

UNIVERSIDAD DE GRANADA
Instituto de Neurociencias Federico Olóriz

Tesis Doctoral

**FACTORES PSICOPATOLÓGICOS COMO
PREDICTORES DE LA FUNCIONALIDAD GLOBAL
EN PACIENTES PSICÓTICOS:**

Análisis psicopatológico prospectivo del proyecto EUNOMIA

Ana María Salazar Montes

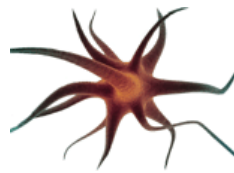


2008

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Ana María Salazar Montes
D.L.: GR. 489-2009
ISBN: 978-84-691-9305-1



Facultad de Medicina
Instituto de Neurociencias Federico Olóriz



Programa de Doctorado en Neurociencias

TESIS DOCTORAL

FACTORES PSICOPATOLÓGICOS PREDICTORES DE LA
FUNCIONALIDAD GLOBAL EN PACIENTES PSICOTICOS: Análisis
psicopatológico prospectivo en el proyecto EUNOMIA

ANA MARIA SALAZAR MONTES

Directores

Prof. Jorge Antonio Cervilla Ballesteros (Universidad de Granada)

Prof. Blanca Gutiérrez Martínez (Universidad de Granada).



Granada, Octubre 2008

Dedicatoria y Agradecimientos

Esta tesis es el reflejo de la importancia que tiene el valor de la perseverancia y el estudio de la reflexión sobre temas tan complejos como la funcionalidad y otras cuestiones que aquejan a los enfermos mentales. Es también una llamada de atención a todos los profesionales de la salud y la población en general para que recordemos que todos somos seres humanos y que necesitamos de la ayuda de unos a otros, tenemos mucho que aprender de los demás y mucho que aportar.

En mi condición de extranjera, el vivir en este país se convierte en una experiencia maravillosa que me ha cambiado la manera de ver el mundo y la vida misma. Granada es una ciudad de encanto, sus calles están llenas de sensibilidad en donde se viven constantemente los extremos de profunda reflexión y al mismo tiempo la banalidad absoluta. A mi llegada a este lugar fueron muchas las sensaciones que mezcladas me invadieron, en especial una que me indicaba que nada pasa por casualidad y que me encontraba en el lugar correcto, una sensación de nostalgia pero al mismo tiempo de paz porque a pesar de estar lejos de los tuyos nunca estás sola.

En primer lugar, nunca hubiera podido llegar hasta aquí sin el apoyo incondicional de mi familia, a quienes amo con el alma y quienes depositaron en mí tal confianza que no dudaron ni un instante en mi capacidad de adaptación y en mi perseverancia por alcanzar un sueño; desde la distancia me sostuvieron con su gran amor y comprensión. Sólo estando a tantos kilómetros de mi hogar he comprendido el verdadero valor de la familia, he extrañado la gran ternura y dedicación de mi madre, la paciencia y

honestidad de mi padre y la enorme fortaleza de mis hermanos para cumplir con sus metas. A ellos, a los míos, les agradezco lo que soy.

En cuanto a mi experiencia académica, nunca hubiera logrado realizar este doctorado sin la ayuda de muchas personas que en su momento fueron guía en el camino, sin saber cómo se convirtieron de algún modo en mis ángeles de la guarda. Jorge Cervilla y su querida esposa Blanca Gutiérrez, gracias a ellos he podido estar en este bello país y vivir una buena experiencia, con su ejemplo he podido enriquecerme como profesional y ser humano aprendiendo de la biodiversidad cultural y de una manera diferente de trabajar.

Jorge y Blanca me tendieron su mano, su amistad, su cariño y comprensión iniciándome en el corto pero productivo camino hasta la culminación de esta investigación, durante horas de asesoría, Jorge generoso en tiempo, voluntad y en sugerencias me proporcionó un buen panorama general del tema, su presencia y apoyo incondicional se convirtieron poco a poco en uno de los pilares que me sostenía. Blanca en cambio me brindó su amistad abriéndome las puertas de su casa para compartir bellos momentos con sus grandes tesoros, sus hijas, quienes en mis noches de insomnio y recuerdos, un rinconcito de mi mente traía una y otra vez la imagen de la sonrisa alegre de dos bellas princesitas que no se alcanzan a imaginar todo lo que me enseñaron, Sara y Claudia quienes por momentos me llevaron de vuelta a mi niñez. Por eso y muchas otras cosas les estoy eternamente agradecida.

El doctor Francisco Torres por su lado, con su gran respeto y amabilidad me dedicó parte de su valioso tiempo para guiarme en otras tantas cuestiones que despejaron nubes en el horizonte, él es el reflejo a distancia de la presencia de mi padre.

Miguel Ángel Pérez, mi amigo y compañero incondicional, el chinito me ha acompañado a lo largo de la realización de este trabajo, fue uno de los críticos más duros y al mismo tiempo una guía absoluta, él me mostro que hacer las cosas lo mejor posible es un compromiso consigo mismo y que el que persevera alcanza lo que quiere.

A mis primitos Mauri y Sandrita, quienes además de ser la representación de un pedacito de mi genética en la madre patria, son mi energía y el recuerdo del calor de mi hogar, son quienes constantemente con sus palabras me impulsan a creer en lo que hago, ellos con su calidez me devuelven las ganas de disfrutar de este bello lugar, me recuerdan lo afortunada que soy.

Mi sombra Carolina Ossa quien desde la distancia me deslumbraba con su fe. A Claudia Flórez, mi yunta, quien me ha acompañado en mis días de soledad mostrándome que la verdadera amistad se transforma en hermandad apoyándome en mis altibajos del ir y venir en estas tierras. Ellas, me mostraron que todo puede ser posible, que Dios nos lleva de su mano y que los ángeles ríen por la gracia de Dios.

José, me mostro otra manera de vivenciar una amistad, me enseñó nobleza, y junto a Juan Pedro mi Miji, aprendí que cuando hay cariño las barreras culturales no existen, sólo la esencia de cada uno.

A mis compañeros de trabajo, Paulette, Danilo, Marga, Ariadne, Rafa, Kitty e Inma; quiero dedicarle unas pequeñas líneas para expresar mi agradecimiento.

Como en todos los lugares de trabajo, siempre hay algunos con los que compartes más, por eso quiero darle un agradecimiento especial y caluroso a Pilar, María del Mar y María, quienes me acompañaron en la faceta final del estudio dándome animo una cálida sonrisa de apoyo cada mañana todos de un modo u otro, estuvieron presentes en la realización de este trabajo y en mayor o menor proporción, han sido parte de mi vida en este proceso y gran experiencia personal y profesional, todos ellos hicieron más fácil mi estancia y trabajo en este lugar, me enseñaron cómo funciona un buen equipo de trabajo.

*“Ningún alma por excelente que sea,
está exenta de una mezcla de locura”.*
Aristóteles.

INDICE

Preámbulo

I. Introducción

1. Panorama general de la salud mental en el mundo.....	3
1.1 Historia de la salud mental en España.....	4
2. Trastorno mental.....	5
2.1 Trastorno psicótico.....	5
2.1.1 Esquizofrenia.....	6
2.1.2 Epidemiología.....	7
2.1.2.1 Epidemiología en psiquiatría.....	8
2.1.2.2 Incidencia y prevalencia.....	9
2.1.2.2.1 Estudios sobre la incidencia en la esquizofrenia.....	10
2.1.3 Factores asociados a la enfermedad.....	11
2.1.3.1 Factores biológicos.....	11
a. Genéticos y familiares.....	11
b. Edad de inicio.....	14
c. Género.....	15
2.1.3.2 Factores psicológicos.....	15
a. Personalidad.....	15
2.1.3.3 Factores ambientales.....	16
a. Consumo de sustancias psicoactivas (spa).....	17
2.1.3.4 Factores Demográficos.....	18

2.1.4 Diagnóstico.....	20
2.1.4.1 Diagnostico diferencial.....	22
2.1.4.2 Signos y síntomas.....	23
a. Pronóstico.....	27
2.1.4.3 Instrumentos de evaluación de los trastornos Psicóticos.....	28
2.1.5 Perspectivas teóricas en rehabilitación.....	30
2.1.6 Tratamiento.....	32
a. Psicofármacos.....	32
b. Otros tratamientos somáticos.....	34
c. Psicoterapia.....	35
d. Psicosociales.....	35
3. Funcionalidad Global.....	36
3.1 Pérdida de la funcionalidad en el área personal y las actividades de la vida diaria (AVD).....	42
3.2 Pérdida de la funcionalidad en el área social.....	43
3.3 Pérdida de la funcionalidad en el área ocupacional.....	44
3.4 Áreas psíquicas que alteran la funcionalidad.....	45
3.4.1 Disfunción cognitiva.....	45
3.4.2 Psicopatología y funcionalidad.....	46
3.4.2.1 Relación entre la funcionalidad y síntomas cognitivos.....	48
3.4.2.2 Relación entre la funcionalidad y síntomas positivos.....	49
3.4.2.3 Relación entre la funcionalidad y síntomas negativos.....	49
3.4.2.4 Relación entre la funcionalidad y los síntomas afectivos.....	49
3.5 Instrumentos de valoración de la funcionalidad.....	50

I. Hipótesis e Objetivos

- 1. Hipótesis.....54
- 2. Objetivos.....54

II. Material y métodos

- 1. Materiales y métodos utilizados en el proyecto EUNOMIA.....56
 - 1.1 Descripción del Diseño del Estudio.....56
 - 1.2 Obtención de la muestra en el proyecto EUNOMIA.....58
 - 1.2.1 Criterios de exclusión de la muestra.....58
 - 1.3 Instrumentos utilizados en la captación de datos.....61
 - 1.4 Características de los centros psiquiátricos donde se recluta la muestra.....63
- 2. Materiales y métodos utilizados en el análisis del presente trabajo.....65
 - 2.1 Descripción del diseño del estudio.....65
 - 2.2 Muestra.....67
 - 2.3 Criterios diagnóstico: CIE-10 algún T. psicótico (F20).....68
 - 2.4 Variables e instrumentos.....69
 - 2.4.1 Variables independientes.....69
 - a. Psicopatológicas.....69
 - 2.4.1.1 The brief psychiatric rating scale BPRS.....70
 - b. Psico – sociales.....73
 - 2.4.2 Variable dependiente o de resultados.....73
 - a. Funcionalidad.....73
 - 2.4.2.1 Global assessment of functionality scale EEAG.....74
 - a. Fiabilidad y validez.....75

3. Consideraciones Éticas.....	77
--------------------------------	----

IV Consideraciones Estadísticas

V. Resultados

1. Resultados descriptivo.....	82
1.1 Descripción psicosocial de la muestra.....	82
1.2 Descripción diagnóstica.....	90
1.3 Descripción psicopatológica de la muestra BPRS.....	93
2. Resultados del análisis factorial para BPRS.....	94
3. Asociación trasversal entre dimensiones psicopatológicas y funcionalidad en T1.....	101
3.1 Correlación entre dimensiones psicopatológicas y funcionalidad enT1.....	102
3.2 Dimensión ansiedad y funcionalidad en T1.....	102
3.2.1 Asociación univariante entre dimensión ansiedad y Funcionalidad en T1.....	103
3.2.2 Asociación multivariante entre dimensión ansiedad y funcionalidad en T1.....	104
3.3 Dimensión manía y funcionalidad en T1.....	105
3.3.1 Asociación univariante entre dimensión manía y funcionalidad en T1.....	105
3.3.2 Asociación multivariante entre dimensión manía y Funcionalidad en T1.....	106
3.4 Dimensión depresiva y funcionalidad en T1.....	108
3.4.1 Asociación univariante entre dimensión depresiva y funcionalidad en T1.....	108

3.4.2 Asociación multivariante entre dimensión depresiva y funcionalidad en T1.....	109
3.5 Dimensión positiva y funcionalidad en T1.....	111
3.5.1 Asociación univariante entre dimensión positiva y Funcionalidad en T1.....	111
3.5.2 Asociación multivariante entre dimensión positiva y funcionalidad en T1.....	112
3.6 Dimensión negativa y funcionalidad en T1.....	113
3.6.1 Asociación univariante entre dimensión negativa y Funcionalidad en T1.....	113
3.6.2 Asociación multivariante entre dimensión negativa y funcionalidad en T1.....	114
3.7 Dimensión tensión/excitación y funcionalidad en T1.....	116
3.7.1 Asociación univariante entre dimensión tensión/excitación y funcionalidad en T1.....	116
3.7.2 Asociación multivariante entre dimensión tensión/excitación y funcionalidad en T1.....	117
3.8 Asociación prospectiva entre dimensiones psicopatológicas, factores confusores y funcionalidad en T1.....	119
4. Asociación prospectiva entre dimensiones psicopatológicas y funcionalidad en T2.....	121
4.1 Correlación entre dimensiones psicopatológicas y funcionalidad en T2.....	121
4.2 Dimensión ansiedad y funcionalidad en T2.....	123
4.2.1 Asociación univariante entre dimensión ansiedad y	

funcionalidad en T2.....	123
4.2.2 Asociación multivariante entre dimensión ansiedad y funcionalidad en T2.....	124
4.3 Dimensión manía y funcionalidad en T2.....	126
4.3.1 Asociación univariante entre dimensión manía y funcionalidad en T2.....	126
4.3.2 Asociación multivariante entre dimensión manía y funcionalidad en T2.....	127
4.4 Dimensión depresiva y funcionalidad en T2.....	128
4.4.1 Asociación univariante entre dimensión depresiva y funcionalidad en T1.....	128
4.4.2 Asociación multivariante entre dimensión depresiva y funcionalidad en T2.....	129
4.5 Dimensión positiva y funcionalidad en T2.....	131
4.5.1 Asociación univariante entre dimensión positiva y funcionalidad en T2.....	131
4.5.2 Asociación multivariante entre dimensión positiva y funcionalidad en T2.....	132
4.6 Dimensión negativa y funcionalidad en T2.....	134
4.6.1 Asociación univariante entre dimensión negativa y funcionalidad en T2.....	134
4.6.2 Asociación multivariante entre dimensión negativa y funcionalidad en T2.....	135
4.7 Dimensión tensión/excitación y funcionalidad en T2.....	137
4.7.1 Asociación univariante entre dimensión	

tensión/excitación y funcionalidad en T2.....	137
4.7.2 Asociación multivariante entre dimensión	
tensión/excitación y funcionalidad en T2.....	138
4.8 Asociación prospectiva entre dimensiones psicopatológicas,	
factores confusores y funcionalidad en T2.....	140
VI. Discusión.....	145
VII. Conclusiones.....	161
VIII. Anexos.....	163
Anexo 1. Resumen del protocolo del proyecto EUNOMIA	
Anexo 2. Protocolo de los instrumentos utilizados en el proyecto EUNOMIA	
Anexo 3. Matriz de componentes rotados.	
IX. Bibliografía.....	203

Preámbulo

Este estudio pretende mostrar que los factores psicopatológicos afectivos y de tensión/excitación, independientes de las variables psico-sociales presentes al momento del diagnóstico de un trastorno psicótico, son predictores de la funcionalidad global a tres meses después de un ingreso psiquiátrico en pacientes psicóticos.

Por psicopatología entendemos toda conducta que pueda causar molestia, impedimento o incapacidad debido a un deterioro en las funciones cognitivas o neurocognitivas (Colaboradores de Wikipedia, 8 A.D.). En nuestro caso, cuando nos referimos a factores psicopatológicos lo hacemos bajo los parámetros de la utilización de *The Brief Psychiatric Rating Scale, Overall & Gorham* (1962), en adelante BPRS. Cuando hablamos de funcionalidad, nos referimos exactamente a la capacidad que tiene un ser humano para lograr ser independiente en las actividades de la vida diaria. En nuestro estudio evaluaremos la funcionalidad con *The Global Assessment of Functionality Scale* o GAF, llamada en la actualidad EEAG (American Psychiatric Association, 1987).

La muestra del estudio se obtuvo de la población captada en el contexto del proyecto EUNOMIA, un estudio multicéntrico europeo financiado por el VI Programa Marco de la Comisión Europea, cuya meta principal era analizar la variación transnacional en el empleo de los medios coercitivos durante los ingresos psiquiátricos, los factores presentes en su manejo y los resultados que se obtuvieron de su uso.

El proyecto EUNOMIA, proporcionó datos preliminares sobre el equipo de profesionales de cada centro psiquiátrico, de las instalaciones físicas disponibles, las modalidades de atención, los tratamientos coercitivos comúnmente utilizados en

psiquiatría, las características demográficas de los pacientes, los resultados clínicos obtenidos y de los predictores más o menos favorables a medio plazo, temas en los cuales se enmarca nuestro estudio.

Esta tesis consta de tres partes. La primera es una revisión bibliográfica sobre los temas de funcionalidad y trastorno psicótico, en especial sobre el trastorno de esquizofrenia. La segunda, expone la metodología utilizada y el análisis estadístico descriptivo y correlacional de las variables independientes y dependiente respectivamente. La tercera, es la exposición de las conclusiones obtenidas sobre los resultados, acompañada de una discusión de los mismos.

Los resultados de este estudio mostrarán la capacidad predictora de los factores psicopatológicos afectivos y de tensión/excitación como eje de la funcionalidad en pacientes psicóticos, divisando posibles alternativas para el desarrollo de estrategias de tratamiento y programas de rehabilitación acordes y acertados a las necesidades de estos pacientes.

En suma, esta tesis es un esfuerzo por responder una de las tantas preguntas que rondan el conocimiento de una situación vital compleja de difícil comprensión tanto para estudiantes como para profesionales de la salud e investigadores. Se trata simplemente de tratar de entender la funcionalidad global y de identificar sus caminos futuros, tarea que consideramos un deber y un reto para la investigación y para los clínicos. En nuestra opinión, es preciso llegar a ver al paciente en su calidad de ser humano que, más que un conglomerado de síntomas, es una persona que aspira a tener una mejor

integridad en su vida, algo que queda mejor recogido en el concepto de 'funcionalidad' que en el de 'sintomatología'.

En este orden de ideas, una de las características propias de este estudio es el planteamiento de un modelo explicativo sobre el abordaje de la funcionalidad, que nos hace conscientes tanto de las limitaciones que se tienen en esta área del conocimiento como de las herramientas con las que se cuenta para su abordaje.

En general, la realización de esta investigación cuenta con la esperanza de que de alguna manera sirva de inspiración para futuras investigaciones que consideren importante el abordaje de temas tan complejos como éste, y que puedan precisar aún más los modestos logros de este trabajo.

