta d'un procés evolutiu, que s'inicia prenatalment i afecta a tots els òrgans del cos. El son és un estat fisiològic d'autoregulació i repòs uniforme d'un organisme; constitueix un pilar fonamental dels hàbits de vida saludables tenint sempre en compte el context sociocultural.

El son es caracteritza per ser:

- Imprescindible (l'ésser humà no pot viure sense dormir).
- Restaurador (el son repara el cos de cada dia).
- Complementari i fonamental per assegurar la vigília (es dorm per poder-se sentir despert al dia següent).
- Fisiològicament necessari.

La privació del son altera significativament els ritmes biològics degut a la participació d'activitats mentals d'una enorme transcendència per l'equilibri psíquic i físic dels individus i que es duen a terme al llarg de les fases del son.

El son està regulat per un doble sistema, el circadià i l'homeostàtic.

- Ritme Circadià

Els ritmes circadians (RC, del llatí *circa* "al voltant de", i *dies* que significa "dia"), són ritmes biològics instrínsecs de caràcter periòdic que es manifesten amb un interva de 24 hores. És una funció biològica indispensable per els organismes vius i actua com un regulador multifuncional. El nostre rellotge biològic es troba als nuclis supraquiesmàtics (NSQ) de l'hipotàlem, regulat per senyals externes de l'entorn; la més potent és l'exposició a la llum i a la foscor. Segons Arboledas, P. G. (2014) aquest rellotge circadià, permet l'anticipació de les variables biològiques als canvis periòdics que tenen lloc com a conseqüència dels cicles ambientals. Entre els ritmes que genera, s'inclouen, els de son-vigília, secrecions hormonals, temperatura corporal, pressió arterial, i la majoria de processos fisiològics, bioquímics i comportamentals de l'organisme.

Segons Arboledas, P. G. (2014) el ritme circadià es genera a nivell cel·lular. El NSQ sincronitza el cicle llum-foscor amb un període de 24 hores. La retina percep la llum, que modula la síntesis de melatonina (hormona de la foscor) i ajuda a sincronitzar el rellotge intern i l'alteració natural dia-nit. La melatonina és una hormona trobada en éssers vius, en concentracions que varien d'acord al cicle diürn/nocturn; és sintetitzada a partir de l'aminoàcid essencial triptòfan i, principalment, es produeix en la glàndula pineal i participa en una gran varietat de processos (cel·lulars, neuroendocrins i neurofisiològics), com controlar el cicle diari del son.

Així doncs, la llum entra periòdicament a través de les cèl·lules ganglionars amb melanopsina de la retina, i segons Garjón J. (2014) a la nit, les senyals neuronals que connecten la retina i el sistema nerviós central amb la glàndula pineal produeixen una alliberació de noradrenalina que indueix a la transformació de la serotonina en melatonina. La melatonina actua com a agent cronobiològic (sincronitzador intern) estabilitzant i reforçant els ritmes biològics (ritme son-vigília, temperatura corporal, cortisol, etc.) ajustant la fase del son i resincronitzant el rellotge biològic. La resposta de la melatonina precisa a canvis en la il·luminació ambiental. La llum bloqueja l'alliberament de melatonina, i l'absència de llum augmenta el seu alliberament. Segons Wulff, K., et al, (2009) el ritma circadià determina el temps/moment del son.

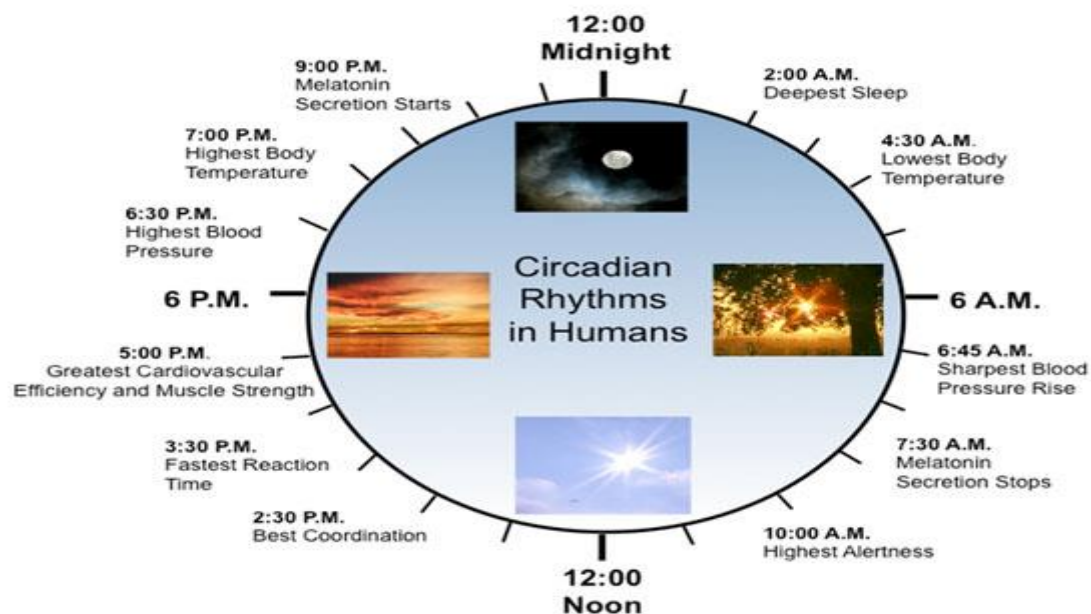


Fig. 1. Ritme circadià, -cicle son vigília-, extret, "Circadian Rhythm", *Ap Biology*. (copyright).

En la figura 1 es pot observar, a part de l'increment de la melatonina amb hores on hi predomina la foscor, canvis en la temperatura al llarg del cicle son-vigília. La temperatura del cos, al llarg del dia, varia, ja que aquesta augmenta durant la nit i disminueix durant el dia. La regulació de la temperatura es produeix per mecanismes independents dels que dirigeixen el ritme circadià de son, però hi ha relació entre tots ells en l'hipotàlem. Durant el son nocturn hi ha major disminució de la temperatura corporal i els mecanismes d'autoregulació són més inestables durant el son NREM que durant la vigília. Durant el son REM la temperatura corporal es va ajustant a la temperatura ambient.

- Homeòstasi del son o procés S

A més del ritme circadià i l'edat, l'homeostasi del son és un altre mecanisme regulador del son. Aquest representa la tendència a l'augment de la necessitat de dormir quan més temps de vigília passa. És a dir, és la propensió a dormir que es va acumulant durant la vigília, és un mecanisme de reestabliment del son. Es troba contrarestat pel nucli supraquiesmàtic (NSQ) de l'hipotàlem, que ens permet mantenir-nos desperts.

En el procés de l'homeòstasi, l'adenosina és la substància implicada com a inductora del son perquè s'acumula en la vigília prolongada i disminueix amb el son reparador subsegüent. L'homeòstasi és un procés que afavoreix el son i el procés que afavoreix

la vigília s'anomena procés circadià del despertar. Segons Wulff, K., et al., (2009) aquest procés manté la duració i la intensitat del son.

Fases del son

El procés/cicle del son es troba constituït per diferents fases o estadis que tenen lloc en un patró repetit al llarg de quatre o sis cicles del son durant tota una nit. Els diversos estadis s'inclouen en dos grans fases del son;

- Son d'ones lentes, no MOR (No Movimientos Oculares Ràpidos) o son no REM (non rapid eye movement).
- Son d'ones ràpides, son MOR (Movimientos Oculares Rápidos) o son REM (rapid eye movement).

Gràcies al descobriment de l'electroencefalograma (EEG) l'any 1929 per Hans Berger, es va poder demostrar l'existència d'unes fases del son, ja que es va aconseguir registrar ones cerebrals d'alta freqüència i baixa amplitud, en el període de la vigília, i la disminució de la freqüència i augment de l'amplitud a mesura que s'avançava en les fases del son. Aquestes fases es diferencien en l'activitat muscular, cerebral i en moviments oculars.

Per una banda, el son d'ones lentes, no MOR, o son no REM està format per quatre fases (fase I, II, III i IV). En aquestes fases, el son es va profunditzant progressivament. El to muscular, el ritme respiratòri, i cardíac es va disminuint, portant al cos en un estat de relaxació, es donen moviments periòdics del cos entre estadis, l'activitat cognitiva és mínima i els moviments oculars s'enlenteixen. La progressió de la fase I a la IV dura uns 90 minuts; el son es va profunditzant provocant un augment de l'aïllament sensorial de l'entorn (major dificultat per despertar-se); aquest va augmentant al llarg de les fases.

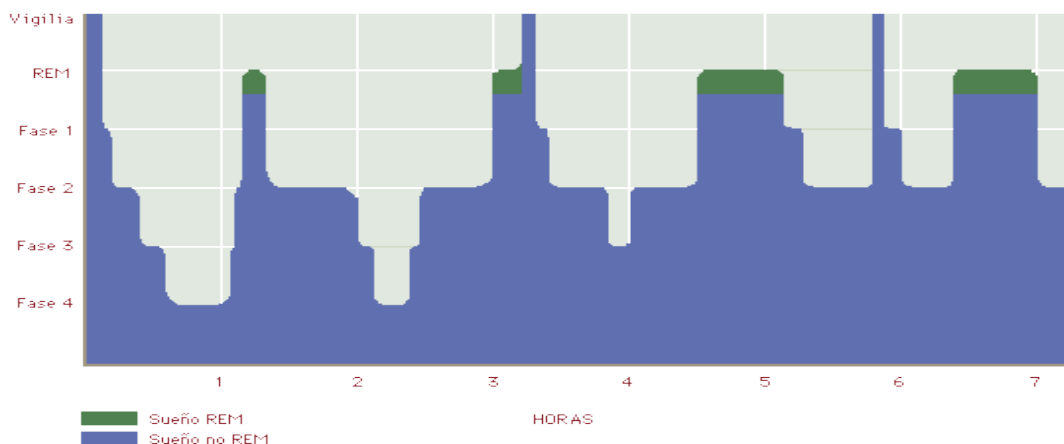


Fig. 2. Funcionament de les fases del son. "Fases del son". *Cristina Ruiz Paloma* (copyright).

La fase 1 o la fase de somnolència, és la primera que apareix en el moment que tanquem els ulls. Els moviments oculars desapareixen completament. El cos inicia una distensió muscular, la respiració es mostra uniforme i en l'estudi de l'EEG s'observa un enlentiment de l'activitat cerebral, comparat amb la vigília.

La fase 2 o la fase de son lleuger, les ones cerebrals encara s'enlenteixen més que en la fase 1. Es segueix cap a un son més profund.

La fase 3 o son profund 4 o son molt profund, les ones cerebrals ja són molt lentes. Per despertar-se en aquesta fase es requereix de forts estímuls acústics o tàctils. El son lent sol estar present a mitja nit i sol durar un 60-70 minuts.

Per altra banda, el son d'ones ràpides, moviments oculars ràpids (MOR) o REM (Rapid Eye Movement) apareix passats 90 minuts després d'adormir-nos. Un cop s'ha passat per la fase 3-4 o son lent, es torna a la fase 2, amb la finalitat d'entrar en una nova situació fisiològica que és denominada fase REM en què augmenta la velocitat dels moviments oculars, es dona una activació electroencefalogràfica, no hi ha moviments musculars i apareixen els somnis. En aquesta fase l'activitat cerebral és ràpida i de baixa amplitud, similar a la vigília. Però a diferència, no rebem cap mena d'estímul extern a través dels sentits, sinó que apareixen els somnis, que no són producte d'una estimulació externa. Quan somiem també hi tenen lloc els moviments oculars ràpids i disminueix el to muscular. La major part del son REM es produeix al final de la nit. Per això es solen recordar els somnis, ja que normalment ens despertem en aquesta fase.

El conjunt de les tres fases (I,II,III-IV i REM) s'anomenen cicle. Sol tenir una duració d'uns 90-100 minuts, repetint-se 4 o 5 vegades al llarg de tota la nit en una persona adulta, els quals els últims 20-30 minuts es corresponen amb la fase REM. Al llarg de la nit ens despertem 6 o 8 vegades, però durant pocs segons o minuts, els quals varien en funció de l'edat i normalment no es dona de forma conscient. Durant el son profund (fase III-IV), es produeix la restauració física i durant el son REM la restauració de la funció cognitiva (procés d'aprenentatge, memòria i concentració).

Segons Estivill, E. (2017) les peculiaritats que caracteritzen un son normal són:

1. En la fase 1 sempre ens adormim. No podem entrar mai directament a una fase REM o a un son molt profund.
2. La fase 1, 2, 3-4 i REM configuren el cicle, que es repeteix amb una periodicitat de 90-100 minuts.
3. El son més profund sempre té lloc el primer terç de la nit, i està sempre lligat a l'inici del son.

4. La fase REM predomina fins el final de la nit. Els somnis es recorden, perquè ens despertem amb ells.
5. Durant el son nocturn, entrem en vigília aproximadament un 2 % del temps total. No es recorda el dia següent.

Segons Estivill, E. 2017:

"La necesidad de sueño cambia en cada persona, de acuerdo a la edad, estado de salud, estado emocional y otros factores. El tiempo ideal de sueño es aquel que nos permita realizar las actividades diarias con normalidad."

Un altre factor realment important per entendre les fases del son i poder fer una bona intervenció d'aquest, és l'edat. El son de les persones grans és diferent al de l'adult, no dormen menys però sí que canvia en comparació amb edats més primàries o de l'edat adulta, perquè la gent gran sol tenir més despertars nocturns i els hi incrementa la tendència de son durant el dia, així doncs, en gran majoria es caracteritzen per tenir un son més fragmentat, en canvi, els joves experimenten més dificultats en conciliar el son.