I. Introducción



2008

Este apartado pretende ofrecer un bosquejo de cómo ha sido abordada desde una perspectiva clínica a lo largo del tiempo la enfermedad mental, y, en especial, las psicosis, la esquizofrenia y la funcionalidad.

A diferencia de otros grupos poblacionales, los pacientes con trastorno psicótico y enfermedades mentales en general, se encuentran rodeados de muchos estigmas y mitos. Sus necesidades no son fácilmente percibidas por la población en general y muchas veces tampoco por el personal sanitario.

No es desconocida la situación crítica de la salud mental en el mundo, tampoco se desconoce el abordaje clínico muchas veces incompleto o superficial que se le da a los trastornos psicopatológicos y mucho menos desconocido, el trato frívolo que reciben los pacientes y sus familias por parte de los profesionales de la salud y de la población en general. Estas cuestiones se han abordado a lo largo de la historia y sin embargo la situación no parece tener un cambio radical.

Si bien es cierto que existen evidencias escritas que describen estados de locura en el ser humano desde la antigüedad (Foucault M, 1972), no es sino hasta mediados del siglo XIX cuando aparecen las primeras referencias históricas del estudio de la psicopatología. Los trabajos de Hoffmann (1861) y Snell (1865) introdujeron el concepto de psicosis única. Más tarde, y siguiendo los pasos de Hoffman, autores tan relevantes como Kraepelin describen aspectos referidos al deterioro cognitivo, dando una definición concreta de enfermedad mental (Cuestan et al., 2000). Bleuler por su parte, apartado de la línea de investigación de Kraepelin, reconoció que al menos 1/3 de los pacientes hospitalizados presentaban un estado demencial (Cuesta et al., 2000) y Schneider orientó

su punto de vista hacia los trastornos sensorio-perceptivos y de pensamiento, pero sólo desde una perspectiva fenomenológica sin considerar su sustrato disfuncional (Cuesta et al., 2000).

Por esta misma época, siglo XIX en España, el tratamiento de los enfermos mentales toma un enfoque asilar o de beneficencia en donde se crean instituciones especiales para la reclusión de estos enfermos, los llamados “manicomios”. Ya en los años 50 del siglo XX, y con la aparición de los fármacos, el tratamiento de los enfermos mentales da un giro importante abriendo una puerta a la desinstitucionalización de algunos de estos pacientes (Arboniés, 2004).

Por otro lado, y gracias al interés de la neurociencia, la psiquiatría y la psicología, aparecen autores como Adolfo Meyer, quien creía que la psicopatología surgía de interacciones "biopsicosociales". Bajo los parámetros de esta conceptualización comienzan a verse reflejados conceptos relacionados con la psicosis en el primer DSM I (1952) (Dung *et al.*, 2001). A partir de este momento, se originan diferentes corrientes de investigación que han enfocado su interés tanto desde un punto de vista humanista, entendiendo los procesos de la salud a través de la situación del enfermo, como desde un punto de vista clínico, entendiendo los procesos de la salud a través de la evolución y caracterización de la enfermedad. De este modo, se incrementan los esfuerzos por entender y avanzar en esta área del conocimiento, tanto en sus criterios diagnósticos y de evaluación, como en el tratamiento del enfermo mental.

Nuevos enfoques de investigación centran su mirada en las características comunes manifestadas por los enfermos mentales, como el deterioro en las funciones cognitivas y

las frecuentes recaídas, condiciones que dificultan que estos pacientes lleven una vida normal. En este marco de referencia se enmarca la presente investigación.

1. Panorama general de la salud mental mundial

Los problemas de salud mental en Europa constituyen casi el 30% de los problemas de discapacidad secundaria a otras enfermedades (Knapp M *et al*, 2007). En el año 1999, la OMS declara que cinco de las diez causas principales de discapacidad en el mundo son provocadas por problemas de salud mental. Para el 2005, el panorama no ha cambiado mucho, según la OMS (2005), la discapacidad aqueja a una de cada diez personas en cualquier etapa de la vida y los pacientes mentales ocupan el cuarto lugar en el ranking de causas de hospitalización. En la Unión Europea, se estima que uno de cada cuatro ciudadanos padece algún tipo de enfermedad mental, que puede acabar conduciendo al suicidio. Estos datos indican que más del 25% de los europeos adultos sufren de al menos una forma de alteración psíquica en algún momento de su vida (Comisión de las comunidades Europeas, 2005). Pese a esto, el presupuesto económico y la atención en los servicios de salud sigue siendo reducidos y desproporcionados frente a la complejidad de los efectos sociales causados por estas enfermedades. En algunos países no sólo no ha mejorado esta situación, sino que, además, tiende a empeorar.

La ignorancia y la discriminación limitan de forma importante las oportunidades educativas y laborales de los enfermos mentales, arrastrándoles a menudo a una situación de pobreza y marginación (Thornicroft, 2006). Las personas que sufren problemas crónicos corren mayor riesgo de convertirse en mendigos que la población en general.

1.1 Historia de la salud mental en España

La historia de la salud mental en España nace casi desde el momento en que se crea el primer hospital psiquiátrico en Valencia en el siglo XV, aunque los inicios podrían ser incluso anteriores a esa fecha si tenemos en cuenta que existe constancia escrita de un hospital con camas psiquiátricas en Granada en 1367 (Vite López and Lara M, 2005;M.G Vite Lopez and V.R Miranda Lara,).

Durante la guerra de la independencia entre 1803 y 1813, muchos hospitales son destruidos y en la posguerra del siglo XIX se suspende la asistencia psiquiátrica y el tratamiento de la salud mental toma un enfoque de asilo y beneficencia creándose los llamados “manicomios”, fundados en su mayoría por órdenes religiosas (Vite López and Lara M, 2005).

Es a partir de de los años 50 cuando el tratamiento de la salud mental da un gran giro gracias a la aparición de los fármacos. Este hecho posibilita la salida de los centros a algunos pacientes. En el año 1986, se da la gran reforma psiquiátrica en donde se da inicio a un nuevo proceso tanto de diagnóstico como de rehabilitación y de incorporación social de los pacientes (Arboniés, 2004). Carulla (2002) da a conocer la necesidad de continuar con la reforma de los servicios de salud mental debido a que del 20% al 30% de la población presenta algún tipo de trastorno mental, desplazando la asistencia del hospital psiquiátrico a una asistencia más comunitaria. Sin embargo, pese a estos cambios, aún persiste una insuficiencia de recursos humanos y materiales para cubrir las necesidades reales de la población (Vite López and Lara M, 2005).

2. Trastornos mentales

El concepto de enfermedad mental ha ido cambiando en el tiempo. La CIE 10 define los trastornos mentales como “la existencia de un conjunto clínicamente reconocible de síntomas o comportamientos asociados a los casos con dificultades e interferencias con la actividad personal”. El DSM IV los define como “un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que parece asociado a un malestar, a una discapacidad por ejemplo, deterioro en una o más áreas del funcionamiento, o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor”.

La etiología de la mayor parte de los trastornos mentales no se conoce con detalle. Pese a esto, y gracias a diversos estudios epidemiológicos, se han logrado esclarecer tres fuentes o factores principales causantes o influyentes en este tipo de trastornos: biológicos, psicológicos y sociales.

El modelo más aceptado para la explicación de la mayoría de los trastornos mentales es el modelo de estrés–vulnerabilidad, desarrollado por Zubin y Spring (1977) para la esquizofrenia. Este modelo plantea que algunos factores incrementan la vulnerabilidad y otros son precipitantes o perpetuantes, pudiendo ser biológicos o psicosociales (Knapp M, Mc David D, Mossialos E, and Thornicroft G, 2007).

2.1. Trastorno psicótico

El término *psicótico* ha sido definido de maneras diferentes. La definición utilizada en versiones de anteriores manuales de clasificación diagnóstica, como por ejemplo DSM II y CIE 9, era amplia y centrada en la gravedad del deterioro funcional, de forma que

cualquier trastorno mental se denominaba psicótico si ocasionaba un “deterioro que interfería con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida”. En la actualidad, las diferentes definiciones son más específicas y basadas en la presencia de síntomas. Así, el término psicótico hace referencia a la presencia de ciertos síntomas como la presencia de ideas delirantes y alucinaciones.

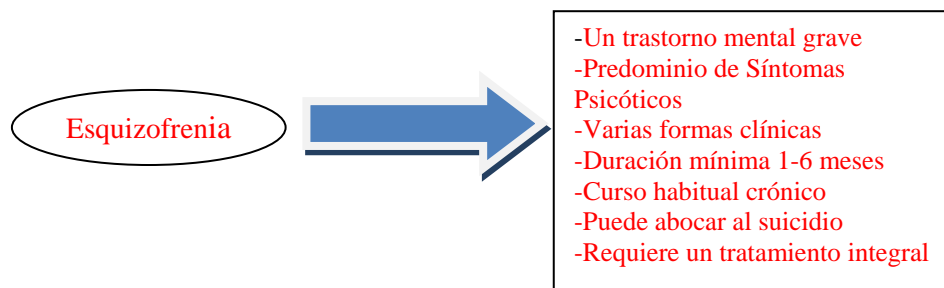
2.1.1 Esquizofrenia

Como se mencionó, la descripción de la enfermedad no ha tenido grandes modificaciones desde los primeros axiomas descritos por Kraepelin y Bleuler. En los últimos años se han realizado innumerables estudios concernientes a la esquizofrenia. En su mayoría, estas investigaciones la asocian a diferentes causas, entre ellas las genéticas y las ambientales, pero todas coinciden en que el resultado de esta enfermedad es la incapacidad funcional severa en los pacientes (Lieberman et al., 2006).

En la actualidad una de las definiciones más aceptadas es la propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría (1994), que describe la esquizofrenia como un trastorno caracterizado por la presencia de síntomas positivos y negativos. Estos síntomas se asocian con discapacidad o con disfunción en áreas importantes en la vida del ser humano, como la social y la laboral, entre otras. Otra de las definiciones comúnmente aceptadas es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define el ‘trastorno esquizofrénico’ como un conjunto de síntomas que, sin motivo aparente, algunas personas padecen y se caracteriza por una conducta anómala que dura más de un mes caracterizada por distorsión de la percepción, del pensamiento y de las emociones. Las dos definiciones concuerdan con el hecho de que la esquizofrenia se enmarca dentro de un conjunto de síntomas en donde la respuesta afectiva, la percepción de la realidad,

la comunicación y la interrelación social de un sujeto se encuentran alteradas, estos últimos factores son considerados factores psicopatológicos que, por definición, se refieren a aquellos agentes biológicos y psicológicos traducidos en signos y síntomas que pueden intervenir en la enfermedad mental. En la Figura 1.1 Se muestra un resumen de lo que caracteriza a la esquizofrenia.

Figura 1.1. Características de la esquizofrenia



2.1.2 Epidemiología

La palabra epidemiología, que proviene de los términos griegos "epi" (encima), "demos" (pueblo) y "logos" (estudio), etimológicamente significa el estudio de "lo que está sobre las poblaciones". La primera referencia propiamente médica de un término análogo se encuentra en Hipócrates (460-385 a.C.), quien usó las expresiones *epidémico* y *endémico* para referirse a los padecimientos según fueran o no propios de determinado lugar (López et al., 2000).

Retomemos dos definiciones interesantes de la epidemiología, la primera, expuesta por la Real Academia de la Lengua, expone que la epidemiología "es el estudio de las enfermedades que afectan transitoriamente a muchas personas en un sitio determinado".

La segunda, es la planteada Asociación Epidemiológica Internacional (IEA) y dice que la

epidemiología “es el estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de las enfermedades en poblaciones humanas”. (Rada G and Merino T, 2005).

Tal y como lo describe López (2000) en su artículo sobre el desarrollo de la epidemiología citando a Kleinbaum (1982), “la epidemiología pretende: a) la *descripción* de las condiciones de salud de la población (mediante la caracterización de la ocurrencia de enfermedades, de las frecuencias relativas al interior de sus subgrupos y de sus tendencias generales); b) la *explicación* de las causas de enfermedad poblacional (determinando los factores que la provocan o influyen en su desarrollo); c) la *predicción* del volumen de enfermedades que ocurrirá, así como su distribución al interior de los subgrupos de la población, y d) la prolongación de la vida sana mediante el *control* de las enfermedades en la población afectada y la *prevención* de nuevos casos entre la que está en riesgo”(López S *et al*, 2000).

2.1.2.1 Epidemiología en psiquiatría.

La epidemiología en psiquiatría se ha convertido en una herramienta fundamental para el desarrollo de métodos investigativos de los trastornos mentales en la población en general. Jablensky (2002) y Bromet (1998) establecieron una serie de principios de intervención epidemiológica en la esquizofrenia:

1. Definir explícitamente unos criterios operacionales de inclusión y exclusión de caso, que puedan ser utilizados en estudios comparativos.
2. Especificar el criterio adoptado sobre el momento del comienzo del trastorno o de los episodios agudos siguientes, para identificar factores etiológicos y el criterio del tiempo de recaída.
3. Obtención de una muestra representativa

4. Realizar estudios de caso control.

Algunos trastornos mentales como la esquizofrenia se han convertido en un reto para estudios epidemiológicos debido a la complejidad de su sintomatología. Las principales dificultades en los estudios epidemiológicos han sido las diferencias en los criterios diagnósticos, la ausencia de un marco conceptual definitivo y la falta de un factor claramente asociado que pueda cuantificarse (Esquizofrenica.org, 2008).

2.1.2.2 Incidencia y prevalencia

Consideraremos la incidencia como el número de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presentan durante un período de tiempo específico, como en un año, en una población concreta. A menudo se expresa como el porcentaje de una población y la prevalencia como el número ya existente de individuos que padecen la enfermedad. (Benjamin W and Voorhees V, 2007)

Una de las razones por la cuales se considera a la esquizofrenia como una de las patologías de mayor interés para la investigación en salud mental, es que se piensa que es una de las enfermedades mentales con mayor incidencia dentro de la población (Mata I *et al*, 2000). Se estima que el 1% de la población en general sufre esta enfermedad. (Clement Zai *et al.*,2008), con escasas variaciones entre países y sin influencia aparente del sexo, la raza, el clima, la cultura o la clase social en la incidencia de la enfermedad (Netional library of medicine USA, 2008).

Algunas revisiones como las de Eaton y cols (1988) refieren que la prevalencia puntual media de la esquizofrenia es del 3,2 por cada 1.000 personas y que la tasa de prevalencia a lo largo de la vida es de 4,4 por cada 1.000 individuos (Hales Robert E *et al*, 2006).

En España, algunos estudios epidemiológicos han arrojado cifras similares. El programa de prevención de psicosis de la Universidad de Oviedo (Unidad de salud mental del area sanitaria Cantabria (España), 2000) determinó que en torno a un 3% de la población general presenta alguna vez en su vida un episodio psicótico y aproximadamente un 1% de la población desarrolla esquizofrenia. Un estudio realizado por Mata y cols (2000) nos dice que la prevalencia real anual se sitúa en torno al 0,8% y la asistida alrededor del 0,2%. La incidencia real anual posiblemente se halle próxima al 0,2‰. (Mata I, Beperet M, Madoz V, and Grupo Psicost, 2000)

2.1.2.2.1 Estudios sobre la incidencia de la esquizofrenia

Existen numerosos estudios concernientes al tema, sin embargo, muchos de ellos difieren en cuanto a los resultados hallados. Algunos de ellos se refieren a aspectos tales como los fenómenos migratorios que pueden actuar como factor de distorsión en el calculo de la incidencia (Martinez Moreno M and Martinez Larrea A, 2006). Otros estudios se han centrado en determinar la incidencia en los países en vía de desarrollo, encontrando que las tasa en estos países son similares a las de los países industrializados. Sin embargo, las tasas de prevalencia de mortalidad y la evolución de la enfermedad, son menores en estos países, una media del 3,4 % en países en vía de desarrollo frente a un 6,3 en países desarrollados.(Alfonso Chinchilla Moreno, 2007).

2.1.3 Factores asociados a la enfermedad.

Como se mencionó, la esquizofrenia y en general las enfermedades psicóticas, se caracterizan por ser multifactoriales y heterogéneas en su presentación. Uno de los enfoques investigativos más comunes del último medio siglo acerca del origen de la enfermedad señala diversos factores asociados a la esquizofrenia. Esto se refleja en muchas de las dimensiones del ser humano o factores personales relacionados con marcadores biológicos, ambientales, psicológicos y demográficos. Todos estos han demostrado que pueden estar relacionados con la aparición de la enfermedad.

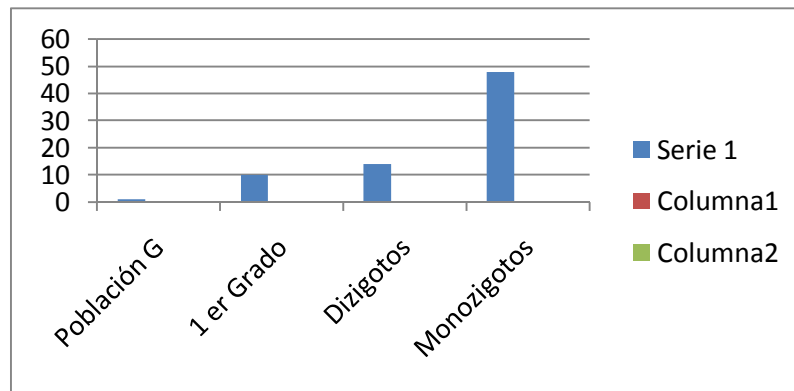
2.1.3.1 Factores biológicos

a. Genéticos y Familiares

Muchas de las investigaciones sobre transmisión genética de los trastornos mentales, en especial de la esquizofrenia, han centrado su atención en la prevalencia de la enfermedad en familiares de enfermos. El poseer un familiar con esquizofrenia es el más constante y significativo factor de riesgo para desarrollar esquizofrenia. El riesgo es alto si el familiar afectado es un gemelo monozigoto o si los dos padres han padecido la enfermedad.