2.2.3. Biologia del son en persones amb esquizofrènia

S'han realitzat molts estudis sobre les causes que porten al desenvolupament de l'esquizofrènia, però actualment, segueixen sent desconegudes. Per una banda, a nivell biològic, es contempla la genètica, en què s'ha observat que aquests factors no tenen un pes significatiu, però sí que augmenten les possibilitats de desenvolupar esquizofrènia si es dona en parents de primer grau (bessons homocigots i pares). Per altra banda, també a nivell biològic s'investiga com a possibles causants de l'esquizofrènia, quatre neurotransmissors relacionats amb el son, que en funció de la seva naturalesa, desencadenen unes reaccions o unes altres. Aquests són (Abelleira, G., 2012):

- Dopamina. Si hi ha un excés d'aquest neurotransmissor causa simptomatologia positiva en l'esquizofrènia, sobretot els deliris i les al·lucinacions. Es veu totalment vinculat amb el procés del son, ja que aquesta hormona pot causar alteracions circadianes i del son.
- Noradrenalina. Científics com Stein i Wise (1971) consideren que una alteració en el sistema noradrenèrgic causa l'esquizofrènia.

- Serotonina. Inhibeix l'activitat de la dopamina en certes regions cerebrals. Els fàrmacs que actuen sobre la serotonina tenen la finalitat d'inhibir aquesta i deixar que la dopamina fagi la seva funció en certes regions. També està molt vinculat en el procés del son, sobretot en el cicle son-vigília.
- GABA. És un neurotransmissor inhibitor; si hi ha alguna alteració afecta en el Sistema Nerviós Central (SNC) i genera l'esquizofrènia.

Actualment es dóna molt pes a la teoria dopaminèrgica, tant en l'estudi de les possibles causes que poden produir esquizofrènia com per entendre la relació que hi ha entre el son i aquesta malaltia.

Segons Wulff, K. et al., (2009, 2012), el son està regulat per dos amplis mecanismes:

- El procés homeostàtic del son. L'augment de la pressió homeostàtica incrementa durant la vigília i disminueix al llarg del son.
- El ritma circadià (24 hores). Correlaciona el moment de foscor amb la fase del son i la fase de llum del dia amb l'activitat motora. Es troba controlat per uns gens, anomenats gens cíclics.

Aquests dos mecanismes, activen l'acció de múltiples regions del cervell, els sistemes de neurotransmissors i les hormones moduladores, necessàries per la generació i la regulació del son.

L'esquizofrènia, a nivell biològic, es caracteritza per un excés de receptors dopaminèrgics, que provoquen una intensificació dels senyals del cervell, creant així, símptomes positius com les al·lucinacions i els deliris. Segons Yates, N. J. (2016) l'esquizofrènia està associada amb anormalitats en els ritmes circadians i la son. Uns elevats nivells de dopamina alteren el son i els ritmes circadians, demostrant així que el son està mediatitzat per la dopamina i que aquest juga un rol molt important en la psicosis.

Es duen a terme nombrosos estudis mitjançant la polisomnografia que comparen els individus sans amb persones diagnosticades d'esquizofrènia amb tractament farmacològic en fase de psicosi aguda o en fase estable. Aquests estudis han demostrat l'existència en l'esquizofrènia d'un inici del son endarrerit (fase I), una alteració de la continuïtat del son, i un augment del temps que passen desperts. També s'ha observat canvis en l'estructura del son pel què fa als pacients amb esquizofrènia sense tractament farmacològic, caracteritzat per una durada més curta de la fase dels moviments oculars ràpids (REM) i una disminució d'hores del son d'ones lentes (no REM) (Wulff, K. et al., 2012).

En la població normal, la relació entre la dopamina, els ritmes circadians i el son es troba regulada pels efectes de la melatonina, encarregada de suprimir l'acció de la dopamina. En l'esquizofrènia també es donen anormalitats en la regulació de la melatonina, indicant falta de control homeostàtic.

Estudis realitzats per Wulff, K., 2012 van demostrar que el grup de persones amb esquizofrènia tardaven més a adormir-se i dormien períodes més llargs que el grup control. També es va observar que el grup amb esquizofrènia es trobava fora de sincronia del factor ambiental nocturn.

La relació entre l'esquizofrènia i el son és molt heterogènia, hi ha múltiples fenotips del son amb condicions multigenètiques. Però l'esquizofrènia sol estar associada amb (Wulff, K. et al., 2009):

- Una fase retardada del son.
- Fase del son de no 24 hores.
- Cicle son-vigília irregular.
- Son fragmentat amb migdiades.
- Hipersomnia (somnolència excessiva).
- Hiposomnia o insomni (disminució del temps total del son).

En la malaltia de l'esquizofrènia s'observa un augment de la dificultat per conciliar el son i la tendència a dormir més hores en comparació amb la població sana (Wulff, K. 2012). Canvis en el ritme son-vigília impliquen una falta de sincronia entre el ritme intern del cos i el cicle extern de dia-nit. Segons Yates, N., 2016 els pacients amb esquizofrènia que presenten millors perfils del ritme circadià els ajuda a millorar els propis símptomes de la malaltia.

S'ha demostrat que els pacients amb esquizofrènia que no duen a terme un tractament farmacològic poden tenir el cicle son-vigília diferit, dèficits en el son d'ones lentes o son no REM, una disminució de la densitat dels moviments oculars ràpids (REM), presència de son fragmentat amb migdiades diürnes, hipersòmia i insomni (Wulff et al., 2009, 2012). Segons un estudi realitzat l'any 2004 per Chouinard i els seus col·laboradors, van demostrar que els pacients diagnosticats d'esquizofrènia amb tractament farmacològic no presentaven anormalitats en el son REM, comparat amb un grup control. Però si es retiren els antipsicòtics, si que s'alterarà el son no REM i el son REM. Els pacients que no reben cap mena de tractament psicològic ni farmacològic tenen alterada la latència del son, el total del

temps que es dorm, la duració de la segona fase del son, l'índex d'eficiència del son i el total del temps que s'està despert.

L'existència de les alteracions de la temperatura del ritme circadià no són clares, ja que hi ha estudis que afirmen que no hi han anormalitats en la regulació de la temperatura circadiana, però altres estudis demostren l'existència d'aquestes anormalitats en les persones diagnosticades d'esquizofrènia. També s'han demostrat anormalitats en els nivells hormonals, com en l'hormona del creixement, l'augment del cortisol (tant en pacients medicats com no medicats) i l'augment de la secreció de la prolactina i la noradrenalina en pacients que no es troben medicats; però sobre tot s'han trobat alteracions en l'hormona de la melatonina que regula el son. A més a més, s'observa que amb els pacients que pateixen esquizofrènia exhibeixen majors nivells de d'alliberament de dopamina al llarg del cicle circadià, augmentant el risc d'interrupció del son i insomni, i en conseqüència, la simptomatologia positiva (psicosis). Així doncs, és possible que la interrupció del son, formi part o contribueixi en la malaltia de l'esquizofrènia en sí (Yates, N. J., 2016).

Pel què fa a l'homeòstasis del son, els pacients amb esquizofrènia presenten menys control en els processos del son, contribuint a la desregulació circadiana. Segons Yates, N. J., (2016) l'estrés contribueix a desencadenar anormalitats en el ritme circadià i en l'augment de la psicosis, ja que els estressors poden interrompre el son, produeixen sensibilització dels sistemes de dopamina mesocorticolímbica i desencadenar episodis psicòtics.

La cronicitat d'un son perturbador amb les persones amb esquizofrènia té un fort impacte en el funcionament psicosocial, en l'estat d'ànim, en la cognició i en la qualitat de vida. Es demostra en un estudi recent, que aquells que presenten els ritmes circadians alterats (somnolència durant el dia, un son més fragmentat i retard en l'alliberament de la melatonina) van obtenir pitjors resultats en les tasques neuropsicològiques que aquells amb esquizofrènia que mostraven ritmes circadians sense alteració (Wulff, K. et al, 2012).

Segons Yates, J. N. (2016) els perfils del son de l'esquizofrènia són molt heterogenis, no tots presenten una disminució en la fase IV del son no REM i una reducció d'aquest. També poden presentar una disminució de la latència del son en la fase I però una diferència en la duració de la fase III. És a dir, no s'extreu un perfil clar del son amb persones amb esquizofrènia.

L'alteració del son en l'esquizofrènia és molt comuna, i pot ser un aspecte central de la malaltia. Independentment de la zona de les anomalies en els patrons diurns, els ritmes circadians són essencials per realitzar diverses tasques físiques i cognitives, ja sigui treballar en una feina, i també millora la seva integració social dins la societat. Així doncs, es podria dir que la millora del son està relacionada amb la millora general dels pacients.

Segons Mulligan, L., et al. (2016) es mostra que els problemes del son són un predictor del funcionament del següent dia i dels símptomes psicòtics severos amb persones amb diagnòstic d'esquizofrènia. Tractar la interrupció del son en les persones amb esquizofrènia pot ser molt útil per disminuir el risc de psicosis.

2.3. Funcionament psicosocial i qualitat de vida

2.3.1. Concepte de Qualitat de Vida

El terme qualitat de vida ha estat definit per múltiples autors al llarg de la història. L'any 1948, en temps de postguerra, es crea l'Organització Mundial de la Salut (OMS), que va representar la culminació dels esforços de cooperació internacional en matèria de salut. En aquest mateix any, es va definir la salut com "*un estat complet de benestar físic, mental i social i no només l'absència d'afeccions i de malalties*" (Gómez, M. E., 2009); distingint entre el soma, la psique i la societat; entenent la salut com un recurs per la vida diària i no l'objectiu de la vida.

L'OMS l'any 1978 avarca la salut com a un benestar bio-psico-social. L'any 1986 es va crear la Carta de Ottawa, que va descriure uns requisits fonamentals per la salut (la pau, recursos econòmics i alimentaris adequats, habitatge, un ecosistema estable i un ús sostenible dels recursos) amb la finalitat de demostrar la relació existent entre les condicions socials, econòmiques i l'entorn físic amb els estils de vida individuals i la salut (Gómez, M. E., 2009).

El concepte de qualitat de vida, ja va ser plantejat en l'edat mitjana per Plató i Aristòtil, que la definien com la fusió del benestar i la felicitat de les persones. Però, no és fins el 1988, quan es va introduir el concepte de qualitat de vida relacionat amb la salut. La OMS l'any 1966 ja havia definit la qualitat de vida:

"La qualitat de vida és la percepció de l'individu sobre la seva posició en la vida dins del context cultural i sistema de valors en què viu la persona i amb respecte als seus objectius, expectatives, estàndards i interessos".

La definició afirma que la qualitat de vida és una avaluació subjectiva, amb dimensions positives i negatives relacionades amb un context cultural, social i ambiental (Gómez, M. E., 2009).

L'any 2000, el doctor Robert L. Schalock, també va formular una definició sobre la qualitat de vida:

"La qualitat de vida és un concepte que mostra les condicions de vida desitjades per una persona relatives a les vuit dimensions troncal de la seva vida: benestar emocional, relacions interpersonals, benestar material, desenvolupament personal, benestar físic, autodeterminació, inclusió social i drets."

Segons Verdugo, A., M, et al. (2013) en l'actualitat, el concepte de qualitat de vida s'utilitza com:

- Un concepte sensibilitzador que serveix de referència i orientació des de la perspectiva de l'individu. Es centra en la pròpia persona i en els entorns en què participa.
- Un constructe social que s'utilitza com un principi bàsic per millorar el benestar de l'individu i per contribuir al canvi de la societat.
- Un tema unificador que proporciona un llenguatge comú i un marc sistemàtic per aplicar els principis i conceptes de qualitat de vida.

Així doncs, segons Verdugo, A., M, et al. (2013) la qualitat de vida consisteix en un estat desitjat de benestar personal *multidimensional*, que la constitueixen propietats universals lligades a la cultura i components objectius i *subjectius*, influïts per característiques personals i factors ambientals.

Actualment, encara hi han nombrosos autors que creen les seves pròpies definicions i teories sobre aquest terme; la majoria concorden en centrar-se en la importància de la multidimensionalitat i la subjectivitat del concepte i la gran majoria estan d'acord de que la qualitat de vida no és sinònim a absència d'infeccions i/o malaltia. Però difereixen en els paràmetres de definició.

2.3.2. Concepte de Funcionament Psicosocial

El concepte de funcionament psicosocial presenta un escàs consens sobre el seu significat, però aquest sol incloure aspectes com l'autocura, l'autonomia, l'autocontrol, les relacions interpersonals, oci i temps lliure i funcionament cognitiu (Casas, E., et al., 2010).

El funcionament psicosocial es centra amb el què és capaç de fer una persona de forma autònoma, la qualitat de les seves activitats quotidianes i el grau d'assistència que necessita. És a dir, en general, aquest concepte fa referència a les diverses activitats que realitza un individu en la seva vida habitual i el nivell de suport i cura que necessita per realitzar-les (Panadero, H. S., 2011).

Segons Panadero, H. S., 2011, actualment, es coneix la relació existent entre les malalties mentals greus i persistents i els problemes o limitacions en el funcionament psicosocial global. Així doncs, es valora la importància d'avaluar, mitjançant qüestionaris i/o escales, el funcionament psicosocial de les persones amb trastorns mentals greus i crònics per tal d'establir un diagnòstic i un seguiment més acurat i adequat per el pacient.

2.3.3. Relació entre funcionament psicosocial, qualitat de vida i esquizofrènia

Estudis realitzats l'any 2011 per González, O. I., et al., en pacients amb presència de primers episodis psicòtics van detectar que el mal funcionament psicosocial comença en les primeres etapes de la malaltia. Seguidament, es va remarcar la importància de conèixer el funcionament psicosocial en els pacients amb primers episodis psicòtics i identificar factors de risc per tal de millorar el funcionament global i la qualitat de vida dels pacients.

Els trastorns mentals greus i crònics, com l'esquizofrènia, impliquen una important afectació tant en el seu funcionament quotidià com en la seva qualitat de vida. A partir de l'any 1981 el terme de qualitat de vida en l'esquizofrènia es comença a desenvolupar i s'elaboren varis models conceptuals, escales de mesura i treballs empírics sobre la qualitat de vida en aquests trastorns mentals greus (Casas, E., 2010).

L'esquizofrènia és un trastorn mental incapacitant perquè influeix en diverses àrees de la vida dels pacients afectats, com el pensament, la cognició, l'afecte i la voluntat. Aquesta afectació compromet a un deteriorament global de la persona, que afecta directament al seu funcionament, rol social i relacions interpersonals (Suárez, M.F., 2012).