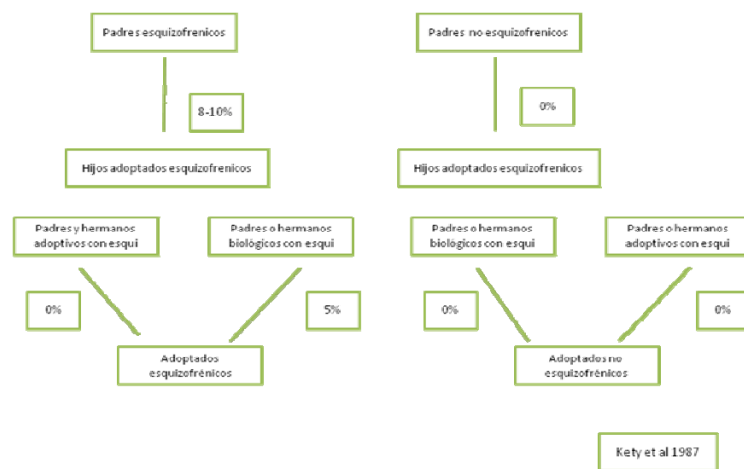
Algunos estudios hechos en familias demuestran que los familiares de primer grado presentan un riesgo de padecer el trastorno de esquizofrenia 10 veces mayor al de la población normal (Caparros B, 1999; Martín Reyes M *et al*, 2004). El riesgo de tener esquizofrenia para los descendientes de un progenitor con esquizofrenia es del 13% y aumenta al 46% para los descendientes de ambos progenitores con esquizofrenia y sólo el 9% para los hermanos. (Vallejo Ruiloba J, 2006). En la Figura 1.2 se muestra el riesgo de heredabilidad para la esquizofrenia.

Tabla 1.2 Riesgo de para la esquizofrenia



Los estudios hechos con adopciones, han mostrado una mayor prevalencia del trastorno en hijos de padres biológicos esquizofrénicos educados por padres adoptivos no esquizofrénicos que en hijos adoptivos de padres biológicos que no padecía esquizofrenia (Caparros B, 1999; Martín Reyes M, Mendoza Quiñónez R, Díaz de Villavilla T, Padrón Fernando A, and Valdés Sosa M, 2004). Heston (1977) realizó un buen trabajo con 47 adoptados nacidos de madres esquizofrénicas vs. 50 adoptados nacidos de madres sanas. Encontró un mayor riesgo de esquizofrenia (12%) de prevalencia en los hijos de madres esquizofrénicas vs. 0% en los hijos de las madres controles. En la Figura 1.3 se representan los resultados de los estudios de adopción en esquizofrenia.

Figura 1.3 Estudios de Adopción en Esquizofrenia



Los estudios con gemelos han sido escasos debido en gran parte a que los embarazos gemelares es bajo y la incidencia de la enfermedad es solo del 1%. Algunos estudios como los de Estos estudios han demostrado los gemelos monozigóticos tienen entre un 46% a 53% de probabilidad de desarrollar esquizofrenia, mientras que los gemelos dizigóticos tienen un 14% más de posibilidades a pesar de compartir un ambiente común. (Vallejo Ruiloba J, 2006).

Muchos modelos etiológicos tradicionales consideran la vulnerabilidad a la esquizofrenia como la suma del impacto de los factores de riesgo ambientales y genéticos. Más recientemente, ha cobrado especial importancia el modelo que defiende la existencia de interacciones genético-ambientales como base etiológica de la enfermedad. Según esta hipótesis, manifestarían la enfermedad individuos genéticamente vulnerables expuestos a factores ambientales de riesgo (Caparros B, 1999; Martín Reyes M, Mendoza Quiñónez R, Díaz de Villavilla T, Padrón Fernando A, and Valdés Sosa M, 2004).

Los estudios de genética molecular centrados en esquizofrenia y desarrollados a lo largo de la última década, se han basado en dos estrategias diferenciadas: 1) la exploración del genoma, con marcadores genéticos anónimos y 2) el estudio de "genes candidatos" posiblemente implicados en la fisiopatología del trastorno. Entre éstos, se incluirían genes relacionados con distintas vías de neurotransmisión y genes implicados en procesos de neurodesarrollo y neurodegeneración. Si bien los resultados son en general poco concluyentes, sí es cierto que existen determinadas regiones genómicas y ciertos genes que parecen jugar un papel importante en el desarrollo de la enfermedad. Así, por ejemplo, los cromosomas 1, 6, 8, 11, 13 y 22 y los genes DISC1, NRG1, COMT, DTNBP1 y DAOA, entre otros, están en el punto de mira de la investigación actual en

genética de la esquizofrenia (Clement Zai, 2008). En la Tabla 1.4 Se el cuadro resumen de los modelos de investigación genética en psiquiatría.

Tabla 1.4 Modelos de investigación genética

<i>Estudio</i>	<i>Unidad de análisis</i>	<i>Objetivo</i>
Población	Población general	Establecer incidencia de vida
Familia	Pedigries	Establecer modo estimado de trasmisión y riesgo.
Gemelos	Gemelos monozygotos y dizigotos	Distinguir efectos genéticos y ambientales
Adopción	Adoptados perinatales y biológicos	Disfereciar efectos genéticos y ambientales
Ligamentos	Pedigris nucleares extendidos	Establecer la localización cromosomática de un gen de susceptibilidad.
Asociación	Individuos no relacionados afectados y controles	Identificar un gen de susceptibilidad específica
Modelos animáles	Expresión y función de los genes en animales	Especificar vías y procesos de desarrollo

b. Edad de Inicio.

El primer episodio psicótico ha sido uno de los grandes temas de investigación dentro del ámbito clínico y gracias a su estudio se ha podido establecer un rango o promedio de edad de inicio de la enfermedad. Se sabe que el promedio de edad de inicio de la esquizofrenia generalmente es después de la adolescencia o comienzos de la edad adulta. Sin embargo, en la actualidad se reconoce que puede iniciarse antes de los 18 e incluso en algunos casos antes de los 13 años, denominándola esquizofrenia de inicio temprano. La esquizofrenia también puede iniciarse después de los 40 años y a esta forma de la enfermedad se la denomina de inicio tardío, siendo normalmente más leve y menos frecuente que otros tipos de esquizofrenia. La edad de inicio, es diferente para el hombre, entre los 15 y 25 años y para la mujer, entre los 25 y 35 años (Vallejo Ruiloba J, 2006).

b. Género.

Aunque el género es uno de los factores comúnmente investigados en diferentes patologías, sólo desde hace poco tiempo su estudio ha logrado captar la atención de gran parte de los investigadores en el campo de las psicosis. La influencia del género se observa en la evolución de la enfermedad, más favorable y con menos deterioro en el caso de la mujer a pesar de tener la misma prevalencia que en el hombre (Vallejo Ruiloba J, 2006). Existen algunos trabajos que relacionan el género, la edad de inicio y la aparición de la enfermedad (Castlea D *et al*, 1998;Goldstein J *et al*, 1989;Ussall J, 2003). Estos estudios afirman que la aparición de la enfermedad es generalmente más precoz en hombres. En estudios como el de Ussall y cols (2003), se encontró que pacientes hombres puntuaban más bajo en los valores globales de funcionamiento que las mujeres. También se han encontrado evidencias donde los hombres tienen puntuaciones más bajas en la evaluación de las funciones neuropsicológicas (Cavieresf A and Naidebenito M, 2005).

2.1.3.2 Factores psicológicos

a. Personalidad

Se sabe que la personalidad es uno de los agentes más estudiados dentro de la psicología y la psiquiatría clínica debido a su relación con múltiples trastornos mentales.

El interés por relacionar la personalidad con la esquizofrenia llevó a Herrán y colaboradores (Herrán A and Sierra-Biddle D, 2000) a la aplicación de pruebas psicométricas de personalidad como el Eysenck Personality Questionnaire (EPQ), Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) y el cuestionario de ansiedad estado-rango (STAI). En un número considerable de pacientes con esquizofrenia se halló una correlación positiva entre algunas dimensiones de la calidad de vida de estos pacientes,

medida con la SF-36, y algunas dimensiones de la personalidad como el neuroticismo, la evitación al daño y la ansiedad estado/rasgo. En este estudio se concluyó que el funcionamiento y el bienestar percibido por el paciente dependían más de variables inespecíficas, como ansiedad y personalidad, que de los mismos síntomas psicóticos (Herrán A and Sierra-Biddle D, 2000). Parece que diversos rasgos de personalidad como los altos niveles de neuroticismo, bajos niveles de extraversión, altos niveles de evitación al daño y bajos de autodirección, pueden actuar como factores de vulnerabilidad para la esquizofrenia.

De igual manera, (Lysaker PH and Salyers M.P, 2007), relacionaron algunos rasgos de personalidad como la ansiedad con sintomatología psicótica como las alucinaciones y el bajo contacto social.

Pese a los resultados de estos estudios, harían falta mayores esfuerzos por investigar sobre esta relación.

2.1.1.5 Factores ambientales

Se han identificado como factores ambientales relacionados con la aparición de la esquizofrenia, algunos factores prenatales, perinatales estresantes, complicaciones obstétricas, estrés familiar, pérdida parental, infecciones virales en el parto, alteraciones conductuales en la primera infancia y el consumo de tóxicos (Vallejo Ruiloba J, 2006).

Algunos estudios de seguimiento de cohortes han mostrado un incremento moderado del riesgo relativo de esquizofrenia asociado a complicaciones obstétricas como la hipoxia fetal crónica, el bajo peso materno y la incompatibilidad de Rh (Martínes J.A *et al*, 1997).

También son clásicos los estudios que relacionan la infección por el virus de la gripe (influenza) durante el segundo trimestre de gestación (Barclay L, 2004). Por otro lado, también existen estudios que asocian las deficiencias nutricionales de la madre durante el primer trimestre o el estrés intenso durante el embarazo con un riesgo incrementado para la enfermedad (King S *et al*, 2000). En la Tabla 1.3 se exponen los factores de riesgo de la historia familiar para la esquizofrenia.

Tabla. 1.3 Factores de riesgo para la esquizofrenia

	Factor de riesgo	Riesgo
Ambiente postnatal	Inmigrante o minoría étnica	5%
	Consumo crónico de cannabis	2%
	Aislamiento en la infancia	2%
Ambiente prenatal y perinatal	Complicaciones obstétricas	2%
	Malnutrición severa (1er Trimestre)	2%
	Gripe materna (Segundo Trimestre)	2%
	Nacer en zona urbana	1.4%
	Nacer en invierno/inicio de primavera	1.1%
Familiares (genéticos)	Primos hermanos y tíos	2%
	Nietos	5%
	Medios hermanos y padres	6%
	Hermanos de padre y madre	9%
	Hijos	13%
	Hermanos con padre esquizofrénico y para gemelos dizigotos	17%
	Hijos con ambos padres esquizofrénicos	46%
	Gemelos monozigóticos	48%

b. Consumo de sustancias psicoactivas (SPA)

Existen muchos estudios que prueban la relación existente entre el consumo de sustancias psicoactivas y las enfermedades mentales. En el caso de la esquizofrenia, es común la presencia de consumo de sustancias psicoactivas tanto en la fase premórbida como en pacientes ya diagnosticados. El 80% de los esquizofrénicos son ingresados al menos una

vez por consumo de tóxicos en un centro de atención mental (Arendt M *et al*, 2005;Martínes J.A, Cuesta M.J, and Peralta V, 1997).

La relación existente entre el consumo de drogas y la esquizofrenia se encuentra mejor estudiada en el primer episodio psicótico, donde se relaciona el abuso de alucinógenos, como la marihuana y el alcohol, con un peor pronóstico de la enfermedad y por ende con un incremento en la severidad de los síntomas (Ruiz - Veguilla M *et al*, 2008). Según otros estudios, cuando se suministra un tratamiento para el control de síntomas, el consumo disminuye y esto no ejerce ningún efecto nocivo en el pronóstico a largo plazo (Cano J.F *et al*, 2007a;Cano J.F *et al*, 2007b).

Es interesante señalar la existencia de estudios, como el realizado por Ussall y cols (2003), ponen de manifiesto cómo los profesionales de la salud en el momento de la exploración del paciente valoran más la existencia de necesidades de consumo en hombres que en mujeres con esquizofrenia (Ussall J, 2003). Estos resultados coinciden con los hallados en otros estudios (Garcia B and Grupo GEOPE, 2002;Kasper S, 2006), y nos indica la existencia de un posible parámetro superficial con respecto a la asociación entre dos tipos de factores relacionados con la aparición de la enfermedad, como son el género y el consumo de SPA.

2.1.3.4 Factores demográficos

Muchos estudios han intentado relacionar variables demográficas con la prevalencia de la enfermedad mental. Numerosos autores han observado que la prevalencia de esquizofrenia es mayor en las ciudades que en el campo, es decir, que el riesgo de

desarrollar esquizofrenia se multiplica cuando se vive en el entorno urbano (Vallejo Ruiloba J, 2006).

Los estudios realizados en torno al tema han tenido diversas líneas de actuación, habiendo encontrado algunas de ellas modestas asociaciones de determinados factores demográficos con un riesgo incrementado de enfermar mentalmente. Uno de estos estudios, el realizado por Moreno y cols (2007) con pacientes esquizofrénicos ambulatorios, confirmó que no sólo variables psicopatológicas pueden determinar la salud mental de los pacientes y el uso de los servicios de salud, sino que, además, algunas variables sociodemográficas también pueden influir en las psicopatológicas (Moreno B *et al*, 2007).

Otros estudios, muestran que los esquizofrénicos residentes en áreas urbanas y metropolitanas tienen mayor necesidad de apoyo para las actividades de la vida diaria como el cuidado personal, la alimentación y el cuidado del hogar (Rosales Varo C, 1999a). Igualmente presentan mayores problemas relacionados directamente con la sintomatología, como mayor angustia y riesgo para sí mismos, entre otras características (Rosales Varo C, 1999b; Takei N *et al*, 1995).

Hoy por hoy se sabe de la existencia de una estrecha relación entre los problemas que inciden en la salud mental y la privación social, la influencia entre estos factores es bidireccional (Office of the Deputy prime Minister, 2004). Un ejemplo de ello es que las personas que residen en zonas con elevados índices de paro laboral muestran un aumento en el riesgo de sufrir problemas mentales (Knapp M, Mc David D, Mossialos E, and Thornicroft G, 2007).

En una publicación de Isaac y cols (2007) se evaluaron los resultados de diferentes estudios realizados en diversos países buscando una relación entre la enfermedad y enfermos residentes en países con bajos y medianos ingresos, encontrando una relación positiva entre estas dos variables. En este estudio también se afirmó que algunos factores socioculturales podrían contribuir a dicha relación (Isaac M *et al*, 2007).

Pese a los hallazgos encontrados dentro de los diferentes estudios que abordan la relación entre factores demográficos y la enfermedad mental, no se debe obviar la influencia de otro tipo de agentes confusores como el hecho de que en algunos países la situación y la prevalencia de la enfermedad empeore debido a las dificultades para el acceso a los servicios de salud y al estigma aún manejado y generado por la enfermedad mental (Cano J.F, Fierro Urresta M.A, Vanegas C.R, Alzate M, Olarte A, Cendales R, and Córdoba Rojas R.N, 2007b)

2.1.4 Diagnóstico

Se mencionó que la esquizofrenia se caracteriza por una mezcla de síntomas relacionados con la alteración de diversas funciones, como el pensamiento, la afectividad y la emoción, funciones sensoriales y psicomotoras. La presencia de estos síntomas debe estar presente durante un periodo de un mes o más causando deterioro en las actividades sociales, laborales e interpersonales (Hales Robert E, Stuart C, Yudofsky, and Valdéz M, 2006).

Los manuales de clasificación sindrómica para enfermedades mentales, DSM IV y el CIE 10, clasifican los trastornos según el cumplimiento de ciertos criterios diagnósticos. En la

Tabla 1.4 se encuentra el resumen de los criterios diagnósticos según el DSM IV y la CIE

10

Tabla 1.4 Criterios diagnósticos de esquizofrenia según DSM IV y CIE 10.

Criterios Diagnósticos DSM IV	Criterios Diagnósticos CIE 10
<p>a. Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes síntomas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ideas delirantes 2) Alucinaciones 3) Lenguaje desorganizado 4) Comportamiento catatónico 5) Síntomas negativos <p>b. Disfunción Social/Laboral</p> <p>c. Duración: persistencia de signos continuos durante al menos 6 meses y debe incluir al menos 1 mes de síntomas del criterio a).</p> <p>d. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo</p> <p>e. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica</p> <p>f. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo.</p>	<p>a. Al menos claramente 1 de los siguientes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Eco, robo, inserción, o difusión del pensamiento. 2) Ideas delirantes control, influencia, pasividad 3) Voces alucinatorias (Sobre todo en 3ª Persona). 4) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son complementamente imposibles <p>b. Alternativamente, Al menos 2 de los siguientes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad 2) TFP (Neologismos, bloqueo del curso del pensamiento, incoherencia o lenguaje circunstancial) 3) Conducta catatónicas: excitación, posturismos, flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor. 4) Síntomas “negativos” <p>c. Persistentemente durante más de 1 mes</p> <p>d. No son debidos a patología orgánica o sustancias</p>

El DSM contiene en la actualidad cinco tipos de esquizofrenia y la CIE describe siete.

Éstas son:

(F20.0/295.3) Tipo paranoide: predominan los delirios y alucinaciones (el DSM exige que no haya discurso desorganizado ni afectividad inapropiada o plana).

- (F20.1/295.1) Tipo desorganizado: predomina el discurso y comportamiento desorganizado, y una afectividad inapropiada o plana.
- (F20.2/295.2) Tipo catatónico: con importantes alteraciones psicomotoras tales como la flexibilidad cérica (como muñeco de cera); puede llegar hasta el estupor catatónico.
- (F20.3/295.9) Tipo indiferenciado: hay síntomas psicóticos, pero no cumplen criterios para los tipos paranoide, desorganizado ó catatónico.
- (F20.5/295.6) Tipo residual: donde los síntomas positivos están presentes tan sólo a baja intensidad. (Netional library of medicine USA, 2008)

Los cifras entre paréntesis indican los códigos CIE/DSM respectivamente. El tipo desorganizado se conoce aún como esquizofrenia hebefrénica.

La CIE 10 reconoce además los tipos:

- (F20.4) Depresión post-esquizofrénica: trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico. Raramente son tan importantes como para realizar un diagnóstico de depresión grave.
- (F20.6) Esquizofrenia simple: su desarrollo es insidioso. No manifiesta alucinaciones ni delirios. Es menos propiamente psicótica y muestra fundamentalmente síntomas negativos. (Netional library of medicine USA, 2008)

2.1.4.1 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico clínico de la esquizofrenia continúa basándose en la anamnesis y en un estudio o examen cuidadoso del estado mental del paciente. El diagnóstico

diferencial supone distinguir la esquizofrenia de los trastornos esquizoafectivos, de los trastornos del estado del ánimo con síntomas psicóticos, de los trastornos delirantes y de ciertos tipos de trastornos de personalidad (Hales Robert E, Stuart C, Yudofsky, and Valdéz M, 2006).