Així doncs, la pèrdua de la funcionalitat en l'esquizofrènia es caracteritza per la simptomatologia següent:

<i>Síntomes Cognitius</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultats en la concentració. • Dificultats per mantenir l'atenció quan algú els parla
<i>Síntomes Afectius</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sol estar trist. • Es sol sentir angoixat.
<i>Síntomes Negatius</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultats per gaudir. • Dificultats per relacionar-se.
<i>Síntomes Positius</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Deliris. • Al·lucinacions
<i>Síntomes Extrapiramidals</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Constanment hi ha presència de tremolors i es senten inquiets. • No es volen prendre la medicació.

Aquesta simptomatologia porta a la pèrdua de la funcionalitat:

<i>Personal</i>	<i>Social</i>	<i>Laboral</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Disminució/falta d'autocura. • Risc de suïcidi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminució de la capacitat/interès per relacionar-se. • Tracte distant amb a família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Impossibilitat per estudiar o exercir un ofici.

Segons el Manual de Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals V (DSM V, 2014) l'esquizofrènia s'associa a una disfunció social i laboral significativa; la conservació d'una feina normalment es troba dificultada per l'abulia (pèrdua o afabliment de la força de voluntat/motivació) i altres manifestacions del trastorn, fins i tot quan les habilitats cognitives són suficients per realitzar les tasques requerides. A més a més, disminueixen significativament les relacions socials, més enllà de la seva família.

La qualitat de vida en l'esquizofrènia és un tema molt complex, ja que les persones que pateixen aquesta malaltia no només s'enfronten als símptomes i als efectes secundaris del tractament, sinó que també, pateixen un deteriorament de la seva funcionalitat, donada la gravetat de l'afecció i la importància de les àrees compromeses. Arrel de la malaltia, normalment es veuen afectades les relacions

socials i el canvi de rols d'abans de l'inici del trastorn respecte els actuals i sovint perden part de la seva dependència i el seu funcionament.

L'estigma social en les persones diagnosticades d'esquizofrènia hi juga un paper molt important ja que aquesta situació de discriminació social s'ha relacionat amb un augment dels símptomes depressius, portant a una disminució de la qualitat de vida. Tot i així, aquesta malaltia es caracteritza per un deteriorament progressiu de la simptomatologia, per tant, també a un deteriorament progressiu de la qualitat de vida. El nivell de funcionament en persones diagnosticades d'esquizofrènia es pot avaluar mitjançant qüestionaris/escales, com l'Escala de Funcionament Personal i Social (PSP) utilitzada en aquest estudi i explicada en l'apartat de metodologia.

2.3.4. Relació entre la qualitat del son, funcionament psicosocial i qualitat de vida

S'han realitzat estudis que demostren l'existència d'una estreta interrelació entre els processos del son i l'estat de salut física i psicològica d'una persona. La qualitat del son es refereix al fet de dormir bé durant la nit i tenir un bon funcionament durant el dia. La qualitat del son no només és important com a factor determinant de la salut, sinó com a element propiciador d'una bona qualitat de vida (Borquez, P., 2011).

Així doncs, una bona qualitat del son és un dels pilars dels hàbits saludables, en què aquests s'estableixen sempre relacionats amb el son, tenint en compte el context sociocultural familiar. Segons Miró, E., et al., 2005 existeix una estreta interrelació entre els processos del son i l'estat general de salut física i psicològica d'una persona, i és molt freqüent la presència de problemes del son en diverses afeccions mèdiques i trastorns psicopatològics.

Així doncs, cal destacar que els trastorns del son poden suposar un important risc de patir trastorns somàtics i psicològics i afecten molt negativament a la qualitat de vida. Nombrosos estudis han demostrat que certs trastorns relacionats amb el son constitueixen un important factor de risc per la salut, independentment d'aspectes com l'edat, el sexe, l'obesitat, el consum de tabac, etc. (Miró, E., et al., 2005).

La salut física i psicològica es pot veure influenciada per certes modificacions del son com la privació del son, degut a exigències laborals, actuals estils de vida, etc., realitzar torns rotatoris a la feina o un treball nocturn, que afecta al nostre rellotge intern on es regula el cicle son-vigília, portant a efectes perjudicials de la salut, una pobra qualitat de vida i un deteriorament social. (Miró, E., et al., 2005).

Una mala qualitat del son, possiblement influirà en un augment de la somnolència, afectant el funcionament diàri i la qualitat de vida de la persona. Segons Dement y Vaughan (2000) la somnolència és "el grau de dèficit de son acumulat, resultat d'allargar la vigília més enllà del cicle natural circadià propi". Les principals causes de somnolència són la disminució de la quantitat d'hores de son, disrupció del ritme circadià, l'ús d'alguns medicaments i una pobra qualitat del son. Però a més a més, s'associa amb un baix funcionament psicosocial perjudicant el rendiment diari i obtenint una pobra qualitat de vida.

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), el benestar desitjat s'aconsegueix seguint una dieta equilibrada, fent exercici físic i, sobre tot, disfruitant d'un son reparador, ja que existeix una relació estreta entre la qualitat i quantitat del son i l'estat de salut.

3. Objectiu

Estudiar com és la qualitat del son en persones diagnosticades d'esquizofrènia i trastorn esquizoafectiu, com és el funcionament psicosocial i la seva qualitat de vida.

Objectius específics:

- Identificar les singularitats del son d'aquests subjectes.
- Veure l'adaptació psicosocial dels subjectes.
- Conèixer el perfil de qualitat de vida d'aquests subjectes relacionada amb la salut física i mental.

4. Hipòtesis

La hipòtesi que es formula en aquests estudi és:

Crec que les persones diagnosticades d'esquizofrènia i, o trastorns psicòtics tenen alteracions del son, mal funcionament psicosocial i mala qualitat de vida.

5. Metodologia

5.1. Selecció del centre

Per dur a terme l'estudi "Qualitat del son amb persones amb la malaltia de l'esquizofrènia o altres trastorns psicòtics: Repercussions en la funcionalitat i la qualitat de vida" es va contactar amb el Consorci Hospitalari de Vic, concretament amb els serveis de psiquiatria i salut mental que es desenvolupen a l'Hospital Universitari de Vic i a Osona Salut Mental. L'elecció d'aquests centres va venir motivada per l'accessibilitat alhora de realitzar l'estudi i pel reconeixement com a referents en salut mental en la comarca d'Osona.

Per les particularitats de l'estudi, el centre Osona Salut Mental (OSM) s'adequava a les necessitats que es plantejaven i per tant va ser el lloc escollit per portar-lo a terme.

Així doncs, he escollit realitzar la part pràctica a OSM en la consulta ambulatoria d'adults perquè es duu a terme una assistència professional, psicològica i psiquiàtrica, per a les persones diagnosticades d'un trastorn psicòtic. L'àmbit ambulatori va facilitar l'obtenció d'una mostra de pacients amb criteris específics També, arrel d'haver realitzat aquest any les pràctiques de quart de psicologia a OSM m'ha facilitat l'obtenció i la passació dels tests amb pacients que ja hi havia tingut un tracte previ, permetent establir un vincle de confiança i comoditat.

5.2. Selecció de la mostra

Els criteris d'inclusió són:

- a) Persones diagnosticades d'esquizofrènia o amb un altre trastorn psicòtic.
- b) Les persones han de tenir com a mínim 18 anys.
- c) En el moment actual, el curs de la malaltia ha d'estar en fase estable (de manteniment) i no en fase aguda.
- d) Les persones escollides han d'estar prenent medicació, no és necessari que en prenguin pel son.
- e) Han de pertànyer i han de ser tractats per a professionals de la salut mental d' OSM.

5.3. Procediment

La mostra de participants en l'estudi s'ha obtingut del centre Osona Salut Mental. Als pacients amb la malaltia d'esquizofrènia i trastorn esquizoafectiu que acudien a visites de seguiment amb els professionals clínics, un cop finalitzada aquesta, els terapeutes els oferien participar en l'estudi.

En les entrevistes realitzades s'ha utilitzat una estructura fixa per a tots els entrevistats, per tal d'evitar possibles biaixos que alterin el resultat. L'entrevistador els informava més detalladament de la finalitat de l'estudi i seguidament es procedia a la signatura del consentiment informat (*Annex 1*) de participació. L'entrevista s'iniciava amb la petició de dades personals, laborals i clíniques que es registraven en el document "fitxa de dades" (*Annex 2*), per continuar amb la passació dels diferents tests/escales. Es finalitzava l'entrevista amb l'agreïment per la seva participació.

L'estudi es va portar a terme al llarg de tres setmanes, concretament tres matins a la setmana. Cada jornada a OSM consistia en reclutar pacients que venien a les visites de seguiment d'un dels professionals que els tractava: un psicòleg, una psiquiatra i un infermer del centre.

En el psicòleg i, o psiquiatra que atenia als pacients que venien a la consulta se'ls passava l'Escala d'Impressió Clínica Global (CGI) per tal de que basant-se en la seva experiència clínica puntués la gravetat del pacient establint així una mostra d'individus similars (*Annex 3*).

Cada entrevistat havia de respondre un total de 4 test/escales, de les quals 3 són autoaplicades i 1 heteroaplicada. L'ordre a seguir era:

1. Test de la Qualitat del Son de Pittsburgh (PSQI)
2. Qüestionari de Somnolència d'Epworth
3. Escala de Funcionament Personal i Social (PSP)
4. Qüestionari SF-36 sobre l'Estat de Salut (SF-36)

Amb tot el conjunt d'informació recollida es realitza un estudi quantitatiu descriptiu transversal i pel seu tractament estadístic s'utilitza el programa IBM SPSS Statics 23.

5.4. Instruments

Per al desenvolupament d'aquest estudi he utilitzat els següents instruments: una fitxa de recopilació de dades, l'Escala d'Impressió Clínica Global (CGI) (*Annex 3*), l'Índex de Qualitat del son de Pittsburgh (PSQI) (*Annex 4*), Qüestionari de Somnolència d'Epworth (*Annex 5*), l'Escala de Funcionament Personal i Social (PSP) (*Annex 6*), i el Qüestionari SF-36 sobre l'Estat de Salut (SF-36) (*Annex 7*).

Per a l'anàlisi de les dades extretes a partir dels instruments anteriors utilitzaré el programa IBM SPSS Statics 23.

5.4.1. L'escala d'impressió clínica Global (ICG)

L'escala d'Impressió Clínica Global (ICG) és una escala descriptiva que proporciona informació qualitativa sobre la gravetat del quadre i sobre el canvi experimentat per el pacient respecte l'estat basal.

En aquest estudi només s'avalua la gravetat del quadre clínic. S'aplica la versió heteroaplicada en què el professional, basant-se en la seva experiència clínica, puntua la gravetat del pacient.

És una escala d'un únic ítem que valora la gravetat utilitzant una escala tipo Likert de 8 valors que van des de 0 (no avaluat) a 7 (entre els pacients més extremadament malalts).

S'utilitza per tal de controlar possibles variables estranyes que poden afectar als resultats, en aquest cas ajuda a controlar la gravetat del quadre clínic dels subjectes mostrals.

5.4.2. L'índex de Qualitat del son de Pittsburgh (PSQI)

S'utilitza l'Índex de *qualitat del son de Pittsburgh (PSQI)* amb la finalitat d'obtenir un perfil del son i una puntuació global de la qualitat del son. Va ser dissenyat per avaluar la qualitat del son en pacients psiquiàtrics.

El PSQI consta de 24 ítems englobats en 7 dimensions:

- Qualitat del son subjectiva.
- Latència del son.
- Duració del son.

- Eficiència habitual del son.
- Pertorbacions del son (tos, roncs, calor, fred, necessitat de llevar-se per anar al lavabo).
- Ús de medicació pel son.
- Disfunció diürna (hipersomnia i cansament).

El marc de referència temporal és el més previ.

És un índex autoaplicat en què la majoria dels ítems es contesten utilitzant una escala de Likert de 4 graus, a on 0 significa absència de problemes i 3 problemes greus.

El PSQI proporciona un perfil del son (les puntuacions en cada una de les 7 dimensions) i una puntuació global de qualitat del son.

5.4.3. Qüestionari de Somnolència d'Epworth

El *Qüestionari de somnolència d'Epworth* és una escala destinada a mesurar la somnolència diürna mitjançant l'ús d'un qüestionari breu. És útil en el diagnòstic dels trastorns del son.

El qüestionari demana al subjecte que digui la seva probabilitat de quedar-se adormit en una escala d'augment de probabilitat de 0 a 3 durant vuit situacions diferents que la majoria de les persones porten a terme durant la seva vida quotidiana, encara que no necessàriament tots els dies:

- 0. Mai
- 1. Poca probabilitat
- 2. Moderada probabilitat
- 3. Gran probabilitat

Situacions:

1. Assegut i llegint
2. Veient la televisió
3. Assegut inactiu (banc, teatre, reunió)
4. En un cotxe com a passatger
5. Conduint, en un semàfor
6. Estirat en el descans de la tarda
7. Parlant amb algú
8. Assegut després d'un àpat sense alcohol

Se suma la puntuació de les 8 situacions per obtenir un nombre total. De 0 a 9/10 és considerat normal. De 10/11 a 24 indica que s'haurà de referir el pacient a un especialista, per possibilitat d'apnea del son i els valors més alts per la de narcolèpsia.

5.4.4. L'escala de funcionament personal i social (PSP)

S'utilitza l'*Escala de funcionament personal i social (PSP)* per avaluar el funcionament del pacient en 4 àrees principals de la persona que inclouen tant el nivell de funcionament personal com el social:

- Autocura (prendre el tractament, menjar, banyar-se o dutxar-se, rentar-se el cap, rentar-se les dents, cuidar l'aparença externa i canviar-se la roba).
- Activitats socials habituals, incloent treballar i estudiar (treball o estudi, tasques de la llar, programa de tractament, treball de voluntariat, organitzacions religioses, negoci familiar, etc.)
- Relacions personals i socials (parella, família, amics, xarxa de suport social fora del tractament).
- Comportaments pertorbadors i agressius (parlar massa alt, insultar, discutir, amenaçar verbalment, trencar o llençar objectes, colpejar, barallar-se, amenaçar en auto o heterolesionar-se).

Aquesta escala no incorpora psicopatologia. Es tracta d'un instrument heteroaplicat.

Per valorar el grau de disfunció en cadascuna d'aquestes àrees, es disposa d'una escala de e Likert de 6 graus d'intensitat des de "absent" a "molt greu" amb criteris operatius clarament definits.

El marc de referència temporal és l'últim mes.

5.4.5. Qüestionari SF-36 sobre l'estat de salut (Short-Form, SF-36)

El *Qüestionari SF-36 sobre l'estat de salut (SF-36)* és un instrument per avaluar el nivell de qualitat de vida relacionada amb la salut, basat en un model bidimensional de salut física i mental.

Consta de 36 ítems que s'agrupen en 8 subescales:

- Funcionament físic (FF): 10 ítems (3a-3j) que avaluen el grau en que la salut de l'individu limita una sèrie d'activitats físiques, com exercicis intensos, caminar, etc.
- Rol físic (RF): 4 ítems (4a-4d) que avaluen fins a quin punt els problemes de salut física interfereixen en el funcionament ocupacional del pacient.
- Dolor (D): 2 ítems (7, 8) que avaluen tant el grau de dolor com la interferència que produeix en la vida del pacient.
- Salut general (SG): 5 ítems (1, 11a-11d) referits a la percepció personal de l'estat de salut, així com a una sèrie de creences respecte la salut del pacient.
- Vitalitat (V): 4 ítems (9a, 9e, 9g, 9i) que valoren el nivell de fatiga i energia del pacient.
- Funcionament social (FS): 2 ítems (6, 10) interroguen sobre les limitacions en la vida sociofamiliar per problemes de salut.
- Rol emocional (RE): 3 ítems (5a-5c) que avaluen fins a quin punt els problemes emocionals interfereixen amb el funcionament ocupacional del pacient.
- Salut mental (SM): 5 ítems (9b-9d, 9f, 9h) que avaluen l'estat d'ànim del pacient (inquietud, intranquil·litat, desànim) durant l'últim mes.
- L'ítem 2 no puntua en cap subescala.

Le 8 escales s'agrupen en dos mesures sumàries, la salut física i la mental, amb la finalitat de proporcionar un perfil de qualitat de vida. Les escales que formen la mesura sumària de la salut física són: FF, RF, D, SG i V. Les escales que formen la mesura sumària de salut mental són: SG, V, FS, RE i SM.

Els ítems es puntuen amb una escala de Likert de rang variable. És una escala autoaplicada..

El marc de referència temporal és el moment actual.

5.4.6. Fitxa de dades

S'ha creat un qüestionari que ha de contestar cada persona de la mostra abans de començar la passació de qualsevol test o escala. L'entrevistador és qui formula les preguntes i anota les respostes.

La finalitat de la creació d'aquesta fitxa és per minimitzar els riscos a que factors externs de l'estudi influeixin en els resultats d'aquest i també per poder correlacionar i/o categoritzar els resultats del test amb variables personals de forma més ràpida i pràctica.

Les dades d'interès per a aquest estudi són:

- El sexe.
- L'edat.
- L'estat civil (solter/a, casat/ada, parella).
- Presència/absència de fills.
- La convivència (sola/a, amb parella, amb pares i fills, amb els pares, en un pis tutelat).
- El nivell d'estudis (sense estudis, primaris, secundaris, universitaris).
- L'activitat laboral actual.
- L'activitat laboral prèvia.
- L'any del diagnòstic.
- El tipus de diagnòstic.
- Tractament farmacològic
- Tractament farmacològic pel son.
- Realització d'activitat física/esport.
- Presa d'estimulants (cafès, té, coca cola, etc.)
- Presència/absència de simptomatologia positiva.
- Presència/absència de simptomatologia negativa.
- Presència/absència de psicoeducació del son.
- Consum de substàncies.
- Presència/absència de tècniques per anar a dormir (associacions, etc.)

5.4.7. Document d'autorització

En l'estudi s'ha realitzat un informe de consentiment escrit, que s'ha entregat a cada persona que s'ha presentat voluntària per a participar en l'estudi. En aquest informe hi consta informació sobre l'estudi i l'explicació de la seva finalitat. Es remarca la confidencialitat de cada participant i la voluntat d'abandonar quan el subjecte ho trobi pertinent. L'estudi ha estat creat contemplant el principi de beneficència.

El document s'emplena el nom i cognoms de la persona participant i signatura un cop hagi llegit les premisses i n'estigui d'acord. Aquest procés la de fer dues vegades, ja

que un consentiment se'l queda el propi participant i l'altre l'examinador. Les premisses són:

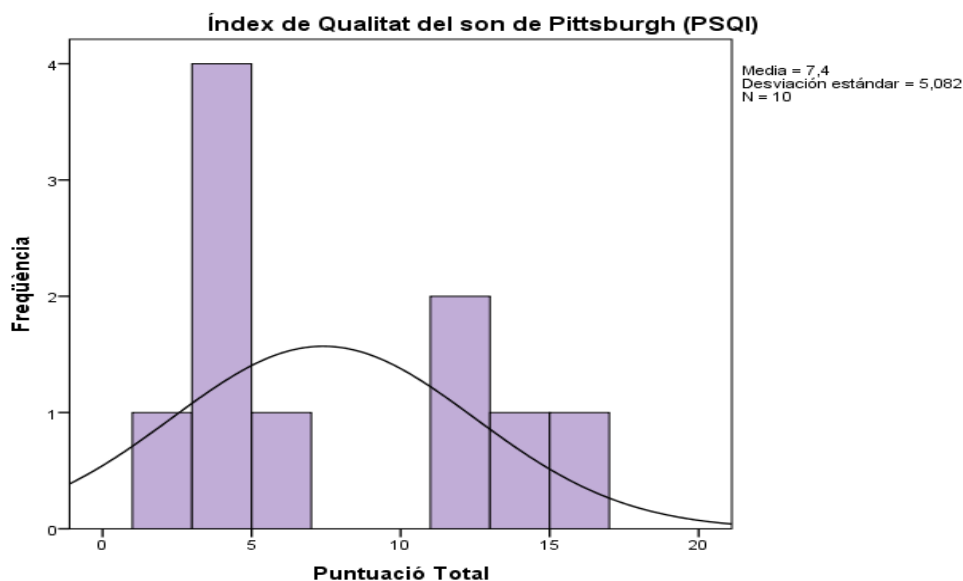
- He llegit o bé m'han llegit el full d'informació que se m'ha lliurat.
- He pogut fer preguntes sobre l'estudi.
- He rebut suficient informació sobre el tema.
- He parlat amb la investigadora que realitza l'estudi.
- Entenc que la meva participació és voluntària.
- Entenc que en qualsevol moment puc retirar-me de l'estudi:
 - Quan vulgui.
 - Sense haver de donar explicacions.
 - Sense que això repercuteixi en la meva atenció mèdica.

6. Resultats

En aquest apartat s'exposen, per separat, els resultats generals obtinguts en l'índex de Qualitat del son de Pittsburgh (PSQI), en el Qüestionari de Somnolència d'Epworth, en l'Escala de Funcionament Personal i Social (PSP) i en el qüestionari SF-36 sobre l'estat de Salut (Short-Form, SF-36). També s'analitza cada individu de la mostra amb les puntuacions obtingudes en cada test.

Per fer l'anàlisi descriptiu d'aquests tests/escales s'utilitzen gràfics on hi consta la freqüència, que indica el nombre d'individus (10 subjectes) i la puntuació total d'aquests. També es fa un anàlisi descriptiu dels subjectes, utilitzant la fixa de dades on es descriuen els resultats dels test/escales amb les característiques sociodemogràfiques de cada un d'ells.

6.1. Anàlisi dels resultats de l'índex de Qualitat del son de Pittsburgh (PSQI)



El rang possible de la puntuació total va de 0 a 21. El punt de tall es situa en 5/6; puntuacions ≤ 5 indiquen bona qualitat del son, i puntuacions ≥ 6 suggereixen mala qualitat del son.

En la puntuació total dels 10 subjectes en l'Índex de Qualitat del Son de Pittsburgh (PSQI) s'observa que un 60% (6 individus) tenen les puntuacions totals ≤ 5 , indicant bona qualitat del son i un 40% (4 persones) obtenen puntuacions ≥ 6 , indicant mala qualitat del son.

També s'observa que els resultats obtinguts són dicotòmics, ja que es troben en els extrems de bona i mala qualitat del son exclouent els possibles resultats centrals.

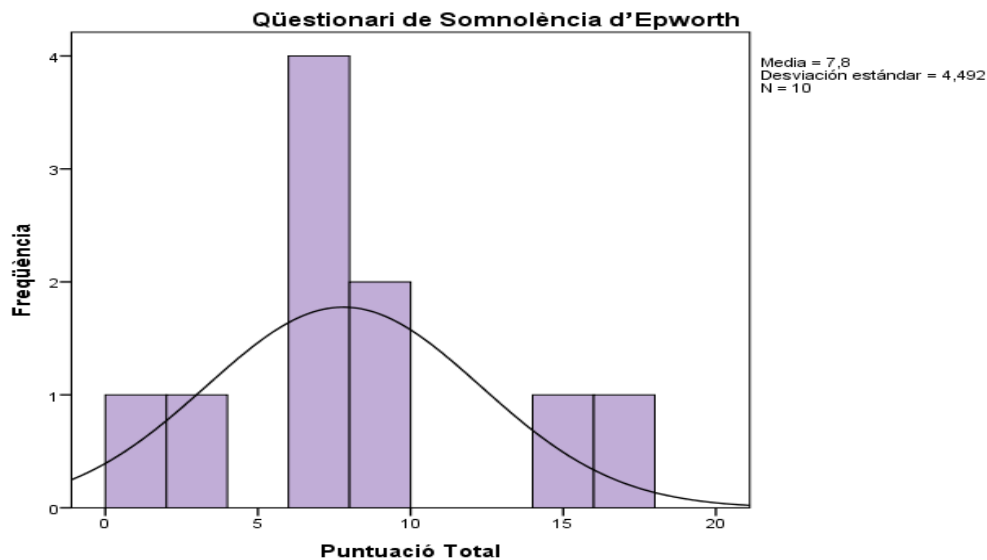
Amb l'Índex de Qualitat del Son de Pittsburgh (PSQI) s'ha obtingut un perfil del son de la mostra i una puntuació global de la qualitat del son que presenten. De les 7 dimensions estudiades, els resultats són els següents:

- Qualitat del son subjectiva: un 80% (8 individus) manifesta que la seva qualitat del son és bastant bona o bona i un 20% (2 individus) dolenta o bastant dolenta.
- Latència del son: un 60% (6 individus) tarden entre 31 i >60 minuts en conciliar el son i un 40% (4 individus) ho fa entre ≤ 15 minuts i 30 minuts.
- Duració del son: un 90% (9 individus) dorm més de 7 hores i un 10% (1 individu) dorm menys de 5 hores. D'aquest 90% un 44'5% dorm entre 8 i 9 hores i un 55'5% \geq a 10 hores.
- Eficiència habitual del son: aquest ítem especifica el nombre d'hores que s'han dormit ÷ pel nombre d'hores que s'ha estat al llit. El 100% de la mostra

refereix tenir la capacitat de complir adequadament amb el què es pretén, com és dormir.

- Pertorbacions del son (tos, roncs, calor, fred, necessitat de llevar-se per anar allavabo): un 70% (7 individus) presenten perturbacions menys d'una vegada a la setmana i un 30% (3 individus) una o dos vegades a la setmana.
- Ús de medicació pel son: el 50% (5 individus) de la mostra no pren medicació per dormir i un 50% (5 individus) en pren tres o més vegades a la setmana.
- Disfunció diürna (hipersomnia i cansament): un 60% (6 individus) no presenten cap o menys d'un episodi de disfunció a la setmana i un 40% presenten de un a tres o més episodis a la setmana.

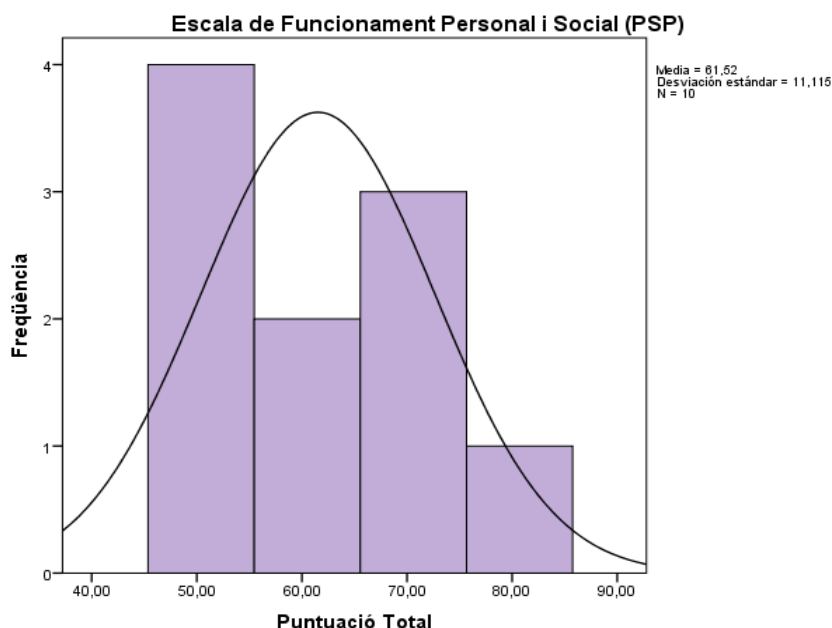
6.2. Qüestionari de Somnolència d'Epworth



Amb el Qüestionari de Somnolència Diürna d'Epworth s'intenta determinar o medir la somnolència diürna que tenen els individus de la mostra de quedar-se adormits davant de diferents situacions quotidianes. Aquest s'interpreta de la següent manera: de 0-7 és poc probable que s'estigui anormalment somnolent, de 8-9 es té una quantitat mitjana de son durant el dia, de 10-15 pot ser excessivament somnolent depenent de la situació; és possible que es desitgi considerar la búsqueda d'atenció mèdica i de 16-24 és excessivament somnolent i ha de considerar la cerca d'atenció mèdica.