2.1.4.2 Signos y Síntomas.

Los trastornos psicóticos, en especial la esquizofrenia, son enfermedades mentales caracterizadas por una mezcla de síntomas que pueden asociarse con muchos más trastornos psiquiátricos. La clasificación más empleada en investigación y clínica agrupa los síntomas en ‘positivos’ y ‘negativos’. Aún no se ha podido llegar a un consenso sobre a quién debería atribuírsele esta terminología. Por un lado, Jackson, y por otro su contemporáneo Reynolds. Ambos autores emplearon los términos para describir estados clínicos asociados a diferentes procesos funcionales. Jackson (1931) proponía que los síntomas negativos se producían como efecto de una lesión que provocaba un déficit en la función. Como consecuencia se desinhibirían procesos funcionales más arcaicos, como los síntomas positivos. Reynolds afirmaba que los síntomas negativos se producirían por déficit energético o del tono vital, y los positivos por un exceso de los mismos, sin que fuese necesaria su asociación funcional. (Grupo de Psicología, 2008)

Strauss, Carpenter y Bartko (1974) llevaron a cabo un estudio donde concluyeron que las manifestaciones de los trastornos esquizofrénicos pueden agruparse en tres grupos de síntomas: (1) síntomas positivos (delirios, alucinaciones, comportamientos catatónicos y algunas formas de trastornos formales del pensamiento, como la distraibilidad), con poco poder predictivo sobre evolución y antecedentes familiares; (2) síntomas negativos (afecto embotado, apatía y algunas formas de trastornos formales del pensamiento, como

el bloqueo), grupo de síntomas relacionados con la cronicidad del trastorno; y (3) trastornos de las relaciones personales, que se evidenciarían como una dimensión relativamente independiente de las dos anteriores. (Grupo de Psicología, 2008)

Posteriormente Crow (1980) incluyó los síntomas positivos como característica de las esquizofrenias tipo I y los síntomas negativos en las esquizofrenias tipo II (Cuesta M.J *et al*, 2008).

Por su parte Andreasen y cols (1990), lanzaron una propuesta aceptada en el ámbito clínico agrupando los síntomas en positivos y negativos. Los primeros hacen referencia a delirios, alucinaciones, conducta extravagante, lenguaje desorganizado, agitación. Los segundos son silenciosos llegando a pasar desapercibidos y se refieren a embotamiento afectivo, retraimiento emocional, pasividad, retraimiento social, alogia, anhedonia y déficit de atención. Éstos últimos parecen estar relacionados con un peor pronóstico de la enfermedad (Stephen M, 1999).

El enfoque dimensional de los síntomas positivos y negativos ha sido muy influyente en la clínica y en la investigación de los trastornos esquizofrénicos y las psicosis en general en los últimos años. Gracias a este enfoque se han desarrollado instrumentos para su evaluación. La escala de Krawiecka, o escala de Manchester, fue el primer instrumento para el estudio de síntomas positivos y negativos (Cuesta M.J, Peralta V, and Serrano J.F, 2008).

Debido a su origen, la mayor parte de los síntomas positivos y negativos se pueden evaluar mediante inventarios psicopatológicos generales, como el AMDP (entrevista estructurada de evaluación psicopatológica) y el CPRS (escala Connors). También se

pueden evaluar mediante las entrevistas semiestructuradas para trastornos psiquiátricos (PSE, y SADS), aunque no son específicas para ello ni incluyen todos los síntomas. Tan sólo existe una entrevista semiestructurada que evalúa los síntomas completos y en su conjunto, además de otros síntomas presentes en los trastornos psicóticos: la CASH (*Comprehensive Assessment of Symptoms and History*). La BPRS (*The Brief Psychiatric Rating Scale*), en su versión de 18 ítems, es una escala que permite la evaluación de síntomas positivos y negativos en el contexto de otros síntomas psiquiátricos.

Entre los trabajos científicos que hacen referencia a la sintomatología, y a la funcionalidad del paciente esquizofrénico, algunos autores describen un déficit en el funcionamiento ejecutivo (Matsui M *et al*, 2008;Ritsner M *et al*, 2000;Ritsner M *et al*, 2003;Ritsner M, Kurs R, Gibel A, Hirschmann S, Shinkarenko E, and Ratner Y, 2003), sufren una importante alteración en la memoria, la atención, las habilidades motoras y el conocimiento social (Alptekin K *et al*, 2005;Matsui M, Sumiyoshi T, Aral H, Higuchi Y, and Kurachi M, 2008). También hay evidencias de que síntomas como la depresión, la ansiedad y el estrés pueden ser posibles predictores de cambios percibidos en la calidad de vida de estos pacientes (Górecka J.E and Czernikiewicz A, 2004;Hofer A *et al*, 2006;Huppert J and Smith T, 2008;Ritsner M *et al*, 2006;Smith T *et al*, 1999;Wetherell J *et al*, 2003;Yu Tao Xiang *et al*, 2007).

Otros estudios, como el de Villalta y cols (2007), concluyen que los síntomas negativos son la principal fuente de discapacidad en enfermos con esquizofrenia y que se encuentran asociados a la funcionalidad cognitiva (Villalta Gil V *et al*, 2007). Estos hallazgos vienen a confirmar los descritos por otros autores, que sugieren que los síntomas negativos constituyen mejor marcador pronóstico de funcionamiento que los síntomas positivos (Bozikas V *et al*, 2004;Ertugrul A and Ulug B, 2000).

Lysaker y Salyers (2007), analizaron las correlaciones entre las medidas de ansiedad, síntomas positivos y negativos y el trauma psicosocial en 128 pacientes con esquizofrenia, encontraron relación entre la ansiedad severa y mayor persistencia en sintomatología específica como las alucinaciones. Concluyendo que un subgrupo de personas con ansiedad severa pueden ser identificables en la esquizofrenia con un único perfil clínico (Lysaker PH and Salyers M.P, 2007). En esta misma línea de investigación van los estudios de Hansson y cols (2006) afirman que los principales factores determinantes de la funcionalidad son la depresión, la ansiedad, la red social y la autoestima (Hansson - Ohayon I *et al*, 2006).

Estudios más recientes centran su atención en la genética como factor predominante en la predicción de síntomas y funcionalidad. Según Molero, Ortuño, y la bióloga Patiño de la universidad de Navarra (2007), las variaciones localizadas en un gen “Neurorregulina” parecen estar implicadas en la severidad de los síntomas de la esquizofrenia, así como en la respuesta del paciente al tratamiento farmacológico.(Morelo P and Grupo nature, 2007) Estos estudios abren nuevas perspectivas de investigación sobre los signos y síntomas de la esquizofrenia.

En resumen, se podría decir que la esquizofrenia es el resultado de un conjunto de síntomas positivos y negativos, en donde los positivos parecen reflejar unas funciones normales exageradas, y los negativos unas funciones normales disminuidas (Stephen M, 1999). Al revisar diversos estudios relacionados con la sintomatología de la esquizofrenia, encontramos que en la mayoría de los estudios que han investigado las dimensiones de síntomas utilizando diferentes escalas que encierran no sólo síntomas positivos y negativos sino que incorporan ciertas dimensiones más, las más comúnmente

encontradas son una dimensión maniaca y alucinaciones, entre otras (Hofer A, Rettenbacher M, Widschwendter C, Kemmier G, Hummer M, and Fleischhacker W, 2006; Matsui M, Sumiyoshi T, Aral H, Higuchi Y, and Kurachi M, 2008; Smith G *et al*, 2006).

a. Pronóstico

La predicción del pronóstico sigue siendo difícil. La investigación ha mostrado que las definiciones de esquizofrenia que excluyen a los pacientes con síntomas afectivos o la duración menor a 6 meses predicen un peor pronóstico (Hales Robert E, Stuart C, Yudofsky, and Valdéz M, 2006). El cumplimiento de algunos de los criterios establecidos para la investigación epidemiológica han arrojado como resultado establecer una serie de rasgos que contribuyen al pronóstico de la esquizofrenia, en la Tabla 1.5 encontramos los rasgos definitivos del pronóstico de esquizofrenia.

Tabla 1.5 rasgos definitivos del pronóstico de esquizofrenia

Buen Pronóstico	Mal Pronóstico
Inicio Agudo	Inicio insidioso
Breve duración	Larga duración
Sin antecedentes psiquiátricos	Antecedentes psiquiátricos previos
Sintomatología afectiva	Aplanamiento afectivo
Confusión	Síntomas obsesivo compulsivos o agresividad
Buena adaptación premórbida	Trastorno premórbido de la personalidad
Historia laboral estable	Inestabilidad laboral
Casado	Soltero
Mayor edad de inicio	Inicio temprano
Buena adaptación psicosexual	Mala adaptación psicosexual
Funcionamiento neurológico normal	Evidencia de deterioro neurocognitivo
Clase social alta	Anomalías estructurales cerebrales
Ausencia de antecedentes familiares	Clase social baja
	Presencia de antecedentes familiares

Tomado de: Epidemiología de la esquizofrenia: dificultades de los estudios. 2004 pp31.

2.1.4.3 Instrumentos de evaluación de los trastornos psicóticos

La esquizofrenia, al igual que la mayoría de los trastornos psiquiátricos y psicológicos, están definidos en el DSM IV de la *American Psychiatric Association*, y en la CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud. Estos dos instrumentos son un manual diagnóstico y estadístico de clasificación de trastornos mentales.

El DSM-IV define el trastorno mental en función de los componentes psicológicos y conductuales de un cuadro clínico, y de las repercusiones biológicas y de malestar que producen. Por lo tanto, se sigue observando un criterio psicológico, uno médico, el comportamiento anormal y la organización, en la presentación de los síntomas.

El DSM-IV propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de 5 ejes, con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

Eje I: describe el o los trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente.

Eje II: especifica si hay algún trastorno, o rasgos de algún trastorno, de personalidad, del desarrollo o retraso mental.

Eje III: especifica afecciones médicas que presente el paciente.

Eje IV: describen tensiones psicosociales en la vida del paciente.

Eje V: evalúa el funcionamiento global del paciente a través de la escala de la evaluación de la actividad global EEAG.

Otro de los instrumentos comúnmente utilizados como manual diagnóstico es el CIE 10, instrumento promovido por la OMS y creado con el fin de unificar criterios diagnósticos para los diferentes trastornos mentales. La CIE-10 es la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, y define los “trastornos” mentales en función de (1) la presencia de determinadas conductas anormales, (2) evalúa un criterio psicosocial, teniendo en cuenta lo que la persona hace o dice, y (3) un criterio médico, es decir, las señales de malestar que presenta la persona. Este instrumento se maneja mediante códigos de clasificación de las enfermedades, contiene una variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, circunstancias sociales y causas externas de daños o enfermedad. Cada condición de salud es asignada a una categoría y tales categorías pueden incluir un grupo de enfermedades similares.

A parte de la utilización de manuales diagnósticos como los ya mencionados, se han elaborado numerosas escalas y cuestionarios que pretenden medir la vulnerabilidad a los trastornos psicóticos. Otra manera de evaluación, hace referencia al uso de las entrevistas semiestructuradas. Éstas sirven como complemento de las escalas y los autoinformes, con ellas se precisa información más detallada que no logra ser captada por las escalas. Los principales aspectos que pueden evaluarse con estas escalas en la esquizofrenia son los siguientes:

- 1) Instrumentos para evaluar la psicosis en general.
- 2) Instrumentos para la evaluación síntomas Positivos y Negativos
- 3) Instrumentos para la evaluación de otros aspectos relacionados con la enfermedad.

En la Tabla 1.6 se muestran algunas de las escalas de predisposición a la psicosis

Tabla 1.6 Escalas de predisposición de la psicosis

Escala	Referencia	Comentario
Schizoidia	Golden y Meehl (1979)	Escala de siete items, derivada del MMPI
Perceptual Aberration	Chapman <i>et al.</i> (1978)	Tendencia a la distorsión perceptiva
Physical and Social Anhedonia Scales	Chapman <i>et al.</i> (1976)	Perdida del placer sensorial y social
Revised Social Anhedonia Scale	Eckblad <i>et al.</i> (1982)	Indiferencia esquizoide.
Magical Ideation	Eckblad and Chapman (1983)	Supersticiones y otras creencias mágicas
Impulsive Nonconformity Scale	Chapman <i>et al.</i> (1984)	Fallo en la incorporación de las normas sociales
Social Fear	Raulin and Wee (1984)	Miedo de las situaciones sociales
Intense Ambivalence	Raulin (1984)	Ambivalencia
Cognitive Slippage	Miers and Raulin (1985)	Alteraciones cognitivas
Hypomanic Personality	Eckblad and Chapman (1986)	Conducta impulsiva y maniaca
Schizotypal Personality Scale (STA) and Borderline Personality Scale (STB)	Clarid and Brooks (1984)	Basada en criterios DSM-III para los trastornos esquizotípicos y borderline
Launay – Scale Hallucination Scale	Launay and Slade (1981)	Medida de predisposición a alucinar
Schizophrenism Scale	Nielsen and Petersen (1976)	Dificultades atencionales y ansiedad social.
Rust Inventory of Schizoid Cognitions (RISC)	Rust (1987, 1988)	Sintomas positivos de la esquizofrenia
Schizophrenism and Anhedonia Scales	Venables <i>et al.</i> (1990)	Medida de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia
Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ and SPQ-B)	Raine (1991) Raine and Benishay (1995)	Basado en los criterios DSM III- R para el trastorno esquizotípico
Oxford-Liverpool Inventory of Feeling and Experiences (O-LIFE)	Mason <i>et al.</i> (1995)	Basada en diferentes escalas, mide, experiencias inusuales, desorganización cognitiva, anhedonia e impulsividad.

Tomada de la tesis Características fenotípicas de personalidad y neuropsicológicas en padres no afectados de pacientes esquizofrénicos. Beatriz Caparros 1999.

2.1.5 Perspectivas teóricas en rehabilitación y tratamiento

La gran discapacidad que aqueja a los pacientes con esquizofrenia hace necesaria una clara e intensa reflexión por parte de los clínicos en el tema de la rehabilitación. Teniendo en cuenta la literatura revisada, podríamos dividir las perspectivas de rehabilitación en dos grandes grupos. El primero tendría un enfoque biológico orientando al tratamiento

mediante el control de los síntomas y la utilización de medicamentos. El segundo, un enfoque en rehabilitación cognitiva.

En el enfoque biológico, clásicamente se ha venido apoyando diferentes hipótesis bioquímicas alternativas, una de ellas es la disfunción dopaminérgica y su posible relación con la aparición de la enfermedad (Stephen M, 1999). Las hipótesis más recientes también incluyen las funciones de otros sistemas de neurotransmisores como por ejemplo la serotonina, la noradrenalina, el glutamato (Hales et al 2006). Al día de hoy lo cierto es que los hallazgos en este campo no son del todo concluyentes y empiezan a generarse nuevas hipótesis sobre las que se está trabajando actualmente.

Las nuevas perspectivas, abordan la esquizofrenia como un síndrome neuroconductual.¹ que se estudia desde dos perspectivas: la primera se basa en la creación de modelos de disfunción neural en la base de la esquizofrenia (Anderson W *et al*, 1995; Caparros B, 1999; Weinberg D, 1987; Anderson W, Cristalan J, and Payne N, 1995; Weinberg D, 1987). Los estudios más recientes relacionados con marcadores biológicos se han orientado hacia temas relacionados con neurodesarrollo, encontrando evidencias de degeneración neural en la fisiopatología de la enfermedad (Lieberman J.A *et al*, 2006). Esto podría cambiar la dirección del tratamiento diseñado como estrategia de prevención de la enfermedad mediante la protección neural “neuroprotección” (Lieberman J.A, Malaspina D, and Jarskog L.F, 2006).

La segunda perspectiva se relaciona con la interpretación de la sintomatología y se centra en aspectos específicos del funcionamiento cognitivo y de la rehabilitación cognitiva.

¹ Con el término neuroconductual nos referimos a una serie de alteraciones a nivel molar y molecular, que enmarcarían alteraciones comportamentales, cognitivas, sociales y biológicas.

Diferentes estudios y la práctica han mostrado la utilidad de programas de entrenamiento en funciones específicas, programas conductuales dirigidos a reforzar funciones concretas y programas que abordan el funcionamiento social. Esta perspectiva ha sido utilizada como coadyuvante al tratamiento farmacológico. Sin embargo, ha sido poco estudiada debido probablemente a la creencia de que la medicación por sí sola podría ofrecer un adecuado tratamiento (Cuesta M.J, Peralta V, and Serrano J.F, 2008). Otra posible razón que explicaría lo poco que se ha estudiado este punto es la opinión pesimista generalizada sobre los logros de los programas de rehabilitación. (Cuesta M.J, Peralta V, and Serrano J.F, 2008)

2.1.6 Tratamiento

El tratamiento de la psicosis, y de las enfermedades mentales en general, se aborda desde tres perspectivas: tratamientos biológicos, tratamientos psicológicos o psicoterapia y tratamientos psicosociales (Knapp M, Mc David D, Mossialos E, and Thornicroft G, 2007).

a. Psicofármacos

Antes de los años 50 se contaba con unas pocas sustancias inespecíficas que ayudaban al control de síntomas, como el opio, barbitúricos o el paraldehído. Pero a lo largo de la década de los 50 aparecieron los primeros neurolépticos y antidepresivos. Algunos estudios comparativos han demostrado que los antipsicóticos logran que los pacientes vivan de una manera más satisfactoria en la comunidad (Marelo C *et al*, 2004). Hoy en día existen psicofármacos específicos casi para todos los trastornos mentales.

Las últimas investigaciones han aportado conocimientos significativos con respecto a la intervención farmacológica y biopsicosocial, y retoman el papel de la medicación enfocándose hacia la importancia en el control de síntomas positivos y negativos (Kasper S, 2006; Kucukalic A *et al*, 2007). Se sabe que el uso de medicación es a menudo efectivo en el tratamiento de los síntomas positivos, pero menos eficaz en los síntomas negativos de la enfermedad (Kasper S, 2006). Esto implicaría que al no ser controlados algunos síntomas, como los afectivos y los cognitivos, cabría una importante repercusión en el grado de funcionalidad del paciente (Kasper S, 2006).