En el gràfic s'observa que un 60% (6 individus) es troben en puntuacions intermitges, on hi ha el mateix nombre d'individus amb puntuacions baixes, un 20% (2 individus) que altes, també un 20% (2 individus).

6.3. L'escala de funcionament personal i social (PSP)



Proporciona una puntuació global del funcionament personal i social. Els resultats obtinguts van de 40 a 90. Les puntuacions superiors a 91 el funcionament és excel·lent. Entre 90-71 hi ha dificultats lleus en el funcionament, només conegudes per la família. Entre 70-61 es troben dificultats percebudes per qualsevol, però que no interfereixen en el rol del subjecte. Entre 60-51 apareixen dificultats que interfereixen greument, el pacient necessita ajuda per funcionar. Entre 50-31 hi ha dificultats que interfereixen greument, el pacient no és capaç de realitzar determinades tasques i entre 40-0 el funcionament del pacient és tan pobre que necessita recolzament o supervisió intensiva.

En el gràfic s'observa que les puntuacions totals no es troben en valors extrems de la PSP, sinó que indica la presència de dificultats en el funcionament psicosocial però no un funcionament tan pobre en què sigui necessària una supervisió intensiva. La puntuació total més obtinguda entre els 10 subjectes és de 50-41, que ocupa el 40% (4 individus).

Amb l'Escala de Funcionament Personal i Social (PSP) s'ha obtingut una avaluació del funcionament dels subjectes en quatre àrees principals incloses en el funcionament personal i social. De les 4 àrees principals estudiades, els resultats són els següents segons els nivells de gravetat:

"Absent": funcionament excel·lent.

"Lleu": dificultats lleus en el funcionament, només conegudes per la família.

“Manifesta”: dificultats percebudes per qualsevol, però que no interfereixen amb el rol del subjecte.

“Marcada”: dificultats que interfereixen greument; el pacient necessita ajuda per funcionar.

“Greu”: dificultats que interfereixen greument; el pacient no és capaç de realitzar determinades tasques.

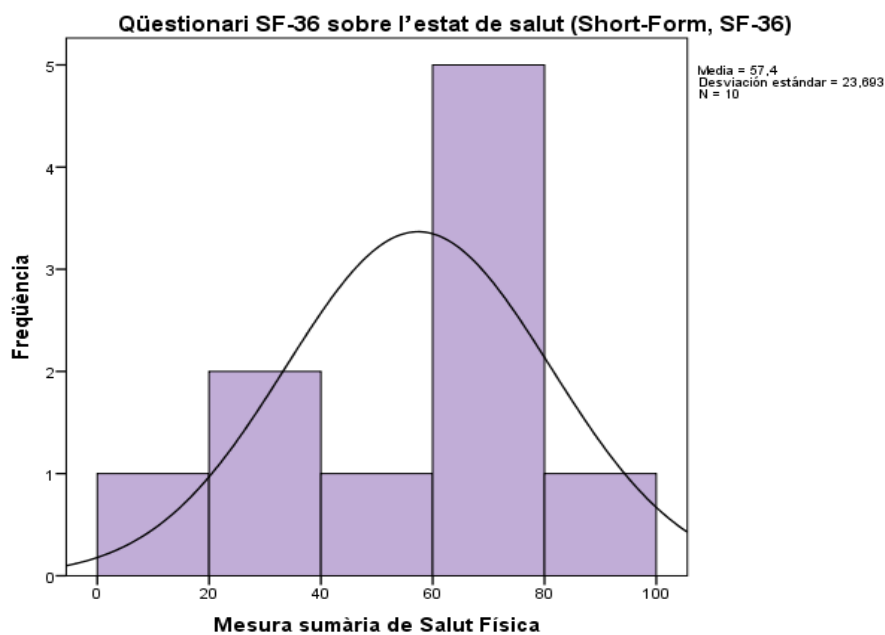
“Molt Greu”: el funcionament del pacient és tan pobre que necessita recolzament o supervisió intensiva.

- Autocura: un 40% (4 individus) dels individus presenten una intensitat “lleu”. Un 30% (3 individus) presenta una intensitat “manifesta” i un 30% (3 individus) “marcada”.
- Activitats socials habituals, incloent treballar i estudiar: un 40% (4 individus) presenten una intensitat “Marcada”, un 30 % (3 individus) intensitat “lleu”, un 20% (2 individus) manifesta i un 10% (1 individu) absent.
- Relacions personals i socials: un 50% (5 individus) dels individus presenten una intensitat “manifesta”, un 30% (3 individus) marcada i un 20% (2 individus) lleu.
- Comportaments pertorbadors i agressius: el 100% d’individus presenten una intensitat “absent”.

6.4. Qüestionari SF-36 sobre l’estat de salut (Short-Form, SF-36)

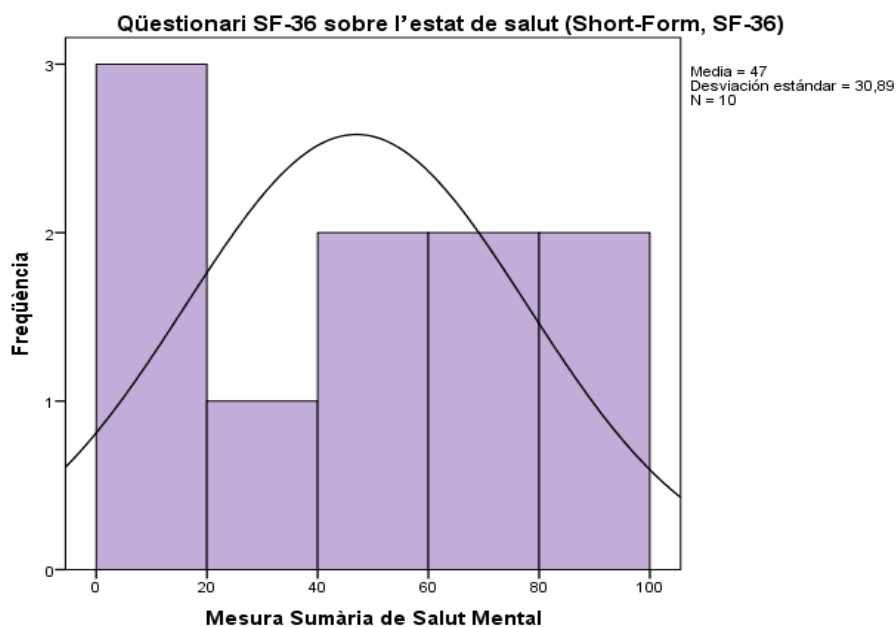
Amb el Qüestionari SF-36 sobre l’estat de salut (Short-Form, SF-36) es relaciona l’estat de salut percebuda i la capacitat per portar a terme les activitats habituals. Es desenvolupa mitjançant un model bidimensional de salut física i mental.

Totes les puntuacions que s’obtenen oscil·len entre 0 i 100. No existeixen punts de tall; a major puntuació, millor qualitat de vida. En aquest estudi, després de descriure els resultats i valorant l’escala, s’ha assignat un punt de tall coherent amb aquests resultats. En aquest cas se l’hi ha assignat el valor 50. Els subjectes amb puntuacions ≤ 50 presenten mala qualitat de vida i els subjectes que obtenen puntuacions >50 presenten bona qualitat de vida.



Els subjectes amb puntuacions ≤ 50 presenten mala salut física i els subjectes que obtenen puntuacions >50 presenten bona salut física.

En el gràfic s'observa que un 30 % (3 individus) es troben entre les puntuacions 0 i 50, indicant mala salut física. I el 70% (7 individus) de la mostra es troben amb una puntuació de 50 a 100, demostrant que tenen una bona salut física.



Els subjectes amb puntuacions ≤ 50 presenten mala salut mental i els subjectes que obtenen puntuacions >50 presenten bona salut mental.

En el gràfic s'observa que el 60% (6 individus) es troben per sobre del punt de tall de 50. El 40% (4 individus) restant presenta un estat de salut per sota del punt de tall.

El Qüestionari SF-36 sobre l'Estat de Salut (Short-Form, SF-36) s'agrupa en 8 subescales amb els següents resultats:

- Funcionament físic (FF): un 90% (9 individus) presenta puntuacions totals d'entre 55 i 100, demostrant que la percepció de la salut de l'individu limita poc les activitats físiques com caminar, exercicis intensos, etc.
- Rol físic (RF): un 50% (5 individus) presenten puntuacions entre 10 i 50 i el 50% restant (5 individus) es troba entre 51 i 100. Per tant, a la meitat d'individus la percepció de la seva salut física els interfereix en el funcionament ocupacional i en l'altre meitat no.
- Dolor (D): un 80% (8 individus) es troba entre les puntuacions 51 i 100, explicant l'escàs grau de percepció del dolor, per tant aquest no interfereix en la seva vida.
- Salut general (SG): un 70% (7 individus) es troba entre 0 i 50 i un 30% (3 individus) entre 51 i 100, indicant la percepció personal de l'estat de salut.
- Vitalitat (V): un 80% té puntuacions entre 0 i 50 i el 20% restant, puntuacions entre 51 i 100; valorant el nivell de fatiga i energia.
- Funcionament social (FS): un 40% es situa entre 0 i 50 i un 60% entre 51 i 100; és el valor que donen en les limitacions en la vida sociofamiliar per problemes de salut.
- Rol emocional (RE): un 90% es troba entre 0 i 50 i el 10% entre 51 i 100; els problemes emocionals interfereixen amb el funcionament ocupacional del pacient.
- Salut mental (SM): el 40% té puntuacions entre 0 i 50 i el 60% entre 51 i 100; es valora l'estat d'ànim dels individus (inquietud, intranquil·litat, desànim) està minvat durant l'últim mes.

Subj.	Sexe	Edat	E. Civil	Fills	Conv.	Estudis	Act. Lab.Ac.	Act. Lab. Pr	Any	Tipus	TTO Farm.	TTO baixa somn.	TTO mod. somn.	TTO alta somn.	Act. Fís.	Estim.	Psicoeduc.	Consum subs.	Tècniques
1	Home	38	Solter	No	Sol	Univ.	No	Sí	2003	EP	Sí	Aripiprazol	0	0	Sí	Sí	Abs.	Cap	Abs.
2	Home	29	Solter	No	parella	Prim.	No	Sí	2015	EP	Sí	0	Clonazepam Risperidona	0	No	Sí	Abs.	Altres	Pres.
3	Home	41	Solter	No	pares	Secun.	No	Sí	2013	EAF	Sí	Desvenlafaxina	Quetiapina	Diazepam	Sí	Sí	Abs.	Alcohol	Abs.
4	Home	47	Solter	No	Sol	Sense	No	Sí	2008	EP	Sí	Venlafaxina Aripiprazol	Olanzapina Disulfiram	Clorazepato de potasi	Sí	Sí	Abs.	Tabac	Abs.
5	Dona	21	Parella	No	pares	Secun.	No	No	2016	EAF	Sí	Valpreato	Risperidona	Lorazepam	Sí	No	Abs.	Tabac	Pres.
6	Dona	51	Soltera	Sí	pares	Univ.	No	Sí	2003	EAF	Sí	0	Olanzapina ziprasidona	Lormetazepam	No	Sí	Abs.	Cap	Pres.
7	Home	29	Solter	No	pares	Secun.	No	Sí	2013	EP	Sí	Venlafaxina	Olanzapina	0	Sí	Sí	Abs.	Tabac	Abs.
8	Dona	19	Parella	No	pares	Secun.	No	Sí	2014	EAF	Sí	Aripiprazol Sertralina	0	Lorazepam	Sí	Sí	Pres.	Alcohol	Pres.
9	Home	20	Solter	No	pares	Secun.	No	Sí	2016	EP	Sí	Aripiprazol Sertralina	0	Zolpidem	No	No	Abs.	Cap	Abs.
10	Home	38	Solter	No	pares	Univ.	Sí	Sí	2007	EP	Sí	Paliperidona	Olanzapina	0	Sí	Sí	Abs.	Cap	Abs.

6.5. Fitxa de Dades Sociodemogràfiques

La informació obtinguda en aquesta fitxa de dades prové d'una observació estructurada on es valoren 19 variables sociodemogràfiques, en funció de les característiques d'interès per l'estudi. A continuació es detallen els resultats:

Els participants de l'estudi són 10 individus, els quals 7 són homes i 3 són dones. Les 10 persones estan diagnosticades d'algun trastorn psicòtic: 6 persones estan diagnosticades d'esquizofrènia i 4 de trastorn esquizoafectiu. L'any de diagnòstic es troba entre el 2003 i el 2016; tots els subjectes són majors de 18 anys; l'edat oscil·la dels 19 fins els 51 anys.

A continuació es presenta el resultat totals test/escales i la seva interpretació per als 10 subjectes de l'estudi.

Subj.	Índex PSQI	Qüestionari Somnolència d'Epworth	Escala PSP	SF-36 Salut Física	SF-36 Salut Mental
1	4: Bona qualitat del son	9: Quantitat mitjana de son durant el dia	50-41: dificultats que interfereixen greument en el pacient; no és capaç de realitzar determinades tasques	69: Bona	62: Bona
2	3: Bona qualitat del son	8: Quantitat mitjana de son durant el dia	50-41: dificultats que interfereixen greument en el pacient; no és capaç de realitzar determinades tasques	85: Bona	88: Bona
3	16: Mala qualitat del son	14: excessivament somnolent, dependent de la situació	50-41: dificultats que interfereixen greument en el pacient; no és capaç de realitzar determinades tasques	11: Dolenta	4: Dolenta
4	14: Mala qualitat del son	7: Poca probabilitat d'estar anormalment somnolent	60-51: dificultats que interfereixen greument en el pacient; necessita ajuda per funcionar	31: Dolenta	16: Dolenta
5	11: Mala qualitat del son	7: Poca probabilitat d'estar anormalment somnolent	70-61: dificultats percebudes per qualsevol; però no interfereixen en el rol del subjecte	36: Dolenta	10: Dolenta
6	5 : Bona qualitat del son	7: Poca probabilitat d'estar anormalment somnolent	70-61: dificultats percebudes per qualsevol; però no interfereixen en el rol del subjecte	63: Bona	72: Bona
7	4 :Bona qualitat del son	1: Poca probabilitat d'estar anormalment somnolent	50-41: dificultats que interfereixen greument en el pacient; no és capaç de realitzar determinades tasques	72: Bona	53: Bona

8	11: Mala qualitat del son	16: excessivament somnolent, necessita atenció mèdica	80-71: dificultats lleus en el funcionament; només conegudes per la família	69: Bona	28: Dolenta
9	4: Bona qualitat del son	6: Poca probabilitat d'estar anormalment somnolent	70-61: dificultats percebudes per qualsevol; però no interfereixen en el rol del subjecte	79: Bona	85: Bona
10	2: Bona qualitat del son	3: Poca probabilitat d'estar anormalment somnolent	60-51: dificultats que interfereixen greument en el pacient; necessita ajuda per funcionar	59: Bona	55: Bona

Amb les dades obtingudes es pot observar que els individus que reben un tractament farmacològic que pot produir somnolència, presenten pitjors resultats en l'Índex de Qualitat del Son de Pittsburgh (PSQI) i també els pitjors resultats en el Qüestionari SF-36 sobre l'estat de salut (Short-Form, SF-36). Aquests individus són els subjectes 3, 4, 5 i 8 que també es caracteritzen per un consum regular d'alcohol i tabac i per la realització d'activitat física/esport diària.

S'observa que no hi ha relació dels 3 tests/escales passats, amb el resultat final obtingut en l'Escala de Funcionament Personal i Social (PSP), ja que aquesta es mostra independent dels resultats de les altres proves. Els 4 individus que presenten menys puntuació en la PSP (50-41), que són el subjecte 1, 2, 3 i 7 es caracteritzen per una absència de psicoeducació, consum diària d'estimulants i l'estat civil solter.

Els subjectes que presenten uns bons resultats globals en cada test, que són els subjectes 6 i 9, es caracteritzen per l'absència de consum de substàncies com l'alcohol, el tabac i/o altres substàncies, actualment conviuen amb els pares i l'estat civil solter.

El subjecte 10 presenta uns valors intermigues en l'Escala de Funcionament Personal i Social i el Qüestionari SF-36 sobre l'estat de salut (Short-Form, SF-36), mentre que amb el son no s'hi veu relació.

7. Discussió

Segons Yates, N. J. (2016) l'esquizofrènia està associada amb anormalitats en els ritmes circadians i el son, degut a un excés de receptors dopaminèrgics al cervell. Nombrosos estudis comparatius duts a terme amb un grup control (individus sans) i amb un grup experimental (persones diagnosticades d'esquizofrènia amb tractament farmacològic en fase de psicosi aguda o en fase estable), realitzats mitjançant la polisomnografia, han demostrat l'existència en l'esquizofrènia d'un inici del son endarrerit (fase I), una alteració de la continuïtat del son, i un augment del temps que passen desperts. (Wulff, K. et al., 2012).

En l'estudi, els resultats obtinguts en l'Índex de Qualitat del son de Pittsburgh (PSQI) mostren un inici del son endarrerit (latència enrederida), en què un 60% (6 individus) tarden entre 31 i >60 minuts en conciliar el son, i un 40% (4 individus) tarda entre ≤15 minuts i 30 minuts, confirmant l'existència d'un inici del son endarrerit en pacient en fase estable. La demostració de l'existència d'una alteració de la continuïtat del son i un augment del temps que passen desperts no s'han pogut observar en aquest estudi doncs els resultats obtinguts no s'aproximen a l'evidència empírica dels resultats dels estudis fets amb polisomnografia.

Segons Wulff, K. et al., (2009) l'esquizofrènia també està associada amb un cicle son-vigília irregular, hipersomnia (somnia excessiva) i hiposomnia o insomni (disminució del temps total del son). En aquest estudi no es demostra cap d'aquestes evidències perquè en l'Índex de Qualitat del son de Pittsburgh (PSQI) els subjectes estudiats segueixen uns horaris de son-vigília, en què se'n van a dormir diàriament a la mateixa hora i es lleven a la mateixa en un 80% (8 individus) de la mostra. Tampoc s'ha pogut observar l'existència d'hipersomnia perquè tant en els resultats obtinguts del PSQI com en el Qüestionari de Somnolència Diürna d'Epworth, concretament en el primer ítem de Disfunció diürna un 60% (6 individus) no presenten cap o menys d'un episodi de disfunció a la setmana i un 40% (4 individus) d'un a tres o més episodis a la setmana i en el segon s'observa la presència d'una quantitat mitjana de son durant el dia però no una excessiva somnolència. Pel què fa a l'hiposomnia o insomni, tampoc es corrobora, perquè els resultats obtinguts en el PSQI, concretament en l'ítem d'eficiència habitual del son, els individus de la mostra no presenten cap dificultat, sinó el 100% d'eficiència.

Amb l'Índex PSQI si que s'observa la gran necessitat dels subjectes de la mostra en dormir més hores en comparació amb la població sana, corroborat per Wulff, K. 2012 en el seu estudi. En la nostra mostra s'ha trobat que la majoria dels individus dorm més de 7 hores. D'aquests, la meitat dorm entre 8 i 9 hores i l'altre meitat dorm ≥ de 10 hores; sent la major dificultat/perturbació del seu perfil del son.

Segons els estudis presentats per Yates, N. J. (2016) els pacients que no reben cap mena de tractament psicològic ni farmacològic tenen alterada la latència del son, el total del temps que es dorm, la duració de la segona fase del son, l'índex d'eficiència del son i el total del temps que s'està despert. En el meu estudi s'han passat els test/escales a pacients amb trastorns psicòtics que reben tractament farmacològic i psicològic. Es comprova en l'estudi de Yates, N. J. (2016) que els que reben els dos tractaments a diferència dels que no reben cap tractament no presenten alteracions en l'índex d'eficiència del son i el total del temps que s'està despert, però sí que hi ha alteracions en la latència del son, el total del temps que es dorm i la duració d'aquest. Els resultats obtinguts en el meu estudi, mitjançant l'Índex PSQI, confirmen que la latència del son, el total del temps que es dorm i la duració d'aquest són els ítems que s'observen més alterats i es corrobora l'absència d'alteracions en l'eficiència del son i el total del temps que s'està despert.

Com ja s'ha dit anteriorment, els subjectes de la mostra reben tractament psicològic i farmacològic. Els fàrmacs que solen prendre són els antipsicòtics de 2a generació, que actuen sobre la simptomatologia positiva i provoquen un risc moderat de somnolència. S'ha observat amb els resultats del Qüestionari de Somnolència diürna d'Epworth la presència en els subjectes d'una somnolència moderada. Tot i així, hi ha quatre subjectes (3, 4, 5 i 8) que prenen antipsicòtics en què s'observa una alta somnolència, relacionat amb una alta puntuació en mala qualitat del son en l'Índex PSQI, i una alta puntuació en somnolència Qüestionari de Somnolència diürna d'Epworth.

Segons Yates, J. N. (2016) els perfils del son de l'esquizofrènia són molt heterogenis, és a dir, no s'extreu un perfil clar del son amb persones amb esquizofrènia. Aquesta afirmació es comprova en aquest estudi, ja que malgrat s'hagi analitzat individualment els resultats obtinguts en l'índex PSQI i comparat amb la fitxa de dades, no s'extreu un perfil del son per aquestes persones.

La cronicitat d'un son pertorbador en les persones amb esquizofrènia té un fort impacte en el funcionament psicosocial, en l'estat d'ànim, en la cognició i en la qualitat de vida (Wulff, K. et al, 2012). Segons Mulligan, L., et al. (2016), els problemes del son són un predictor del funcionament del següent dia i dels símptomes psicòtics severos amb persones amb diagnòstic d'esquizofrènia. En aquest estudi s'ha passat l'Índex de Qualitat del son de Pittsburgh (PSQI), l'Escala de Funcionament Personal i Social (PSP) i el Qüestionari de Salut SF-36 (Short-Form SF36) per conèixer si hi ha relació o no entre la qualitat del son, el funcionament psicosocial diàri i la qualitat de vida en general. S'observa que els resultats que

s'obtenen en l'Índex PSQI són independents als resultats extrets de l'Escala PSP. Així doncs, no es mostra cap relació entre una bona o mala qualitat del son i un bon o mal funcionament psicosocial.

L'esquizofrènia és un trastorn mental incapacitant perquè influeix en diverses àrees de la vida dels pacients afectats, com el pensament, la cognició, l'afecte i la voluntat. Aquesta afectació compromet a un deteriorament global de la persona, que afecta directament al seu funcionament, rol social i relacions interpersonals (Suárez, M., 2012). La simptomatologia positiva i/o negativa de la malaltia porta a la pèrdua de la funcionalitat en tres grans àrees:

- Personal: disminució/falta d'autocura.
- Social: disminució de la capacitat/interès per relacionar-se i tracte distant amb la família.
- Laboral: impossibilitat per estudiar o exercir un ofici.

Amb la passació de l'escala PSP, els resultats indiquen la presència de dificultats que interfereixen en el funcionament del subjecte. Un 40% (4 individus) tenen dificultats que interfereixen greument; el pacient no és capaç de realitzar determinades tasques. Per tant, els resultats confirmen que els individus de la mostra es caracteritzen per presentar dificultats en el funcionament psicosocial però, aquestes no són incapacitants per seguir funcionant més o menys de forma autònoma.

Segons el Manual de Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals V (DSM V, 2014) l'esquizofrènia s'associa a una disfunció social i laboral significativa; la conservació d'una feina normalment es troba dificultada per l'abulia (pèrdua o afabliment de la força de voluntat/motivació) i altres manifestacions del trastorn, fins i tot quan les habilitats cognitives són suficients per realitzar les tasques requerides. A més a més, disminueixen significativament les relacions socials, més enllà de la seva família.

Els resultats obtinguts en l'escala PSP mostren que els subjectes presenten majors limitacions és en les activitats socials habituals, incloent treballar i estudiar. Concretament, un 40% (4 individus) presenten una intensitat "Marcada", significat la presència de dificultats que interfereixen greument on el pacient necessita ajuda per funcionar; un 30% (3 individus) intensitat "lleu", significat dificultats lleus en el funcionament, només conegudes per la família; un 20% (2 individus) "manifesta" que són dificultats percebudes per qualsevol, però que no interfereixen amb el rol del subjecte i un 10% (1 individu) "absent", demostrant un funcionament excel·lent. I pel què fa a les relacions personals i socials, encara es veuen més limitades, on un 50% (5 individus) dels individus presenten una intensitat "manifesta", un 30% (3 individus) "marcada" i un 20% (2 individus) "lleu".

S'han realitzat estudis que demostren l'existència d'una estreta interrelació entre els processos del son i l'estat de salut física i psicològica d'una persona (Miró, E., et al., 2005), on l'estigma social en les persones diagnosticades d'esquizofrènia hi juga un paper molt important ja que aquesta situació de discriminació social s'ha relacionat amb un augment dels símptomes depressius, portant a una disminució de la qualitat de vida. Tot i així, aquesta malaltia es caracteritza per un deteriorament progressiu de la simptomatologia i per tant, també a un deteriorament progressiu de la qualitat de vida. Per conèixer si aquesta estreta interrelació es compleix en els subjectes estudiats, s'ha treballat amb les respostes obtingudes en l'Índex PSQI i el SF-36. En els resultats s'observa que quan hi ha una mala qualitat del son també hi ha la percepció d'una mala qualitat de vida

Independentment d'una bona o mala qualitat del son, els subjectes estudiats (persones diagnosticades de trastorn esquizofrènic i esquizoafectiu) presenten més mancances en la percepció de la seva vitalitat, seguida de mancances en la percepció del seu rol emocional i finalment en la salut general.

8. Conclusions

He realitzat aquest treball per analitzar la hipòtesis principal, crec que les persones diagnosticades d'esquizofrènia i de trastorn esquizoafectiu tenen alteracions del son, mal funcionament psicosocial i mala qualitat de vida. A més a més, en l'obtenció dels resultats he volgut observar les singularitats del son dels 10 subjectes amb trastorn psicòtic, veure l'adaptació psicosocial dels subjectes i conèixer el perfil de qualitat de vida d'aquests subjectes relacionada amb la salut física i mental.

Un cop realitzat l'anàlisi descriptiu de les dades obtingudes, es conclou que els 10 subjectes amb trastorn psicòtic tenen alteracions del son, com són la latència enrederida, el total del temps que es dorm, la duració i la presència en els subjectes d'una somnolència moderada. Per contra, presenten absència d'alteracions en l'eficiència del son i el total del temps que s'està despert.

En aquests 10 subjectes se sustenta que els perfils del son de l'esquizofrènia són molt heterogenis. Per tant, en aquesta mostra no s'extreu un perfil clar del son.

Es veu que la majoria d'individus de la mostra presenten un mal funcionament psicosocial. Majoritàriament presenten més limitacions en les activitats socials habituals, incloent treballar i estudiar. Pel què fa a les relacions personals i socials, encara es veuen més limitades.

La majoria dels subjectes estudiats tenen la percepció de tenir una bona qualitat del son i una bona qualitat de vida.

Aquest estudi s'ha realitzat amb una mostra petita, i per tant, poc representativa. Així doncs, els resultats extrets no es poden extrapolar a la població de persones diagnosticades d'esquizofrènia i/o altres trastorns psicòtics.

9. Limitacions del treball

El número de participants de l'estudi és inferior al que en un principi es va estimar. El motiu ha estat el reduït nombre de subjectes que complissin amb els requisits prefixats per la recollida de la informació. Així doncs, per dificultats en el reclutament de la mostra, s'ha dut a terme un anàlisi descriptiu no generalitzable.