Los múltiples efectos secundarios extrapiramidales causados por algunos antipsicóticos típicos o tradicionales (Cano J.F, Córdoba Rojas R.N, Fierro Urresta M.A, Cendales R, Olmos Leal M.G, Alzate M, and Olarte Armenta A.F, 2007a) deja en entredicho la eficacia global de la medicación en el tratamiento de la esquizofrenia, ya que este tipo de factores se convierten en determinantes para una adecuada adherencia al tratamiento. Aún cuando la terapia aborda sintomatología importante, algunos efectos secundarios de la medicación pueden llegar a ser tan indeseables para el paciente que pueden contribuir a la falta de cumplimiento del tratamiento, e incluso a la retirada del mismo, prefiriendo aguantar los síntomas tradicionales a los efectos secundarios (Kasper S, 2006).

Esta situación llevó al planteamiento de la utilización de nuevos antipsicóticos atípicos que pudieran producir menos efectos secundarios, mejor control de síntomas y que, además, facilitaran una mejor adaptación del paciente al tratamiento. Los antipsicóticos atípicos, o de segunda generación, han permitido cambiar el panorama clínico en cuanto a pronóstico y evolución se refiere, dando una visión más optimista del resultado funcional de los pacientes con esquizofrenia (García B and Grupo GEOPE, 2002). Estos fármacos

han demostrado una mayor eficacia en el control de síntomas positivos, negativos, cognitivos y afectivos (Kasper S, 2006), reducen la tasa de recaídas y el número de hospitalizaciones (Kucukalic A, Dzubur - Kulenovic A, and Mehmedika - Suljic E, 2007). Sin embargo, algunos estudios muestran una asociación de estos nuevos medicamentos con alteraciones endocrinas y metabólicas (Gutiérrez F, 1998).

De acuerdo con lo anterior, es de suponer que el control de síntomas tendría que intervenir directamente sobre una mejora en la funcionalidad. Sin embargo, algunas investigaciones han mostrado cómo el incremento de la funcionalidad no parece estar relacionado con la medicación (Malla A *et al*, 2006).

Podríamos concluir entonces que, aunque el uso de fármacos sea necesario, no es suficiente como medida única del tratamiento. Quizá por ello, y como alternativa a lo anterior, otras exploraciones se orientan hacia la importancia y el valor de otro tipo de tratamiento como coadyuvante al farmacológico, poniendo como base la intervención en diferentes dimensiones psicológicas y de apoyo social que incidan directamente en la evolución de la enfermedad (Górecka J.E and Czernikiewicz A, 2004;Lysaker PH and Salyers M.P, 2007;Marelo C, Ortega-Soto H.A, Rodríguez M.S, and Gómez L, 2004) como es el caso de la psicoterapia, programas específicos de rehabilitación y psicoeducación, entre otras.

b. Otros tratamientos somáticos

Entre ellos vale la pena nombrar la terapia electro convulsiva o TEC, Ésta terapia se remonta a los años 30 y ha demostrado ser eficaz en casos de depresión grave, asociados

con síndrome somático, ideas suicidas o rasgos psicóticos (Knapp M, Mc David D, Mossialos E, and Thornicroft G, 2007)

c. Psicoterapias

Suelen utilizarse con frecuencia, y se llevan utilizando más de 100 años para el tratamiento de problemas mentales. Se han desarrollado diversas técnicas basadas en diferentes teorías. Se identifican claramente seis marcos teóricos principales de abordaje terapéutico: el psicoanalítico - psicodinámico, el comportamental, el cognitivo - comportamental, el humanista, el sistémico y el de solución de problemas.

d. Psicosociales

Las intervenciones psicosociales no se enfocan hacia el individuo sino hacia el ambiente que lo rodea, con el objetivo de modificar su contexto y mejorar la calidad de vida de los individuos. En la Tabla 1.7 se exponen las modalidades de tratamiento, según lo planteado por Chinchilla y cols (2004).

Tabla 1.7 Modalidades de tratamiento de la esquizofrenia

<p>Abordaje Biológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • neurolépticos clásicos. • Fármacos antipsicóticos • Antipsicóticos atípicos • Tec <p>Abordaje psicológico</p> <ul style="list-style-type: none"> • terapia cognitivo conductual y o psicoanalítica. <p>Abordaje social Abordaje familiar Ingresos hospitalarios.</p>

Algunas de las áreas de investigación con mayor futuro en el tratamiento de la esquizofrenia son las concernientes a la biología molecular, la genética y la neuroimagen

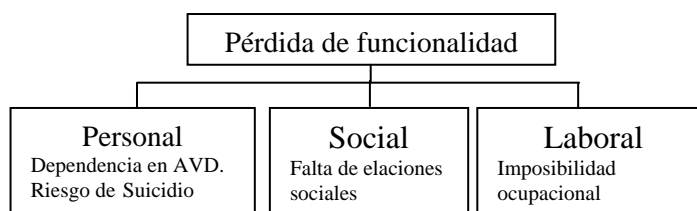
cerebral. Las investigaciones sobre la degeneración neural por ejemplo, pueden llevar a la Neuroprotección y a ayudar a mantener la funcionalidad del SNC en respuesta al estrés neurobiológico (Lieberman J.A, Malaspina D, and Jarskog L.F, 2006). Esto provocaría un giro considerable poniendo como foco de atención investigadora la prevención de la aparición de la enfermedad en etapas tempranas del desarrollo, y no el tratamiento como eje de rehabilitación. Así mismo, desde la biología molecular y la genética empiezan a aparecer ya los primeros chips genéticos predictores de respuesta individual a fármacos concretos, como la clozapina los hallazgos provenientes de la farmacogenética son muy prometedores y anticipan una mejor forma de preinscripción, personalizada que puede ser de gran utilidad para no sólo elegir el mejor fármaco en cada caso, con mejor probabilidad de respuesta, si no también aquél con mejores posibilidades de prevenir efectos indeseables en cada caso.

3. Funcionalidad global

Recordemos que la Real Academia de la Lengua define salud como **“estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”**

Los pacientes con un diagnóstico de enfermedad mental experimentan cambios que afecta, o altera, toda su vida y la de las personas que viven a su alrededor, cambios a los que deben enfrentarse y, en lo posible, adaptarse. Uno de estos cambios se refiere a la **pérdida de la funcionalidad**. En la Figura 1.8 se encuentran las áreas de la vida de un sujeto que se ven afectadas por la pérdida de la funcionalidad

Figura 1.8 Pérdida de la funcionalidad global



La pérdida de funcionalidad en las áreas social, personal y ocupacional del sujeto, sume a éste en un estado de minusvalía o discapacidad y por lo mismo lo expone a un deterioro en su calidad de vida. Esta situación conduce al paciente a crear un grado de dependencia de estructuras de apoyo social, como la familia o cuidadores especializados, el sistema nacional de pensiones, y la necesidad de una red asistencial. Esta situación crea un fuerte lazo entre los conceptos de "funcionalidad", "discapacidad" y "minusvalía".

La Real Academia Española recoge la definición de 'discapacidad' como: **"la consecuencia de una deficiencia sobre las actividades físicas, intelectuales, afectivo-emocionales y sociales"** o también se la puede definir como **"toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano."**

La OMS define la discapacidad como **"la pérdida de la capacidad funcional secundaria, con déficit en un órgano o función, y que trae como consecuencia una minusvalía en el funcionamiento intelectual y en la capacidad para afrontar las demandas cotidianas del entorno social."**

La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud CIDDM-2, organiza la información sobre discapacidad en dos grupos. (1) Funcionamiento y Discapacidad y (2) Factores contextuales.

Los componentes de la parte Funcionamiento y Discapacidad abarcan diferentes aspectos: por un lado se encuentra el componente cuerpo, que consta de dos clasificaciones: las funciones de los sistemas corporales y las funciones para las estructuras del cuerpo. Por otro lado, encontramos el componente de las Actividades y Participación, que cubre aspectos del funcionamiento individual y social.

En cuanto a la segunda parte, los factores contextuales, se componen de dos subtipos de factores: los ambientales, que parten del entorno más inmediato al individuo, llegando hasta el entorno general, y los personales, que no están clasificados en la CIDDM-2 debido a la gran variabilidad social y cultural asociada a ellos.

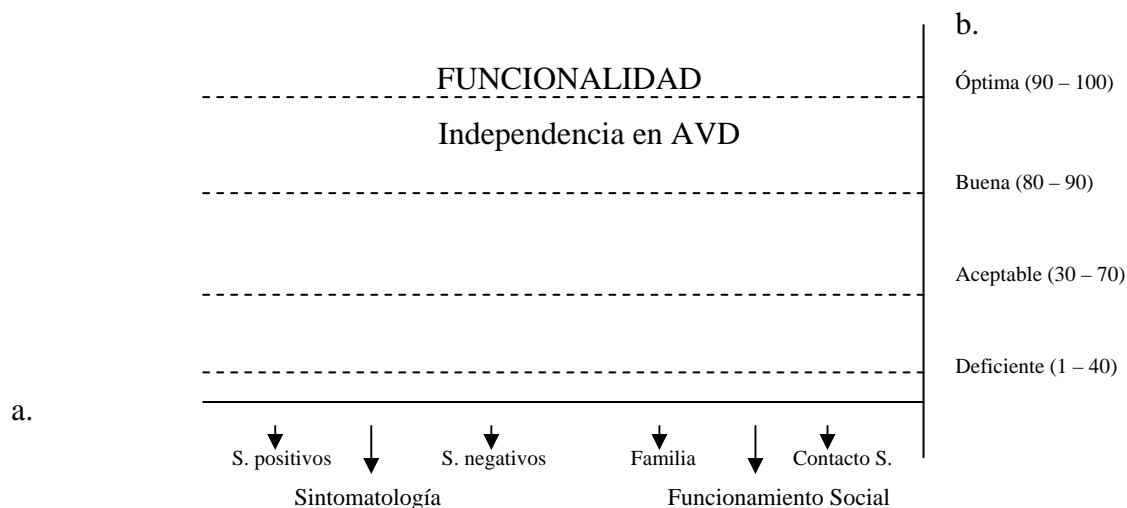
Dentro de la clasificación en psiquiatría de las discapacidades se encuentra la discapacidad causada por enfermedad mental, contexto en el que se enmarca este estudio. Por ello cabe resaltar que entre estas definiciones destacamos una característica común, ambas parten de la identificación de limitaciones para las actividades cotidianas.

Recordemos que **el concepto de funcionalidad hace referencia al nivel de capacidad de una persona para ejecutar las actividades que le son requeridas en su entorno inmediato y su participación como individuo dentro de la sociedad. En pocas palabras, la capacidad funcional de una persona es la capacidad para realizar una vida independiente** (OMS 2001). Según Herrera y cols (2001) el término “funcional

suele utilizarse para **identificar el grado de independencia que alcanza un individuo en las actividades de la vida diaria (AVD) y en la deambulaci3n**. El Grupo GEOPE,² la define como **la capacidad de adaptaci3n del paciente a las necesidades personales, familiares, sociales y laborales, que tiene un miembro adulto y productivo no enfermo**.

La Figura 1.9 representa la funcionalidad de una manera clara, en donde (a) representa las principales 3reas de ajuste de un sujeto que le permiten desenvolverse independientemente en la vida cotidiana, agrupadas en Sintomatolog3a y Funcionamiento Social; (b) representa una sencilla calificaci3n basada en los puntos de corte de la EEAG, que nos indica el grado funcional de un paciente. Cuanta m3s escasa sea la puntuaci3n de cada 3rea mayor probabilidad de ser independiente es su vida y por lo mismo de participar adecuadamente dentro de la sociedad.

Figura 1.9 Representaci3n de la Funcionalidad



Dentro de los factores que podr3an influir sobre el grado de funcionalidad e independencia encontramos:

² GEOPE: Grupo Espa3ol para la optimizaci3n del tratamiento de la esquizofrenia.

- Factores físicos:
 - i. Deterioro de los sistemas biológicos orgánicos
 - Problemas físicos relacionados con la movilidad y la ausencia de fuerzas que pueden desencadenar accidentes y caídas
 - ii. Limitaciones sensoriales
 - iii. Enfermedades crónicas (p.ej., la osteoporosis)
 - iv. Uso de fármacos
 - v. Edad
- Factores psicológicos:
 - i. Trastornos mentales
 - ii. Factores de personalidad
- Nivel educativo
- Factores económicos
- Factores contextuales:
 - i. Ambiente físico:
 - Nivel de estimulación
 - Control del ambiente
 - ii. Ambiente social:

- Interacciones sociales
- Expectativas
- Estereotipos
- Modelos sociales del entorno
- Exceso de protección

La OMS contempla unos factores contextuales, internos (variables personales) y externos (ambientales) a la persona, que pueden influir positiva o negativamente en el desempeño de las actividades. Según su influencia estos factores pueden ser además:

- *Facilitadores.* Aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad, es decir, pueden prevenir o evitar que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación. Por ejemplo, la tecnología asistencial adecuada accesible, servicios de apoyo que intentan aumentar la participación de las personas con discapacidad en determinadas áreas de la vida (educación, empleo), etc.
- *Barreras/obstáculos.* Aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Por ejemplo, un ambiente físico inaccesible o un producto o un servicio no accesible para todos. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2004)

3.1 Pérdida de la Funcionalidad en el área personal y las actividades de la vida diaria (AVD)

Los factores que componen la funcionalidad comprometen grandes capacidades del ser humano que son indispensables para su desenvolvimiento independiente diario como la función cognitiva, afectiva, volitiva, laboral, social, capacidad para planear el futuro, etc.

Cuando un individuo se enfrenta a un cambio en su funcionalidad, se enfrenta a un mundo nuevo de sensaciones en el que muchos aspectos de su vida cambian, aparece pérdida de la independencia y un cambio en el estilo de vida.

A medida que aumenta la pérdida de la funcionalidad, aumenta el deterioro físico y emocional, tanto de los mismos pacientes como de sus cuidadores y de quienes se encuentran a su alrededor. En la actualidad, uno de los tratamientos con mejor acogida dentro del ámbito clínico es la terapia ocupacional como coadyuvante para el retraso en la pérdida de una habilidad o la adquisición progresiva de la misma ya perdida o deteriorada.

Desde la perspectiva de la terapia ocupacional, las Actividades de la Vida Diaria (AVD), se definen por ser tareas ocupacionales que una persona realiza diariamente para prepararse y desarrollar el rol que le es propio.

Las AVD se pueden dividir en Básicas (AVDB) e Instrumentales (AVDI).

- Las AVDB se refieren más directamente a las funciones de auto atención: control de esfínteres, alimentación, movilidad, aseo e higiene y vestido.

- Las AVDI implican otras funciones imprescindibles para un desarrollo normal de la vida, pero más elaboradas: comunicación, manejo del dinero, uso del transporte, realización de las tareas del hogar, manejo de la medicación.

Así, el enfermo mental se ve afectado en su independencia para lograr llevar una vida normalizada, anunciando una minusvalía no determinada pero de alto impacto en su vida cotidiana.

3.2 Pérdida de la funcionalidad en el área social

Como ya se mencionó, el enfermo psicótico no sólo se ve afectado en su independencia para realizar actividades de la vida diaria, sino que además se entorpecen otras áreas como la social. Recordemos que por funcionamiento social se entiende la capacidad que tiene una persona para cuidar de sí mismo y desempeñar una serie de papeles socialmente definidos en una determinada cultura (García B and Grupo GEOPE, 2002). En esta dimensión del sujeto los problemas más relevantes se atribuyen a la pérdida de las relaciones sociales y de los lazos afectivos con los demás. La naturaleza de la enfermedad puede llevar a un aislamiento social, cambios en la utilización del tiempo libre y, por lo mismo, a una modificación en la cantidad y en la calidad de las relaciones sociales (Aponte et al., 2008).

En este sentido, se podría decir que el enfermo mental se encuentra en desventaja social, ya que se manifiesta una inhibición social representada multifactorialmente, relacionando a) factores personales, como la pérdida de habilidades y capacidades; b) familiares, en donde muchos de ellos se tornan poco tolerantes y agotados debido a la naturaleza misma

de la enfermedad; y c) asistenciales, en donde se carece de redes de apoyo adecuadas para el enfermo.

3.5 Pérdida de la funcionalidad en el área ocupacional

Este tipo de pérdida funcional está estrechamente relacionada con el deterioro funcional personal y social de una manera bidireccional. No sólo el deterioro en las capacidades y la falta de contacto social contribuyen directamente a la imposibilidad laboral, sino que ésta es en sí misma una manera de inserción de los pacientes dentro de la sociedad.

Tabla 1.10 Instrumentos de valoración funcional, referidos al estado de salud y AVD.

Escala	Constructo a evaluar
Dartmouth Coop. Functional Assessment Charts (COOP)	Funcionalidad en adolescentes y adultos diseñado para evaluación en atención primaria
Duke, Health Profile DUKE	Funcionales de salud como resultado de una intervención médica y la promoción de la salud
Sicknes Impact Profile (SIP)	Percibe el estado de salud
SF – 36 Health Survey	Percepción del estado de salud
Katz Index of Activities of Dalily Living. Katz-ADL	Autocuidado en enfermos crónicos y envejecimiento de la población
Lawton Instrumental Activities of Daily Lyving Scale (Lawton IADL)	Rendimiento en las tareas cotidianas instrumentales

Así, aunque muchos enfermos mentales puedan realizar un trabajo competitivo, y otros un trabajo protegido, la realidad es que un porcentaje muy bajo de estos enfermos tiene un

trabajo a tiempo completo o a tiempo parcial. En la Tabla 1.10 se encuentran los instrumentos más utilizados para la valoración funcional relacionada con las AVD.

3.4 Áreas psíquicas que alteran la funcionalidad

3.4.1 Disfunción Cognitiva

La disfunción cognitiva ha sido uno de los temas bien estudiados dentro de la investigación neurobiológica de la esquizofrenia. La investigación neurobiológica se divide en dos vertientes principales de estudio: (1) la neuropsicología clínica y (2) la psicología experimental.

La primera centra su interés en el diagnóstico diferencial. Esta corriente toma como hipótesis la relación entre la localización del daño cerebral y la disfunción. Sus estudios han mostrado evidencia de un déficit en la memoria verbal, las funciones ejecutivas y diversas tareas de la comunicación inter hemisférica en individuos con esquizofrenia (Ruiloba Vallejo J and Cercós Leal C, 2005).

La segunda se basa en los modelos del procesamiento de la información y de la vulnerabilidad estrés. Esta línea de investigación ha mostrado que el grado de afectación de la esquizofrenia abarca a la memoria y el aprendizaje, a la atención, el coeficiente intelectual y a las funciones ejecutivas (Ruiloba Vallejo J and Cercós Leal C, 2005).

Las líneas de mayor interés en el estudio del funcionamiento cognitivo nos hablan de que las alteraciones neurocognitivas pueden ser uno de los mejores indicadores de pronóstico funcional en la esquizofrenia (Ruiloba Vallejo J and Cercós Leal C, 2005). Algunos

trabajos demostraron que la disfunción cognitiva se correlaciona con un peor pronóstico funcional y ajuste psicosocial. Al parecer, la afectación cognitiva condiciona la adaptación social y la vida diaria del enfermo (Ruiloba Vallejo J and Cercós Leal C, 2005).

3.4.2 Psicopatología y funcionalidad

Delgado H. define la psicopatología como "el conjunto ordenado de conocimientos relativos a las anormalidades de la vida mental en todos sus aspectos, inclusive sus causas y consecuencias, así como los métodos empleados con el correspondiente propósito (Grupo de Psicología, 2008). Su fin último no es el cuidado del individuo anormal o enfermo, sino el conocimiento de su experiencia y de su conducta, como hechos y relaciones susceptibles de ser formulados en conceptos y principios generales".(Grupo de Psicología, 2008).

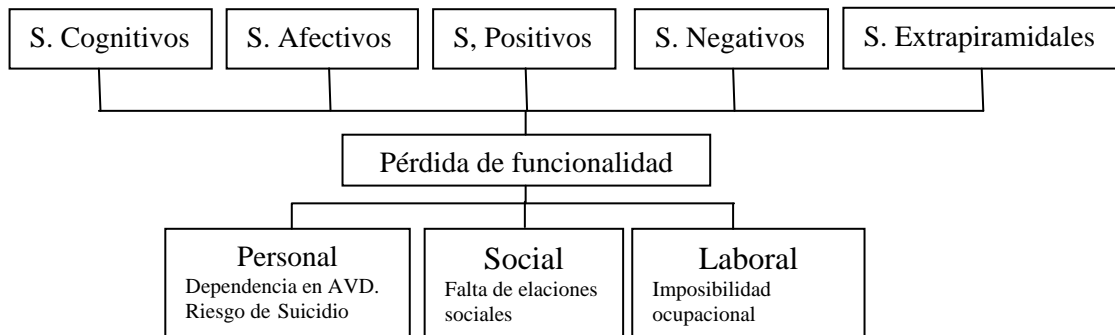
Ruiz Ogara (1982) considera que la psicopatología es el núcleo central constitutivo de la psiquiatría, entendiéndola como el conjunto de signos y síntomas que debemos interpretar y tratar. Con ella se pretende llegar a la experiencia íntima del sujeto y a su vivencia, a fin de clarificarla. El método a seguir se basaría en la observación cuidadosa, experta y comprensiva del paciente (Grupo de Psicología, 2008).

Para Maher (1970) la psicopatología es la ciencia de la conducta desviada. Si bien lo psíquico es difícil de captar directamente, puede hacerse a través de la observación de la conducta del paciente y del análisis de la conversación con él (Grupo de Psicología, 2008).

En cuanto a la relación existente entre la funcionalidad y psicopatología persistente, se sabe que los síntomas cognitivos, afectivos, negativos, positivos y extrapiramidales son

causantes de una pérdida de funcionalidad en tres áreas básicas del sujeto: personal, social y laboral. En la Figura 1.11 se muestra la sintomatología relacionada con la pérdida de la funcionalidad global.

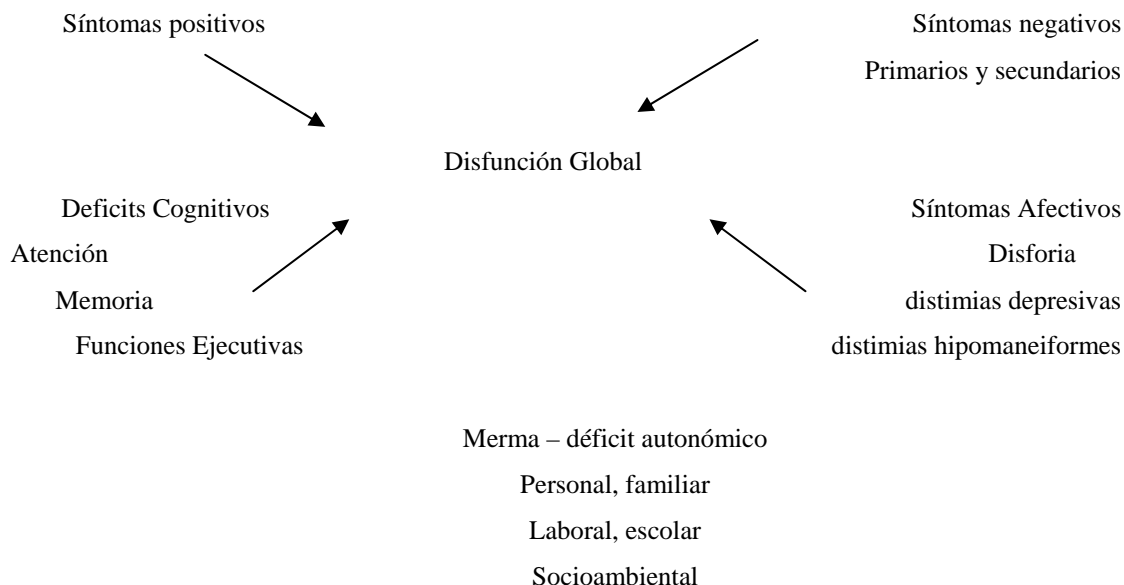
Figura 1.11 Pérdida de la funcionalidad global



Chinchilla y cols (2004) describen el abordaje integral de la disfunción global mediante la exposición de un modelo adaptado de diferentes modelos evolutivos sobre las diferentes dimensiones psicopatológicas clínicas del abordaje terapéutico, en donde se prueba que estos modelos pueden ser mutables y variables en el tiempo.

Así, las dimensiones clínicas pueden depender del predominio sindrómico, tanto en las formas de inicio como en su evolución, e incluso pueden estar condicionadas por el tratamiento que hayan llevado. La idea principal de estos autores es mostrar que un abordaje terapéutico adecuado debe enfocarse hacia la búsqueda de la mayor y mejor funcionalidad y la evitación de mermas y déficit. (Chinchilla Moreno A *et al*, 2004). En la Gráfica 1.12 se muestra lo planteado por Chinchilla y cols.

Gráfica 1.12 Dimensiones clínicas en la esquizofrenia que llevan a la disfunción global



3.4.2.1. Relación entre la funcionalidad y los síntomas cognitivos.

A principios del siglo XX, Bleuler (1911) y Krapelin (1913), atribuyeron a los mecanismos de tipo cognitivo la responsabilidad de los síntomas de la esquizofrenia.

Numerosas investigaciones han aportado datos substanciales sobre una gran cantidad de déficits hallados en pacientes con esquizofrenia. En resumen, estos estudios coinciden en que las funciones cognitivas frecuentemente afectadas en la esquizofrenia, se podrían dividir en dos grandes grupos: (1) funciones cognitivas básicas que incluyen la atención, la fluidez verbal, la memoria de trabajo, la función motora y la capacidad de abstracción, y (2) funciones de cognición social, que incluyen la capacidad para percibir correctamente una situación, capacidad para encontrar soluciones a un conflicto y la capacidad para ejecutar dichas acciones.

3.4.2.2 Relación entre la funcionalidad y los síntomas positivos.

Los síntomas positivos son los más visibles de la enfermedad. Reflejan una exageración de las funciones que están normalmente presentes. Un ejemplo de ello pueden ser las alucinaciones que podrían interpretarse como la consecuencia de un aumento de la función perceptiva del cerebro. La persona experimenta una percepción en ausencia de un estímulo externo presente (Hales Robert E, Stuart C, Yudofsky, and Valdéz M, 2006). Esta clase de síntomas pueden llegar a afectar gravemente la funcionalidad de un enfermo, pero sólo durante los episodios agudos de la enfermedad, ya que en esos momentos es cuando dichos síntomas se encuentran muy cargados de emocionalidad. La presencia de estos síntomas, no influyen en la funcionalidad a medio y largo, plazo ni impiden la reintegración del paciente (García B and Grupo GEOPE, 2002).

3.4.2.3 Relación entre la funcionalidad y los síntomas negativos.

Diferentes estudios han mostrado que la presencia de síntomas negativos inciden negativamente sobre la funcionalidad. Se sabe que éstos suponen una deficiencia en la actividad mental que normalmente ésta presente como por ejemplo el aplanamiento afectivo. Estos síntomas son más destructivos que los positivos ya que logran dejar al paciente en alto grado de desmotivación.

3.4.2.4 Relación entre la funcionalidad y los síntomas afectivos.

Bleuler (1911) consideraba ciertas rarezas afectivas como uno de los síntomas primarios de la esquizofrenia. En la actualidad, todas las escalas utilizadas para la evaluación de síntomas incluyen ítems que reflejan aspectos de afectividad del sujeto. Sin embargo, los

síntomas afectivos ejercen una gran influencia sobre la vida del paciente. Un ejemplo de ello es la aparición de autoconceptos negativos y bajas expectativas que suelen tener los pacientes con esquizofrenia. Estos aspectos forman parte del cuadro depresivo en general. Numerosos estudios muestran la influencia de estos síntomas. Un ejemplo de ello es el estudio realizado por Koneda y cols (2003) en el que se evaluó la calidad de vida de pacientes esquizofrénicos y se encontró que las dimensiones más afectadas de estos pacientes fueron las dimensiones de ansiedad/depresión (Koneda et al., 2003) Otro estudio interesante realizado por Cuestas (2008), plantea que el síndrome afectivo se compone de síntomas depresivos y maníacos, nombrando a los primeros como de especial importancia ya que están estrechamente relacionados con el suicidio (Cuesta M.J, Peralta V, and Serrano J.F, 2008). Parece, pues, que los síntomas depresivos y la depresión que pueden llegar a presentar pacientes con esquizofrenia es de difícil delimitación, pudiéndose concluir que la falta de control de estos síntomas, quizá por encontrarse encubiertos entre los síntomas negativos afectan a la evolución del paciente (García B and Grupo GEOPE, 2002).

3.5 Instrumentos de valoración de la funcionalidad

Hasta la fecha, como se mencionó, las dimensiones psicopatológicas son determinadas por la suma de los grupos de síntomas derivados de las diferentes escalas de evaluación, en donde se intenta abordar el estudio de síntomas subjetivos, síntomas observables y síntomas explorados; es decir, correlatos psicológicos, sociales y somáticos.

Como se mencionó, dado que la aplicación de baterías es común para la evaluación de diferentes dimensiones humanas, en el caso de los pacientes psicóticos la afectación funcional ha sido valorada con diferentes instrumentos, no sólo para llegar a una

aproximación sobre la dimensión del deterioro cognitivo del paciente, sino para plantear una posible intervención clínica acorde a estos resultados. El objetivo de la evaluación funcional es cualificar y cuantificar la capacidad para realizar las AVD (Herrera F et al., 2001).

Las escalas *Global Assessment scale* (GAS), *Global Assessment Functioning* (GAF) ahora llamada *Escala de Evaluación de la Actividad Global* (EEAG) y la *Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) son utilizadas en gran medida para planificar el tratamiento, predecir un resultado y medir el impacto del tratamiento en los pacientes respecto al cambio en el nivel de funcionalidad y calidad de vida. Estas escalas están diseñadas para ser una ayuda complementaria para el clínico, quien deberá completar su evaluación con otros instrumentos y habilidades clínicas. En contraste con las escalas GAF y GAS, la SOFAS evalúa la discapacidad ocupacional y social, al igual que el progreso del proceso terapéutico o de rehabilitación independientemente de la severidad de los síntomas presentados por los pacientes (Janet B and Williams D, 2007).

De otra gran variedad de escalas diferentes a las mencionadas pero que son igualmente utilizadas para medir la funcionalidad, nombraremos seis comúnmente utilizadas que logran representar el estado de salud en general del paciente incluyendo el estado de salud percibido. Cuatro de ellos COOP, DUQUE, SIP, SF36 logran evaluar el estado de salud tanto física como psicosocial del paciente, los otros dos instrumentos KATS-ADL, IADL, evalúan el estado general de salud en términos de funcionamiento, capacidad de realización de las actividades básicas cotidianas y el desempeño en otras tareas básicas.

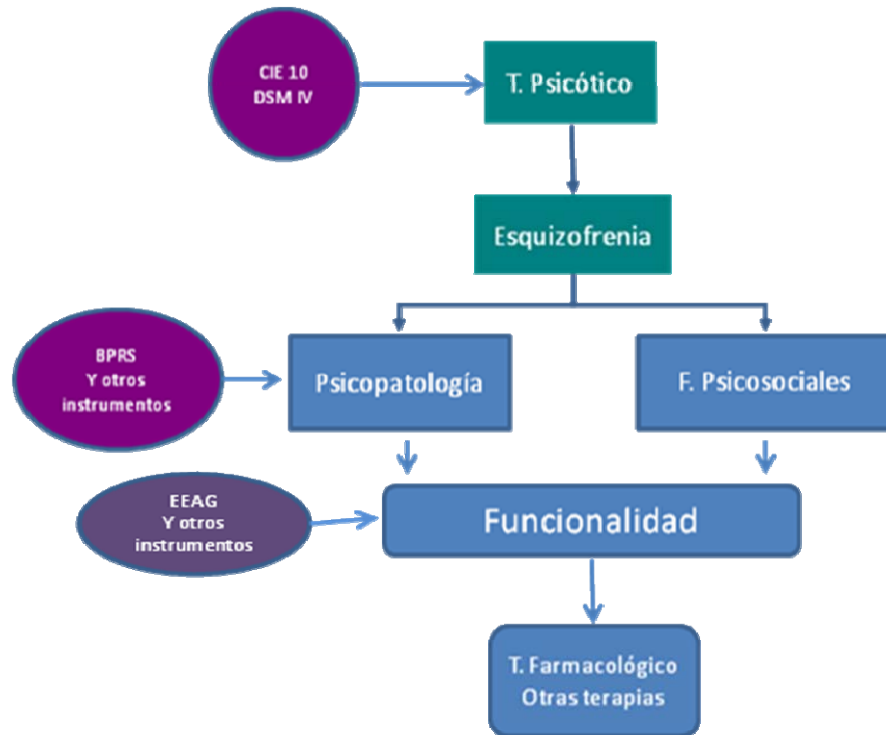
Algunos de los instrumentos más utilizados para medir la funcionalidad se encuentran recogidos en la Tabla 1.13

Tabla 1.13 Escalas que evalúan funcionamiento social, psicológico y ocupacional.

Escala	Constructo a evaluar
Global Assessment Scale (GAS)	Evalúa funcionamiento social, psicológico y ocupacional
Global Assessment Functioning (GAF)	Similar al GAS, pero incluye la evaluación de un punto 0 donde no hay datos suficientes para la evaluación.
Social and Occupational Functioning Assessment scale (SOFAS)	Evalúa funcionamiento social y ocupacional Incluye la evolución de impedimento físico y de trastornos mentales.
Clinical Global Impression (CGI)	Evalúa la severidad de la enfermedad en el tiempo y la eficacia de la medicación
Health of the Nation Outcome Scales (HoNos)	Evalúa funcionamiento social
Life Skills Profile (LSP)	Evalúa funcionalidad en adultos con esquizofrenia
Social Adjustment Scale (SAS)	Evalúa funcionamiento social
Sheehan Disability Scale	Evalúa efectos de pánico, ansiedad y síntomas depresivos en la vida laboral, social y familiar.

En resumen, podríamos decir que el abordaje clínico actual para la evaluación de la funcionalidad global en trastornos psicóticos contempla algunos procesos que van desde el diagnóstico de la esquizofrenia, y otros trastornos psicóticos (basado en los criterios del DSM IV o la CIE 10), seguido de la valoración psicopatológica y de otras variables de tipo psicosocial utilizando instrumentos como la BPRS u otras escalas, hasta llegar a una valoración de la funcionalidad global con la EEAG o con instrumentos como los anteriormente nombrados, llegando a la planeación de un tratamiento acorde a cada paciente. En la Figura 1.14 se encuentra el resumen de la evaluación del trastorno psicótico.

Gráfica 1.14 Evaluación del trastorno psicótico



II. Hipótesis e Objetivos



2008

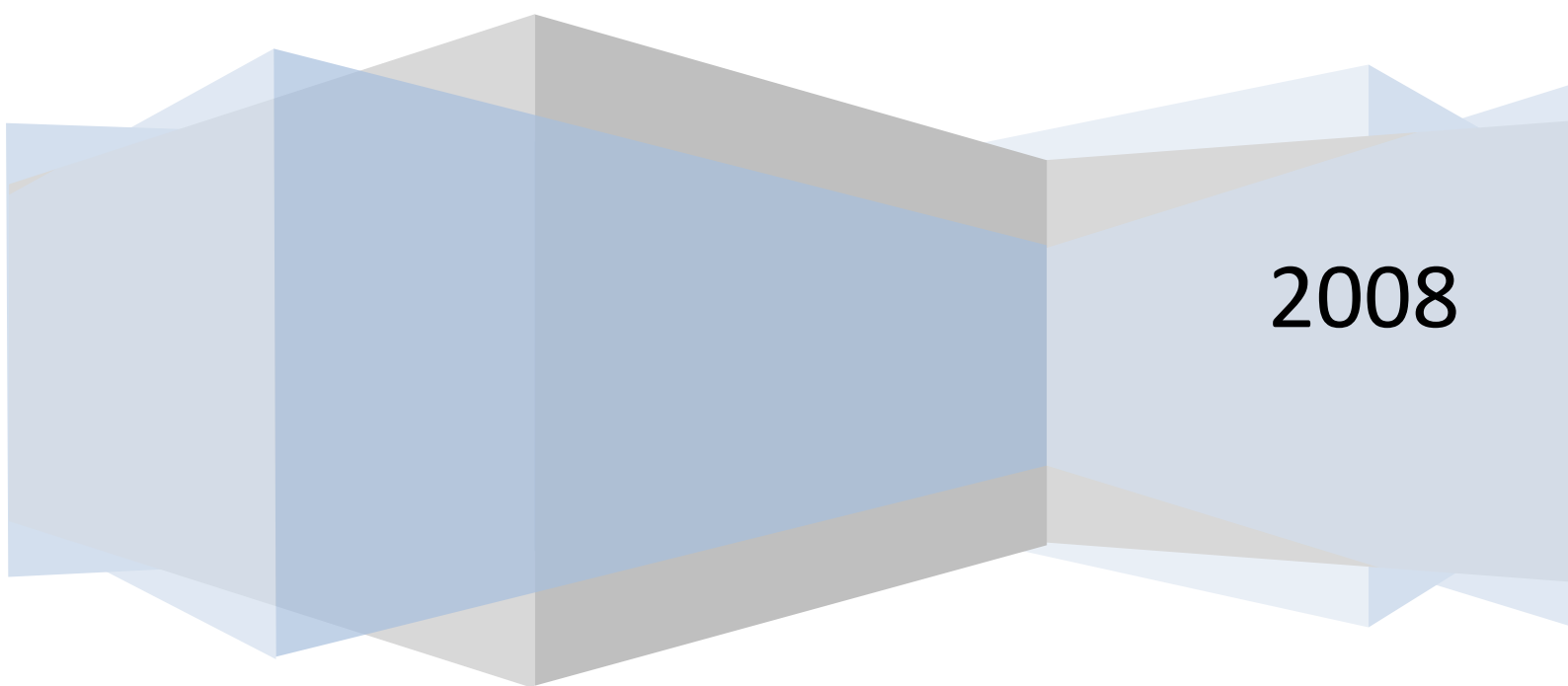
HIPÓTESIS

1. La psicopatología previa es un potente predictor de la funcionalidad global de pacientes psicóticos, independientemente de posibles variables confusoras.