10. Perspectives de futur

Seria interessant continuar amb aquest estudi, ja que en la recerca bibliogràfica he observat que no es coneixen dades sobre la relació de l'esquizofrènia, la qualitat del son, el funcionament psicococial i la qualitat de vida, en conjunt.

S'hauria de seguir estudiant amb la mateixa metodologia utilitzada però amb una mostra més gran i així poder extreure'n conclusions i poder extrapolar els resultats, afirmant o rebutant la hipòtesis d'una possible relació efectiva entre aquests conceptes.

A més a més, s'hauria de seguir estudiant la relació entre els trastorns mentals severes i els trastorns del son i com aquests afecten al funcionament diari i a la salut en general de les persones que els pateixen; amb això s'aconseguiria donar el valor que es mereixen, i a la vegada, que els professionals que treballen en el món de la salut, en aquest cas salut mental, valorin aquests conceptes a l'hora de tractar amb aquests pacients.

11. Referències bibliogràfiques

- Abelleira, G. (2012). Esquizofrenia. *Dialnet*, 4, 157-172. Recuperat de [file:///C:/Users/irene/Downloads/Dialnet-Esquizofrenia-4018442%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/irene/Downloads/Dialnet-Esquizofrenia-4018442%20(3).pdf)
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (5ª ed.). Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Arboledas, P. G., Morell, M. & Mompó, L. (2014). Higiéne del sueño y melatonina. *En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2014*. Madrid: Elxlibris Ediciones; 2014. (pp. 133-143).
- Arena, Á., & Rogelis, A. (2006). Revisión de la Historia del Trastorno Esquizoafectivo y su relación con los rasgos de Personalidad. *Universitas Médica*, 47 (2), 147-156.
- ASENARCO, Asociación Española del Sueño. (2016). *El Sueño*. Recuperat 15 de febrer de <http://asenarco.es/el-sueno/>
- ASENARCO, Asociación Española del Sueño. (2016). *Estructura y Funciones del Sueño*. Recuperat 15 de febrer de <http://asenarco.es/estructura-y-funciones-del-sueno/>
- ASENARCO, Asociación Española del Sueño. (2016). *Melatonina y Sueño*. Recuperat 18 de febrer de <http://asenarco.es/melatonina-y-sueno/>
- ASENARCO, Asociación Española del Sueño. (2016). *Trastorno del Ritmo Circadiano*. Recuperat 18 de febrer de <http://asenarco.es/trastorno-del-ritmo-circadiano/>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA)., (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-V* (5ª ed.). Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Benabarre, A., et al. (2007). *Trastornos Esquizoafectivos*. Ed: Barcelona, Espaxs.
- Bórquez, P. (2011). Calidad del sueño, somnolencia diurna y salud autopercibida en estudiantes universitarios. *Eureka*, 8 (1), 1-6. Recuperat de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262011000100009

- Bové, A. (2015). *Introducción al estudio del Sueño evolución y características esenciales: Historia del Sueño y de su Estudio*. Recuperat de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://libreriaherrero.es/pdf/PAN/9788498352030.pdf&qws_rd=cr&ei=BKIJWfi2DoinU6WJqfgJ
- Brekke, J., Kay, D., Lee, K. & Green, M. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *ScienceDirect*, 80, 213-225. Recuperat de <http://greenlab.npih.ucla.edu/Publications/Brekke%202005-Sz%20Res.pdf>
- Brekke, J.S. y Long, J.D. (2000). Community-based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical, and subjective experience variables in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26 (3), 667-680. Recuperat de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10993405>
- Bromundt, V., Köster, M., Georgiev-kill, A., Opwis, K., Wirz-Justice, A., Stoppe, G & Cajochen, C., (2011). Sleep-Wake Cycles and Cognitive Functioning in Schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry (BJPsych)*, 198, 269-276. Doi: 10.1192/bjp.bp.110.078022
- CalmeacRadio., (2011, novembre 17). *Historia de la Esquizofrenia* [Vídeo]. Recuperat de <https://www.youtube.com/watch?v=uin3Rrrx4UU>
- Casas, E., Escanadell, M.J., Ribas, M., Ochoa, S. (2010). Instrumentos de Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (105), 25-47. Recuperat de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n1/02.pdf>
- Castellanos, E. (2015). *Cognición Social y Funcionamiento Social en pacientes con Esquizofrenia* (Treball de Fi de Màster, Universidad de León, Castilla y León). Recuperat de: <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/5071/2015.%20Estela%20Castellanos%20Fern%C3%A1ndez.pdf?sequence=1>
- Circadian Rhythm [Fotografía]. Recuperat de https://www.google.es/search?q=circadian+rhythm+in+humans&source=lnms&tbn=isch&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwi_5_69gOrTAhVQEVAKHWOXD6cQ_AUIBigB&biw=1366&bih=662#imgrc=dKYWVT9hDY9RHM
- Clínica del Sueño Estivill. (2017). *Conceptos Generales sobre el Sueño*. Recuperat 12 febrer de <http://doctorestivill.es/transtornos-del-sueno/conceptos-generales-sueno/>
- Fang, F, et al., (2016). Antipsychotic Drug-Induced Somnolence: Incidence, Mechanisms, and Management. *CNS Drugs*, 1-23.

- García-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., Parellada, M., Bousoño & Bobes, J. (2014). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* (7ª ed.). Majadahonda: cyesan.
- Garrido Piosa, M. & Cerpa Garrido, JM. (2014). Calidad de vida: evolución histórica, perspectivas y consideraciones. *Portales Medicos*, 1-3. Recuperat de <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/calidad-de-vida-evolucion-historica/>
- Gómez, M. E. (2009). Un recorrido Histórico del Concepto de Salud y Calidad de Vida a través de los documentos de la OMS. *TOG*, 6 (9), 1-10. Recuperat de <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>
- Gómez, I. (1994). *Marcadores Pronósticos en la Esquizofrenia y su Utilidad Clínica* (Tesi doctoral, Universidad Computense de Madrid, Comunidad de Madrid). Recuperat de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/D/0/D0018101.pdf>
- Gutiérrez, M.I. (2015). *Calidad de Vida y Factores Asociados en la Esquizofrenia* (Tesi doctoral, Universidad de Oviedo, Asturias). Recuperat de http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/34605/1/TD_MariaIsabelGutierrez.pdf
- Gurtubay, G. (2007). Estudios Diagnósticos en Patología del Sueño. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (1), 35-51. Recuperat de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200004
- Garjón, J. (2014). Melatonina para los trastornos del sueño. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*, 22 (1), 1-11. Recuperat de https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/8C47CD38-30F5-4D5F-ABE4-3B79EABF3FE7/286615/Bit_v22n1.pdf
- Instituto del Sueño. (2016). *Buena Higiene del Sueño: Más Calidad de Vida, para una mejor Salud*. Recuperat 19 març 2017 de <http://www.dormirbien.info/higiene-de-sueno-y-calidad-de-vida/>
- Jiménez-Genchi, A., Monteverde-Maldonado, E., Nenclares-Portocarrero, A., Esquivel-Adame, G & Vega-Pacheco, A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gaceta Médica de México*, 144 (6), 491-496.
- Les Fases del Son. [Fotografia]. Recuperat del Curs Tractament No Farmacològic de l'Insomni, Dra. Cristina Ruiz, Novembre 2016.

- Martín, E. & Navarro, I. (2012). La Esquizofrenia. *UCiencia: Revista de divulgación científica de la Universidad de Málaga*, 9, 44-47. Recuperat de http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/5002/44_n9_Uciencia9.pdf?sequence=1
- Medeiros Ferreira, L. (2016). *Síndrome metabólico, Calidad de Vida y necesidades en Salud en personas con Esquizofrenia* (Tesi doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, Catalunya). Recuperat de <http://www.tdx.cat/handle/10803/392664>
- Miró Morales, E., Cano, M.C., & Buela Casal, G. (2005). Sueño y Calidad de Vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14 (1), 11-27. Recuperat 20 març 2017 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3245867>
- Monti, J.M., et al., (2016). The effects of second generation antipsychotic drugs on sleep variables in healthy subjects and patients with schizophrenia. *Sleep Medicine Reviews*, 1-7.
- Mulligan, Lee D., Haddock, G. & Neil, S.T. (2016). High Resolution Examination of the Role of Sleep Disturbance in Predicting Functioning and Psychotic Symptoms in Schizophrenia: A Novel Experience Sampling Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 125 (6), 788-797.
- Myers, G.D. (2011). *Psicología*. (9a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Navarro, JF & Dávila, G. (1998). Psicopatología y sueño. I. Esquizofrenia. *Psicología Conductual*, 6 (1), 49-62.
- Obiols, E., & Obiols, J. (1989). *Esquizofrenia*. Ed: Gran Via, Barcelona.
- Organització Mundial de la salut. (2017). *Esquizofrenia*. Recuperat 7 de març de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Panadero Herrero, S. (2011). Artículo Monográfico: Calidad de Vida y Funcionamiento Psicosocial de las personas con Trastornos Mentales Graves y Duraderos. *Anuario de Psicología Clínica y de Salud*, 7, 51-59. Recuperat de http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_7_esp_51-59.pdf
- Rojas, K. (2009). *Diagnóstico y estabilidad diagnóstica de pacientes ingresados como Trastorno Esquizoafectivo en el año 2005 en el Hospital Nacional Psiquiátrico* (Tesi Doctoral, Universidad de Costa Rica, Costa Rica).

- Schwartzmann, L., (2003). Calidad de Vida relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. *Scielo*, 9 (2). Doi: 10.4067/S0717-95532003000200002
- Verdugo Alonso, M.A., Arias Martínez, B., Gómez Sánchez, L.E., Schalock, R.L. (2013). Model Qualitat de Vida: Informe sobre els perfils de servei basats en el model de qualitat de vida per als serveis socials especialitzats de Catalunya. *Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família*. 1-88. Recuperat de http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/ambits_tematicos/serveis_socials_2011/05qualitatvidaperfils/qualitat_de_vida_perfil_servei_definitiu.pdf
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Milarlda, G., Quintana, J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., Alonso, J. & por los investigadores de la Red-IRYSS. (2005). El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19 (2), 1-15.
- Ware, E.J & Ph.D. Jr. (1993). SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. *The Health Institute: New England Medical Center*, 30, 1-22.
- Wulff, K., Dijk, Derk-Jan., Middleton, B., Foster G.R. & Joyce M. E., (2012). Sleep and Circadian rhythm disruption in Schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry (BJPsych)*, 200, 308-316. Doi: 10.1192/bjp.bp.111.096321
- Wulff, K., Porcheret, K., Cussans., E & Foster, G. (2009). Sleep and Circadian rhythm disturbances: multiple genes and multiple phenotypes. *ScienceDirect*, 19, 237-246. Doi: 10.1016/j.gde.2009.03.007
- Yates, NJ, et al., (2016). Schizophrenia: the role of sleep and circadian rhythms in regulating dopamine and psychosis. *Neurosci*, 1-19.

12. Annexos

Qualitat del son en persones amb la malaltia de l'esquizofrènia:
Repercussions en el funcionament psicosocial i qualitat de vida
Consorti Hospitalari de Vic, Osona Salut Mental

Investigadora: Irene Iborra Rovira

Vic, febrer de 2017

FULL D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT PER ESCRIT

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2017) l'esquizofrènia és una malaltia mental greu que afecta a 21 milions de persones de tot el món. És una malaltia que, entre altres efectes, provoca l'alteració del son, com l'insomni o la somnolència excessiva, entre altres. Aquesta distorsió en la qualitat del son pot interferir en la funcionalitat de les persones que la pateixen, i en conseqüència en la seva qualitat de vida.

Soc una estudiant de quart curs de Psicologia de la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya que té interès en estudiar com és la qualitat del son en persones diagnosticades d'esquizofrènia i trastorn esquizoafectiu, com és el funcionament psicosocial i la seva qualitat de vida.

El/la convido a participar en l'estudi. La seva participació és totalment voluntària i pot retirar-se'n en qualsevol moment, sense haver de donar cap explicació. Si vostè és un pacient i decideix no participar, això no li condicionarà, sota cap concepte, cap variació en el tractament o en el tracte amb el personal sanitari que els seus metges, infermeres i psicòlegs li venen prestant. Si decideix participar m'haurà de dedicar mitja hora aproximadament del seu temps durant el qual li passaré uns tests que haurà de respondre.

Totes les seves dades personals i els resultats de les proves realitzades seran tractades de manera estrictament confidencial d'acord amb els imperatius de les lleis vigents i s'incorporaran a una base de dades informatitzada i anonimitzada.

En el cas que tingui algun dubte o vulgui algun aclariment, jo mateixa, Irene Iborra estudiant de Psicologia de quart curs de la Uvic-UCC estic a la seva disposició. El meu correu electrònic és irene.iborra@uvic.cat.

Si accepta, doncs, participar en l'estudi, li preguem que signi el formulari de consentiment que li lliurem seguidament.

Gràcies per la seva col·laboració.

CONSENTIMENT INFORMAT

Jo, (Nom i cognoms)

He llegit o bé m'han llegit el full d'informació que se m'ha lliurat.

He pogut fer preguntes sobre l'estudi.

He rebut suficient informació sobre el tema.

He parlat amb (nom del professional que informa)

Entenc que la meva participació és voluntària.

Entenc que en qualsevol moment puc retirar-me de l'estudi:

1. quan vulgui
2. sense haver de donar explicacions
3. sense que això repercuteixi en la meva atenció mèdica

I, per tant, dono lliurement la meva conformitat per participar en l'estudi.

Signatura del participant Signatura del professional Signatura del representant
del

pacient (si cal)

Data: [Còpia per al pacient]

CONSENTIMENT INFORMAT

Jo, (Nom i cognoms)

He llegit o bé m'han llegit el full d'informació que se m'ha lliurat.

He pogut fer preguntes sobre l'estudi.

He rebut suficient informació sobre el tema.

He parlat amb (nom del professional que informa)

Entenc que la meva participació és voluntària.