OBJETIVOS

1. Demostrar que los factores psicopatológicos al ingreso en un centro psiquiátrico, son predictores de la funcionalidad global a medio plazo, independientemente de posibles factores confusores como pudieran ser algunas variables psico-sociales.
2. Identificar predictores psicopatológicos de funcionamiento global a tres meses en pacientes psiquiátricos graves que ha sido ingresados en una unidad de agudos.

III. Material y Métodos



En este apartado describimos el diseño metodológico y los materiales utilizados para la captación de datos que ayudaron a probar nuestra hipótesis dando cumplimiento al objetivo de ésta investigación. La exposición se divide en dos momentos: materiales y métodos utilizados en el proyecto EUNOMIA, y particularidades metodológicas de nuestro trabajo para esta tesis, que emana del análisis de datos recogidos en dicho proyecto.

1. Materiales y métodos utilizados en el proyecto EUNOMIA.

1.1 Descripción del diseño del estudio

La Comisión Europea Evaluación, en el marco de su quinto programa macro de investigación, aprobó el estudio EUNOMIA ideado debido al interés, la necesidad sentida en el ámbito sanitario y la preocupación por evaluar los estándares de calidad en atención clínica en salud mental y el uso de medidas coercitivas en psiquiatría.

El estudio se realizó tras aprobación de una convocatoria a la cual se acogieron trece centros hospitalarios europeos de atención psiquiátrica, incluidos centros día, en 11 países diferentes de la Unión Europea y 1 asociado. En la gráfica 3.1 se muestra la ubicación y distribución geográfica de los países participantes en el proyecto.

Cabe resaltar que existe una gran variación entre estos países; por ejemplo, la legislación la prevalencia del tratamiento involuntario y el marco social y cultural. En la Tabla 3.2 se describen los centros participantes.

Más de la mitad de las zonas de captación mostraron un tamaño de población de alrededor de 50.0000 habitantes. Tres áreas tuvieron una población sustancialmente menor, Velnus, Orebro, Michalovce, y dos zonas una significativamente mayor (Nápoles y Sofía). Dado que siete de las zonas de captación incluyeron componentes rurales, la densidad de población varió incluso entre zonas de similar tamaño.

Dentro de a las características de la población se encontró que la variación en la tasa de desempleo indicó la existencia de grandes diferencias económicas entre estas regiones. Por otra parte, las poblaciones en la República Checa, Suecia y Alemania no incluyeron la captación de altos porcentajes de personas de la tercera edad, a diferencia de los casos de Tel Aviv, Nápoles y Londres.

En cuanto a los niveles de especialización de los centros y las modalidades de atención a las personas con enfermedades mentales agudas, las características fueron similares en todos los pabellones de los diferentes países participantes en EUNOMIA.

El proyecto Eunomia, fue realizado durante los años 2003 y el 2005. El trabajo se planifico así: nueve meses de preparación de la primera fase, siendo en gran medida exploratoria o fase piloto en donde se instauró un sistema informatizado de información que optimizara la recogida de información y la comprobación y veracidad de los mismos. 21 meses en la fase de recolección de datos que incluía dos sub muestras de pacientes, los admitidos involuntariamente y los admitidos voluntariamente. Seis meses para el análisis de los datos (análisis descriptivo, análisis correlacional por el método de regresión). En el anexo 1 se encuentra el protocolo del proyecto EUNOMIA.

Gráfica 3.1 Mapa de ubicación geográfica de los países participantes en el proyecto EUNOMIA



1.1.1 Obtención de la muestra en el proyecto EUNOMIA

Durante el estudio se evaluaron más de 4.500 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, que hubieran sido ingresados en un centro psiquiátrico, y que cumpliera criterios diagnósticos CIE 10 para el grupo de trastorno psicótico (F 20 - F 29). El rango de edad fue de los 18 a los 65 años; todos los participantes estaban en condiciones de dar su consentimiento informado y pertenecían al área del hospital. Para la obtención de los datos fueron necesarios tres tiempos diferentes de evaluación de los pacientes: al ingreso, a las cuatro semanas de la admisión y a los tres meses.

1.1.1.1 Criterios de exclusión de la muestra en el proyecto EUNOMIA

- Pacientes ingresados para valoración forense o/y con síndrome tóxico.

- Las personas con diagnóstico de demencia o trastornos de la alimentación fueron excluidas debido a sus características psicopatológicas no compatibles con las de la población estudiada.
- Personas admitidas en programas de tratamiento de anorexia que incluyan medidas coercitivas.

Tabla 3.2 características de los centros de EUNOMIA

<i>Ciudad</i>	<i>Habitantes por zona</i>	<i>Características</i>	<i>Población de 65</i>	<i>Tasa por cada 100,000</i>
	<i>De captación</i>	<i>De la zona</i>	<i>Años o más edad</i>	<i>Masculino / femenino</i>
Dresden, Alemania	478,631	Urbano	17,4 %	22.9 / 10.9
Sofía, Bulgaria	900	Urbano y Rural	15,4 %	17.8 / 7.5
Praga (áreas 2,3,4,8, 10) R. Checa	477,626	Urbano	19,7 %	21.3 / 5.9
Thessaloniki, Grecia	450	Urbano y Rural	11,3 %	5.7 / 1.6a
Tel Aviv, Israel	538,2	Urbano	9,4 %	10.5 / 2.6a
Nápoles, Italia	2,265,547	Urbano rural	8,1 %	2.3 / 0.7
Vilnius, Lituania	217,8	Urbano	11,5 %	43.3 / 9.0
Wroclaw, Polonia	640,367	Urbano	14,9 %	12.6 / 3.5
Michalovce, Eslovaquia	326,534	Urbano y Rural	10,7 %	7.9 / 0.6
Granada, España	445,497	Urbano y Rural	15,5 %	11.4 / 4.1
Málaga, España	600	Urbano y Rural	14 %	12.6 / 2.8
Londres, Reino Unido	451,119	Urbano	8 %	8.3 / 1.7
Orebro, Suecia	273,412	Urbano y Rural	18,2 %	22.9 / 13.7

a. Datos nacionales, no se dispone de esta información.

Tomada de, Proyecto EUNOMIA sobre la coacción en psiquiatría: diseño del estudio y datos preliminares, 2006)

- Pacientes en los que no se había podido completar la recogida de variables implicadas en el trabajo por razones tales como:

Datos perdidos por el sistema de recogida.

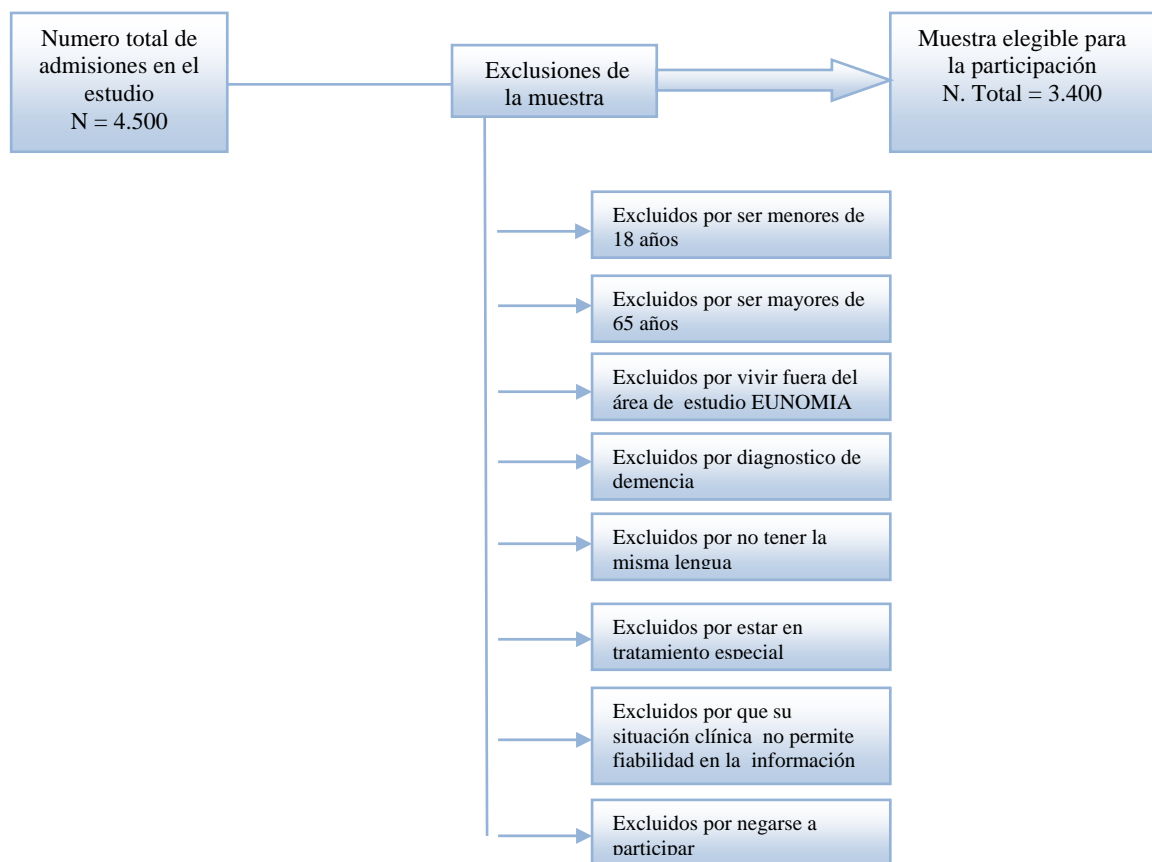
Datos perdidos por la falta de respuesta a las preguntas por parte de los pacientes.

Datos perdidos por la falta de claridad de los pacientes al dar una respuesta de lo preguntado.

Datos perdidos por la deserción voluntaria de los pacientes después de las medidas en T1

No fueron criterios de exclusión la presencia de daño cerebral, epilepsia, psicosis inducida por consumo de drogas, intoxicación etílica asociados con enfermedad mental. La figura 3.3 resume la evolución de la cohorte en el período total de seguimiento de la cohorte EUNOMIA que cuenta con datos válidos para 3400 pacientes ingresados.

Figura 3.3 Evolución de la cohorte EUNOMIA



1.2 Instrumentos utilizados en la captación de datos del proyecto EUNOMIA

Para este estudio fue necesaria la utilización de la entrevista y varias encuestas, en especial para la captación de información psicosocial, y para aquella correspondiente a los centros psiquiátricos y la atención en general. Estos instrumentos son:

- a. Encuesta MacArthur: es uno de los instrumentos utilizado para medir percepción frente a la coacción. Se compone de una sola medida representada por cinco puntos fundamentales que fueron extraídos de la encuesta *Admisión Experience Survey* (AES) inicialmente compuesta por 104 criterios, revisada y abreviada a la versión 41 de Gardner *et al.* (1993). (referencia macarthur).

- b. Escala de coacción percibida Cantril: *The Coercion Ladder* es una versión adaptada de la escala original *The Cantril Ladder*, Cantril *et al.* (1965). Esta escala es de tipo analógico visual, y está compuesta por una escalera del uno al diez en donde se le pide al paciente que marque el grado de coacción percibida. (referencia de macarthur).

- c. Escala de agresión (*Modified Overt Aggression Scale*): esta escala ha sido diseñada para la medición de los índices de agresión y las tendencias al comportamiento violento. Fue creada por Stuart C. Yudofsky, Jonathan M. Silver, Gin Jackson, Jean Endicott y Daniel Williams en 1986. Consta de 25 ítems y su aplicación es individual, generalmente en terapia, y para personas con discapacidad intelectual. Esta escala se compone de dos partes, la primera de ellas contiene tres subítems: agresión verbal, autoagresión física y agresión física

contra otros. La segunda parte se compone del índice de intervención personal en incidentes agresivos. (referencia art de agresión)

- d. Escala de calidad de vida (*Manchester Short Assessment of Quality of Life, MANSA*): originalmente fue desarrollada por Priebe *et al.* (1999). Esta escala fue diseñada para evaluar la calidad de vida subjetiva. (referencia de mansa).

Las características de los centros participantes se evaluaron con los siguientes instrumentos:

- e. El cuestionario de datos sociodemográficos de la Unión Europea, ESMS 11, para evaluar las características socio-demográficas de las zonas de captación.
- f. El Servicio de Cartografía de la Unión Europea, ESMS Versión 3 12, para la normalización de la descripción y clasificación de los servicios de salud mental establecidos.
- g. La clasificación internacional de atención de salud mental, ICMHC 14, para la descripción de las intervenciones y la atención general de salud mental en las salas especializadas para estos pacientes.

Mediante entrevistas e informes clínicos se recogió información tanto del tratamiento psicofarmacológico, como del cumplimiento del mismo por parte del paciente. Se estableció el diagnóstico categorial del paciente tomando los criterios del CIE-10 (OMS, 1992). La presencia de síntomas mentales y la valoración psicopatológica se objetivaron

mediante la administración de la escala BPRS *The Brief Psychiatric Rating Scale, Overall & Gorham, 1962*, en los tres tiempos del estudio. La funcionalidad fue evaluada prospectivamente mediante administración repetida de la *Global Assessment of Functionality Scale EEAG*, versión “*researcher’s rating*”, *American Psychiatric Association, 1987*.¹

En la tabla 3.4 se especifican los diferentes constructos evaluados, los instrumentos utilizados para la caracterización de los pacientes, el personal sanitario, sus opiniones sobre los métodos de coerción y los tiempos de evaluación.

3.1.3 Características generales de los centros psiquiátricos donde se reclutó la muestra

Los niveles de especialización y de atención a las personas con enfermedades mentales agudas y sus familias fueron similares en todos los centros participantes en el estudio. Esto incluyó el problema de la evaluación funcional, es decir, todas las actividades necesarias para formular, controlar y, en consecuencia, ajustar un plan individual de tratamiento y rehabilitación.

El nivel de especialización en otras modalidades de atención fue también similar en todos los pabellones, éstas incluyeron: el establecimiento y mantenimiento de la comunicación entre el personal de salud y el paciente, la coordinación en la atención, programas de reeducación en salud, asesoría psicológica y refuerzo en habilidades sociales.²

¹ Una descripción detallada de estos instrumentos se encuentra más adelante, respectivamente pp 84 - 88

² La información descrita fue tomada del protocolo del proyecto EUNOMIA. Remítase a Anexo 1

Tabla 3.4. Instrumentos utilizados en el proyecto EUNOMIA

Constructo evaluado	Instrumento de evaluación	Tiempo de Evaluación		
		T1	T2	T3
La percepción de la coacción en relación con el ingreso hospitalario	La percepción de la coacción. Encuesta MacArthur. (Entrevista).	☺		
La percepción de la coacción en relación con el ingreso hospitalario.	Cantril, escala de la coacción percibida. Temas de estudios en países nórdicos sobre coacción.	☺		
La percepción de la coacción en relación con la estancia en el hospital	Cantril, escala de la coacción percibida. Temas de estudios en países nórdicos sobre coacción.		☺	☺
Evaluación de resultados, utilización de los servicios psiquiátricos, contacto con la policía y los servicios de justicia penal.	Ítems de auto definición. (entrevista y registro de pacientes)			☺
Características del tratamiento.	Ítems de auto definición. (registro)	Continuo		
Cada medida coercitiva aplicada en las primeras cuatro semanas	Ítems de auto definición (registro)	Continuo		
Características clínicas y sociodemográficas	Ítems de auto definición (registros, entrevistas a pacientes).	☺		
Variable, características sociodemográficas.	Ítems de auto definición (registros, entrevistas a pacientes).	☺	☺	☺
Cumplimiento del tratamiento por el paciente.	Ítems de auto definición (Clasificación del personal si el paciente está en el hospital. Otros pacientes). Entrevista.	☺	☺	☺
Coerción percibida por el personal.	Cantril, escala de coacción percibida, reformulado (calificación del personal)	☺	☺	☺
Agresión del paciente (sólo pacientes hospitalizados)	Escala de agresión (Modified Overt Aggression Scale). Calificación del personal.	☺	☺	☺
Severidad de los síntomas	BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale). Versión de 24 ítems.	☺	☺	☺
Severidad de los síntomas y nivel de funcionalidad	GAF (Global Assessment self Functioning scale).	☺	☺	☺
Satisfacción del paciente con el tratamiento (evaluación retrospectiva)	Cliente, evaluación del tratamiento. 7 ítems. (entrevista con pacientes)	☺	☺	☺
Calidad de vida. Auto calificación. (opcional para cada centro).	Manchester Short Assessment of Quality of Life.			

Tomada del protocolo del proyecto EUNOMIA.

2. Materiales y métodos utilizados en el análisis del presente trabajo

2.1 Descripción del diseño del estudio

Se trata de un estudio prospectivo con tres meses de seguimiento, que pretende probar que los factores psicopatológicos al ingreso en un centro psiquiátrico de pacientes ingresados con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se relacionan como predictores de funcionalidad tres meses después del ingreso. Como ya se menciona, para la obtención de los datos fueron necesarios tres tiempos diferentes de evaluación de los pacientes: al ingreso, a las cuatro semanas de la admisión y a los tres meses. Para el análisis de este trabajo, hemos considerado sólo la información al ingreso (tiempo 1 ó T1) y a los 3 meses (Tiempo 2 ó T2).