Entenc que en qualsevol moment puc retirar-me de l'estudi:

1. quan vulgui
2. sense haver de donar explicacions
3. sense que això repercuteixi en la meva atenció mèdica

I, per tant, dono lliurement la meva conformitat per participar en l'estudi.

Signatura del participant Signatura del professional Signatura del representant
del

pacient (si cal)

Data:

[Còpia per a l'expedient de recerca]

Subj.	Sexe	Edat	E. Civil	Fills	Conv.	Estudis	Act. Lab.Ac.	Act. Lab. Pr	Any	Tipus	TTO Farm.	TTO baixa somn.	TTO mod. somn.	TTO alta somn.	Act. Fís.	Estim.	Psicoeduc.	Consum subs.	Tècniques	
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

Annex 2. Fitxa de dades sociodemogràfiques

12.1. Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)



Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

Mejoría global (CGI-GI)

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)

0. No evaluado
1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Mucho peor

9.2.2. Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)

Apellidos y nombre _____ N.º historia clínica _____
Sexo ____ Estado civil ____ Edad ____ Fecha ____/____/____

Instrucciones:

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido usted normalmente durante el último mes. Intente ajustarse en sus respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes.

¡Muy importante! CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse? APUNTE SU HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: _____
2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS: _____
3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana? APUNTE SU HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: _____
4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (El tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama)
APUNTE LAS HORAS QUE CREA HABER DORMIDO: _____

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajusta a su caso. Intente contestar a TODAS las preguntas.

5. Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

- a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:
Ninguna vez en el último mes #
Menos de una vez a la semana #
Una o dos veces a la semana #
Tres o más veces a la semana #
- b) Despertarse durante la noche o de madrugada:
Ninguna vez en el último mes #
Menos de una vez a la semana #
Una o dos veces a la semana #
Tres o más veces a la semana #
- c) Tener que levantarse para ir al servicio:
Ninguna vez en el último mes #
Menos de una vez a la semana #
Una o dos veces a la semana #
Tres o más veces a la semana #
- d) No poder respirar bien:
Ninguna vez en el último mes #
Menos de una vez a la semana #
Una o dos veces a la semana #
Tres o más veces a la semana #
- e) Toser o roncar ruidosamente:
Ninguna vez en el último mes #
Menos de una vez a la semana #
Una o dos veces a la semana #
Tres o más veces a la semana #
- f) Sentir frío:
Ninguna vez en el último mes #
Menos de una vez a la semana #
Una o dos veces a la semana #

9.2.2. Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)

- g) Sentir demasiado calor:
- | | |
|------------------------------|---|
| Ninguna vez en el último mes | # |
| Menos de una vez a la semana | # |
| Una o dos veces a la semana | # |
| Tres o más veces a la semana | # |
- h) Tener pesadillas o «malos sueños»:
- | | |
|------------------------------|---|
| Ninguna vez en el último mes | # |
| Menos de una vez a la semana | # |
| Una o dos veces a la semana. | # |
| Tres o más veces a la semana | # |
- i) Sufrir dolores:
- | | |
|------------------------------|---|
| Ninguna vez en el último mes | # |
| Menos de una vez a la semana | # |
| Una o dos veces a la semana | # |
| Tres o más veces a la semana | # |

j) Otras razones (por favor, descríbalas a continuación):

6. Durante el último mes, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?
Bastante bueno

#

Bueno	#
Malo	#
Bastante malo	#

7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

Ninguna vez en el último mes	#
Menos de una vez a la semana	#
Una o dos veces a la semana	#
Tres o más veces a la semana	#

8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

Ninguna vez en el último mes	#
Menos de una vez a la semana	#
Una o dos veces a la semana	#
Tres o más veces a la semana	#

9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el «tener ánimos» para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?
- | | |
|-----------------------|---|
| Ningún problema | # |
| Sólo un leve problema | # |
| Un problema | # |
| Un grave problema | # |
10. ¿Duerme usted solo o acompañado?
- | | |
|--------------------------------|---|
| Solo | # |
| Con alguien en otra habitación | # En la misma habitación, pero en otra cama |
| En la misma cama | # |

Cuestionario de Somnolencia Diurna de Epworth

Nombre:..... ID#..... Fecha:..... Edad:.....

Este cuestionario pretende valorar la facilidad para amodorrarse o quedarse dormido en cada una de las diferentes situaciones. Aunque no haya vivido alguna de estas situaciones recientemente, intente imaginar cómo le habría afectado.

Situación

Probabilidad de que le dé sueño 1.-

Sentado y leyendo

- a) Nunca tengo sueño
- b) Ligera probabilidad de tener sueño
- c) Moderada probabilidad de tener sueño
- d) Alta probabilidad de tener sueño

2.- Viendo la TV

- a) Nunca tengo sueño
- b) Ligera probabilidad de tener sueño
- c) Moderada probabilidad de tener sueño
- d) Alta probabilidad de tener sueño

3.- Sentado, inactivo en un lugar público (ej: cine, teatro, conferencia, etc.)

- a) Nunca tengo sueño
- b) Ligera probabilidad de tener sueño
- c) Moderada probabilidad de tener sueño
- d) Alta probabilidad de tener sueño

4.- Como pasajero de un coche en un viaje de 1 hora sin paradas

- a) Nunca tengo sueño
- b) Ligera probabilidad de tener sueño
- c) Moderada probabilidad de tener sueño

d) Alta probabilidad de tener sueño

5.- Estirado para descansar al mediodía cuando las circunstancias lo permiten

a) Nunca tengo sueño

b) Ligera probabilidad de tener sueño

c) Moderada probabilidad de tener sueño

d) Alta probabilidad de tener sueño

6.- Sentado y hablando con otra persona

a) Nunca tengo sueño

b) Ligera probabilidad de tener sueño

c) Moderada probabilidad de tener sueño

d) Alta probabilidad de tener sueño

7.- Sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol

a) Nunca tengo sueño

b) Ligera probabilidad de tener sueño

c) Moderada probabilidad de tener sueño

d) Alta probabilidad de tener sueño

8.- En un coche, estando parado por el tránsito unos minutos (ej: semáforo, retención,...)

a) Nunca tengo sueño

b) Ligera probabilidad de tener sueño

c) Moderada probabilidad de tener sueño

d) Alta probabilidad de tener sueño

Baremación del cuestionario:

Asigne los siguientes puntos a cada situación: 0

puntos -----Nunca.....

1 Punto.....Ligera...

2 Puntos.....Moderada...

3 Puntos.....Alta...

Suma total :.....

Si su puntuación es inferior a 6 puntos su somnolencia diurna es baja o ausente; si está comprendida entre 7 y 8, se encuentra en la media de la población y si es superior a 9 su somnolencia es excesiva y debe consultar a un especialista.

14.1.4. Escala de Funcionamiento Personal y Social (Personal and Social Performance Scale, PSP)

1. Puntúe el grado de disfunción del paciente durante el **último mes** en las siguientes 4 áreas principales. Para determinar el grado de disfunción ha de utilizar los **criterios operativos** que a continuación se facilitan. Observe que existen unos criterios comunes para las áreas **a)** a **c)** y otros criterios específicos para el área **d)**.

	Ausente	Leve	Manifiesta	Marcada	Grave	Muy grave
a) Autocuidado	#	#	#	#	#	#
b) Actividades sociales habituales, incluyendo trabajo y estudio	#	#	#	#	#	#
c) Relaciones personales y sociales	#	#	#	#	#	#
d) Comportamientos perturbadores y agresivos						

Niveles de gravedad áreas a a c

1. Ausente
2. Leve: solamente conocida por alguien muy cercano a la persona.
3. Manifiesta: dificultades claramente perceptibles por cualquiera, aunque no interfieren sustancialmente con la capacidad de la persona para realizar su rol en dicha área, teniendo en cuenta el contexto sociocultural, edad, sexo y nivel de educación de la persona.
4. Marcada: las dificultades interfieren considerablemente con el desempeño del rol en esa área; sin embargo, la persona todavía es capaz de realizar algunas cosas sin ayuda profesional o social, si bien inadecuada u ocasionalmente; si es ayudada por alguien es capaz de alcanzar el nivel de funcionamiento anterior.
5. Grave: dificultades que hacen que la persona sea incapaz de realizar cualquier rol en esa área si no es ayudada profesionalmente, o lleva a la persona a un rol destructivo, sin embargo, no hay riesgos de supervivencia.
6. Muy grave: deterioros y dificultades de tal intensidad como para poner en peligro la supervivencia de la persona. El riesgo de suicidio debe tenerse en cuenta tan sólo en la medida en que la rumiación suicida interfiere con el funcionamiento social.

Niveles de gravedad área d

1. Ausente.
2. Leve: grosería, insociabilidad o quejas leves.
3. Manifiesta: hablar demasiado alto o hablar con otros de una forma demasiado familiar o comer de una forma socialmente inaceptable.
4. Marcada: insulta a otros en público, rompe o tira objetos, actúa frecuentemente de una forma socialmente inapropiada pero no peligrosa (p.ej., desnudarse u orinar en público), *no ocasionalmente*.
5. Grave: amenazas verbales o agresiones físicas frecuentes, sin intención ni posibilidad de lesiones graves, *no ocasionalmente*.
6. Muy grave: actos agresivos dirigidos a o con gran probabilidad de causar lesiones graves, *no ocasionalmente*.

Un comportamiento perturbador o agresivo se considera sólo ocasionalmente si ha tenido lugar sólo 1-2 veces durante el periodo evaluado y los profesionales y cuidadores creen que es muy improbable que vuelva a producirse en los próximos 6 meses. Si el comportamiento se considera «ocasional», la puntuación debería reducirse 1 grado (p. ej. de grave a marcada).

2. Seleccione un intervalo de 10 puntos. La selección del intervalo de 10 puntos se basa en los grados de disfunción que ha determinado para las 4 áreas principales: **a)** actividades sociales habituales, incluyendo trabajo y estudio; **b)** relaciones personales y sociales; **c)** autocuidado; y **d)** comportamientos perturbadores y agresivos.

100-91 Funcionamiento excelente en las 4 áreas principales. Se tiene en elevada consideración por sus buenas cualidades, afronta adecuadamente los problemas de la vida, está involucrado/a en un amplio

70-61	Dificultades manifiestas, pero no marcadas, en una o más áreas de la <i>a)</i> a la <i>c)</i> , o dificultades leves en <i>d)</i> . En el área <i>b)</i> incluya aquí el empleo protegido si el rendimiento es bueno.
60-51	Dificultades marcadas en sólo un área de la <i>a)</i> a la <i>c)</i> o dificultades manifiestas en <i>d)</i> .
50-41	Dificultades marcadas en dos o tres áreas de la <i>a)</i> a la <i>c)</i> , o dificultades graves en sólo un área de la <i>a)</i> a la <i>c)</i> sin dificultades marcadas en las otras 2 áreas; no dificultades marcadas en <i>d)</i> .
40-31	Dificultades graves en sólo un área de la <i>a)</i> a la <i>c)</i> y dificultades marcadas en al menos una de las otras dos; o dificultades marcadas en <i>d)</i> .
30-21	Dificultades graves en dos áreas de la <i>a)</i> a la <i>c)</i> ; o dificultades graves en <i>d)</i> , incluso si no hay dificultades graves o marcadas en las áreas de la <i>a)</i> a la <i>c)</i> .
20-11	Dificultades graves en todas las áreas de la <i>a)</i> a la <i>c)</i> ; o muy graves en <i>d)</i> , incluso si no hay dificultades graves en las áreas de la <i>a)</i> a la <i>c)</i> . Si la persona reacciona a provocaciones externas, se sugiere puntuaciones entre 20 y 16; si no, las puntuaciones sugeridas son entre 15 y 11.
10-1	Falta de autonomía en el funcionamiento básico con comportamientos extremos, pero sin riesgo de supervivencia (puntuaciones 6-10) o con riesgo de supervivencia, por ejemplo, riesgo de muerte por malnutrición, deshidratación, infecciones, incapacidad para reconocer situaciones de peligro manifiesto (puntuaciones 1-5).

3. Ajuste dentro del intervalo de 10 puntos.

- El nivel de disfunción en otras áreas deberá tenerse en cuenta para ajustar la puntuación dentro del intervalo decimal (p. ej., de 31 a 40), como:
 - Cuidados de salud física y psicológica.
 - Alojamiento, área de residencia, cuidado de la vivienda.
 - Contribución a las actividades del hogar, participación en la vida familiar o en la vida del centro de día/residencial.
 - Relaciones íntimas y sexuales.
 - Cuidado de los niños.
 - Red social, amigos y colaboradores.

15.1.1. Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

- | | |
|-----------|---|
| Excelente | 1 |
| Muy buena | 2 |
| Buena | 3 |
| Regular | 4 |
| Mala | 5 |

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año? Mucho mejor ahora que hace un año 1
Algo mejor ahora que hace un año 2
Más o menos igual que hace un año 3
Algo peor ahora que hace un año 4
Mucho peor ahora que hace un año 5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud

Actividades	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar 1 km o más	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Sí	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

	Sí	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

15.1.1. Cuestionario SF-36
sobre el Estado de
Salud (Short-Form,
SF-36)

6. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante *las 4 últimas semanas*? No, ninguno

Sí, muy poco	1
Sí, un poco	2
Sí, moderado	3
Sí, mucho	4
Sí, muchísimo	5

8. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿hasta qué punto *el dolor* le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante *las últimas 4 semanas*. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante *las últimas 4 semanas*, ¿cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces
a. ...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4
b. ...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4
c. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4
d. ...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4
e. ...tuvo mucha energía?	1	2	3	4
f. ...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4
g. ...se sintió agotado?	1	2	3	4
h. ...se sintió feliz?	1	2	3	4
i. ...se sintió cansado?	1	2	3	4

10. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

Siempre	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3
Sólo algunas veces	4
Nunca	5

11. Por favor, diga si le parece *cierta* o *falsa* cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
--	-------------------	-----------------	----------	----------------	------------------

a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

(Versión española 1.3 - July 15, 1994 por Jordi Alonso, MD, PhD; on behalf of the IQOLA Project.)