Para probar si los factores psicopatológicos eran predictores prospectivos de la funcionalidad, independientemente de factores confusores como las variables psicosociales a medio plazo, se examinó la funcionalidad utilizando el modelo analítico de la figura 3.5. Así, a tiempo 1 se evaluaron los factores psicopatológicos utilizando la escala *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), los aspectos psicosociales (Edad al ingreso, género, estado civil, tratamiento) y la funcionalidad en el momento del ingreso fue evaluada con *The Global Assessment of Functionality Scale* (EEAG); tres meses más tarde se midió la funcionalidad (EEAG) de ese momento (tiempo 2). El estudio fue aprobado por el comité de ética para estudios del Hospital Universitario “San Cecilio” de Granada y por los equivalentes comités de ética locales del resto de centros participantes.

Así, desde un punto de vista gráfico, la figura 3.5 muestra cómo el diseño del estudio habilita para explorar la asociación prospectiva entre síntomas mentales (factores psicopatológicos) a tiempo 1 (en el ingreso) y la funcionalidad a tiempo 2 (a los tres meses), descontando el efecto posible en la misma de plausibles factores confusionales de carácter psicosocial. En la figura 3.6 se muestra un esquema del modelo de exploración prospectiva de la asociación entre factores psicopatológicos y funcionalidad.

Figura 3.5 Modelo analítico del diseño del estudio

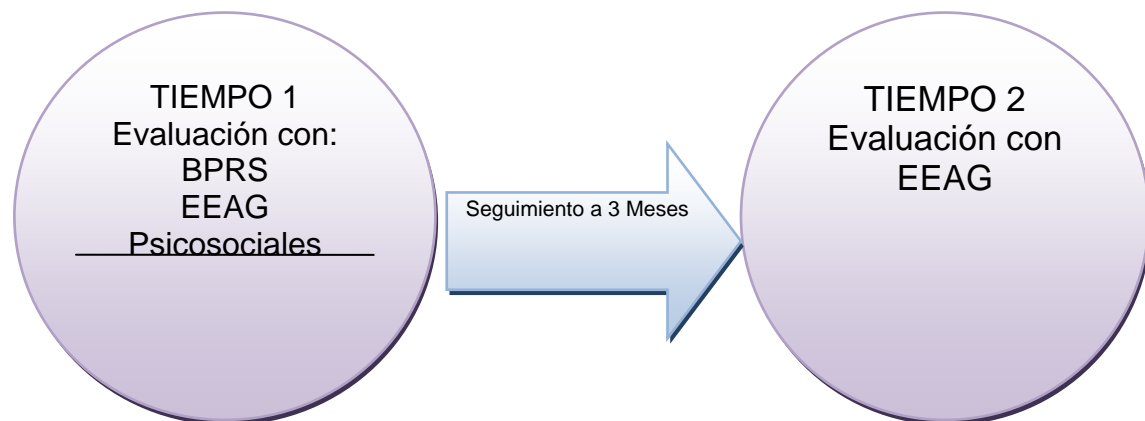
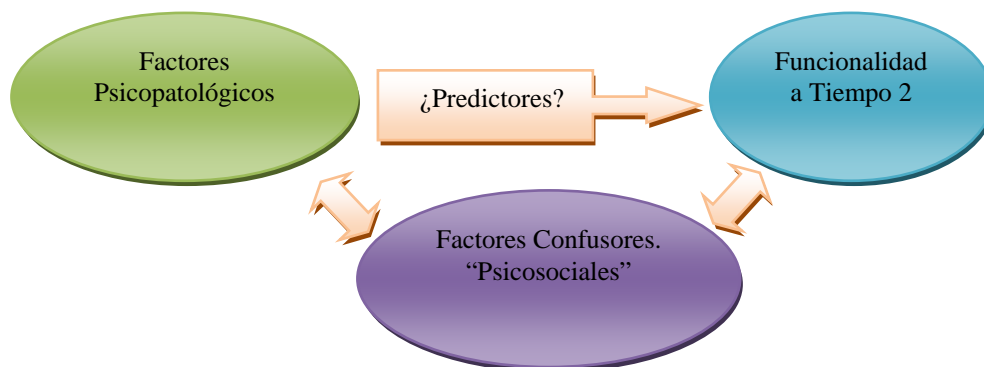


Figura 3.6 Modelo de exploración prospectiva entre los factores psicopatológicos y la funcionalidad a tres meses



2.2 Muestra

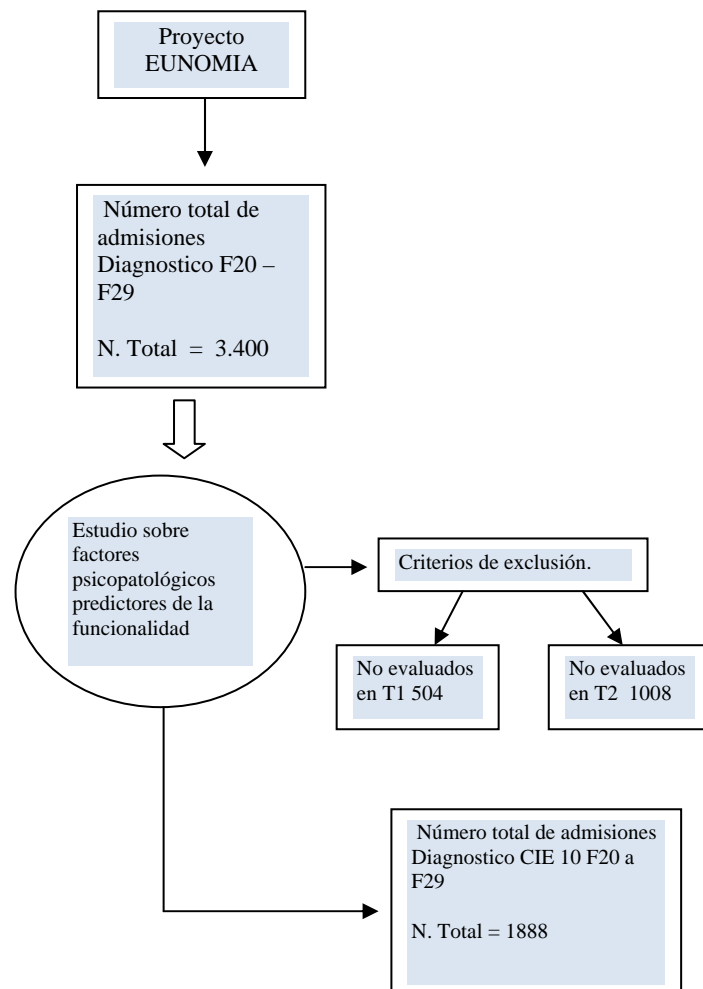
Todos los pacientes consecutivamente ingresados en los hospitales participantes para los que se pudieron obtener datos completos de las variables estudiadas, y que cumpliesen criterios CIE-10 de trastorno psicótico (F20-29), fueron invitados a participar durante el período 2003-2005 de recogida de datos. La muestra total empleada en el análisis del presente trabajo de tesis se compone de 1.888 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos afines según el criterio, CIE 10 - F 20, de ambos sexos, 824 de sexo femenino y 1.061 de sexo masculino. Todos los pacientes incluidos en este análisis dieron su consentimiento informado para su participación.

La muestra se escogió respondiendo al objetivo principal del estudio, para ello se tuvieron en cuenta dos criterios de inclusión específicos para este trabajo:

- 1) Se incluyeron a todos los pacientes de la cohorte EUNOMIA diagnosticados según criterios de clasificación CIE 10 como trastorno psicótico (F20-F29). Véase tabla 3.3

- 2) Para dichos pacientes había de disponerse de datos completos para las variables centrales del análisis de este trabajo (BPRS y EEAG). Fueron excluidos aquellos pacientes psicóticos con datos de evaluación de funcionalidad incompletos debido a antecedentes perdidos por el sistema de recogida. No se disponía de los datos psicosociales de algunos de ellos. La figura 3.7 resume el proceso de inclusión de pacientes de la cohorte EUNOMIA empleado para el análisis del presente trabajo.

Figura 3.7 Proceso de inclusión de pacientes para el presente trabajo de tesis



2.3 Criterios diagnósticos

Todos los pacientes incluidos en el análisis cumplían criterios diagnósticos CIE 10 para trastorno psicótico, este diagnóstico fue comprobado mediante informes psiquiátricos al ingreso y la historia clínica de cada paciente. La tabla 3.8 enumera los diagnósticos incluidos según el criterio de clasificación CIE 10 F20 a F29.

Tabla 3.8 Tipos de Esquizofrenia clasificación CIE 10 –F20 a F29

CIE 10 - F 20	Tipos de trastornos Psicóticos
F20.0	Esquizofrenia paranoide
F20.1	Esquizofrenia hebefrénica
F20.2	Esquizofrenia catatónica
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada
F20.4	Depresión post-esquizofrénica
F20.5	Esquizofrenia residual
F20.6	Esquizofrenia simple
F20.8	Otras esquizofrenias
F20.9	Esquizofrenia sin especificación
F21	Trastorno esquizotípico
f22	T. Persistente Ilusorio
f23	T. psicótico agudo y transitorio
f24	T. ilusorio -inducido
f25	Trastorno esquizoafectivo
f28	T. psicótico no orgánico
f29	T. no orgánico sin especificar

2.4 Variables e instrumentos.

2.4.1 Variables independientes:

Nuestro estudio, coherente con su objetivo, consideró dos tipos de variables independientes:

- a. Variables psicopatológicas: La información sobre la psicopatología de los pacientes se obtuvo mediante lo captado por la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) en el tiempo uno del estudio. Como veremos más adelante los factores psicopatológicos considerados en el estudio fueron finalmente extraídos de las

puntuaciones en cada ítem individual de la BPRS en forma de dimensiones psicopatológicas obtenidas por análisis factorial (véase sección de resultados).

2.4.1.1 Descripción del instrumento utilizado Brief Psychiatric Rating Scale BPRS

La BPRS fue diseñada por Overall y Gorham (Overall J.E, 1962) y está basada en la *Scale for Rating Psychiatric Patients de Lorr*. En principio esta escala se diseñó para valorar la adherencia o respuesta al tratamiento farmacológico en pacientes psicóticos y la clasificación de síntomas positivos y negativos. Sin embargo, en la práctica clínica también es utilizada para medir el cambio en la gravedad de la psicopatología en general. Para el diagnóstico y la clasificación sindrómica en trastornos depresivos, de ansiedad e incluso de alimentación y autismo. Debido a su validez estadística es, además, usualmente utilizada en diferentes estudios clínicos y farmacológicos (Anderson W et al., 1995; Barrios A et al., 1996; Brancosho B et al., 2005; Lykke J et al., 2008). En la tabla 3.9 se encuentra la planilla de calificación de la BPRS

La BPRS se considera un instrumento de fácil aplicación pero que debe ser administrada como entrevista semiestructurada por un terapeuta o clínico experto. Se estima que el tiempo de aplicación puede variar entre 20 y 30 minutos, aplicada mediante el modelo de entrevista semiestructurada. La escala se compone de 24 ítems pero también suele utilizarse en versión abreviada compuesta por 18 o 16 ítems. En el presente estudio se utilizó la prueba compuesta por 24 ítems.

1.9. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)

1.	Preocupación somática	0	1	2	3	4
2.	Ansiedad psíquica	0	1	2	3	4
3.	Barreras emocionales	0	1	2	3	4
4.	Desorganización conceptual (incoherencia)	0	1	2	3	4
5.	Autodesprecio y sentimientos de culpa	0	1	2	3	4
6.	Ansiedad somática	0	1	2	3	4
7.	Alteraciones motoras específicas	0	1	2	3	4
8.	Autoestima exagerada	0	1	2	3	4
9.	Humor depresivo	0	1	2	3	4
10.	Hostilidad	0	1	2	3	4
11.	Susplicacia	0	1	2	3	4
12.	Alucinaciones	0	1	2	3	4
13.	Enlentecimiento motor	0	1	2	3	4
14.	Falta de cooperación	0	1	2	3	4
15.	Trastornos del pensamiento	0	1	2	3	4
16.	Embotamiento o trastornos afectivos	0	1	2	3	4
17.	Agitación psicomotriz	0	1	2	3	4
18.	Desorientación y confusión	0	1	2	3	4

Tomado de: instrumentos de evaluación para trastornos esquizofrénicos 2008.

Cada uno de los ítems del instrumento, se evalúa en una escala correspondiente a los niveles de: no está presente (1), muy poco (2), poco (3), moderado (4), moderadamente (5), grave (6), ostensiblemente grave (7), y no se puede valorar (8).

La calificación de la BPRS puede variar entre los siguientes pasos de gravedad: 0-4, 0-6 y 1-7. El resultado se deriva de la suma de las puntuaciones de todas las respuestas. Cuando los puntos de corte propuestos en la calificación del paciente varían entre 10 y 20 puntos, se considera que él tiene un síndrome menor. Cuando la calificación tiene más de 20

puntos se considera que el paciente tiene un síndrome mayor o con peor pronóstico de gravedad.

En estudios de evaluación de psicosis, cuyas muestras sean de un gran número de pacientes, se recomienda que la escala sea agrupada por factores o componentes. (Barrios A et al., 1996; Brancosho B et al., 2005) Según diferentes autores, la variación general de factores se encuentra entre 3 y 6 según el país donde sea utilizada. Lo común dentro del análisis factorial de la muestra refiere a cinco componentes principales: ansiedad/depresión, energía, trastornos del pensamiento, activación y hostilidad/susplicia. (Barrios A et al., 1996; Brancosho B et al., 2005)

Los valores psicométricos de la prueba han sido ampliamente estudiados dando resultados satisfactorios. En diferentes estudios la validez interna se encuentra alrededor de 0.8, mientras que la consistencia interna suele ser un poco más alta, alfa de Cronbach de 0.81 a 0.92. (101 resumen). Cabe anotar que ésta prueba ha sido especialmente comparada en diferentes ocasiones con la *Scale for the Assessment of Positive and Negative Symptoms* PANSS, demostrando concordancia entre los resultados de las diferentes subescalas. Además, la puntuación ha mostrado ser sensible ante los cambios frente al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Por ello es recomendable que su utilización sea continua en el tiempo. (Barrios A et al., 1996; Brancosho B et al., 2005; Lykke J et al., 2008; Overal J.E, 1962).

Ya se mencionó que la BPRS permite evaluar tanto síntomas positivos como síntomas negativos. Sin embargo, algunos autores la consideran una escala pobre para la evaluación específica de los síntomas negativos debido a que sólo evalúa tres y excluye síntomas importantes como la alogia o abulia (Cuesta M.J et al., 2008).

- b. Variables Psico-sociales: Para la caracterización psicosocial de la muestra se utilizó la información recogida en los instrumentos mencionados en la tabla uno. En la tabla 3.10, se encuentra una descripción detallada de las variables independientes que se tuvieron en cuenta para el estudio.

Tabla 3.10 Descripción de Variables independientes

Variables independientes.	Nombre de la variable.
Variable Psicosociales	<ul style="list-style-type: none">• Edad
	<ul style="list-style-type: none">• Género
	<ul style="list-style-type: none">• Estado civil: Soltero casado, divorciado viudo
	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento: Medicación recibida terapia recibida
Variables Psicopatológicas	Dimensiones Psicopatológicas obtenidas mediante análisis factorial de las puntuaciones en los ítems de la BPRS

2.4.2 Variable dependiente o de resultados

- a. Funcionalidad: La variable dependiente del estudio es la funcionalidad medida a tiempo 2 (tres meses después de la valoración inicial al ingreso de los pacientes). La funcionalidad fue evaluada en dos ocasiones (T1 y T2), lo que nos permitió ajustar la puntuación final de la misma por su valor inicial, dotando así de prospectividad a la medida final de nuestra variable dependiente. Como se mencionó, la funcionalidad fue evaluada con la escala EEAG, y fue administrada a los pacientes por Psicólogos expertos, quienes, además, recibieron un entrenamiento especial para la administración de la prueba.

2.4.2.1 Descripción del instrumento utilizado *Global Assessment of Functionality Scale GAF*, ahora denominado *Escala de Evaluación de la Actividad Global EEAG*.

La EEAG, de la *American Psychiatric Association 95* y forma parte del DSM IV. Esta escala fue diseñada originalmente por Endicott *et al.* (1976) para evaluar el nivel de funcionamiento de los enfermos mentales. El instrumento incluye dos áreas distintas del funcionamiento, una correspondiente a la sintomatología y otra concerniente al funcionamiento social del individuo como la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

La EEAG ha sido utilizada para la evaluación de discapacidad y funcionamiento social debido a su aparente efectividad y validez en el diagnóstico. Este instrumento es comúnmente usado en la práctica clínica y en el ámbito de la investigación como una medida de estimación acertada de la funcionalidad global. (American Psychiatric Association, 1987). La EEAG es considerada como una escala descriptiva que proporciona una excelente puntuación sobre la actividad del paciente. Consta de un único ítem de evaluación que se remite a la medida de la actividad global, se divide en 10 intervalos de rango (1-10, 91 – 100) y se puntúa mediante una escala que oscila entre 100 y 1 siendo 100 el grado más alto de actividades realizadas de manera satisfactoria a causa de cualidades positivas y 1 el grado más bajo de enfermedad que hace referencia a las expectativas manifiestas de muerte.

En general, no se estipula la existencia de ningún tipo de corte en su calificación, pero algunos autores señalan una calificación sintomatológica entre 81 – 90 y 91 – 100 con un significado de salud mental positiva, mientras que puntuaciones entre 71 – 80 hacen

referencia a sintomatología mínima pero sin una salud mental positiva. Puntuaciones entre 1 – 70 son individuos que necesitan tratamiento psicológico y psiquiátrico, en este intervalo de puntos, aquellos que tienen una puntuación entre 31 – 70 se consideran pacientes en su mayoría ambulatorios, mientras que los que puntúan entre 1 – 40 se considera que deben estar en su mayoría internos en un centro psiquiátrico (Cervilla Ballesteros J, 2002). Otras posturas plantean un punto de corte más sencillo pero coherente con el anterior planteando que cuando existe una puntuación mayor a 90 existe un buen nivel de funcionamiento y que cuando la puntuación es de 60 o menos existe un nivel considerable de disfunción (Alvarado Muñoz R, 2007).

a. Fiabilidad y validez de la EEAG.

A pesar de su popular utilización en el ámbito clínico e investigativo, algunas de las revisiones sobre su uso como la hecha por H.H. Goldman *et al.* 1992. Plantean dos tipos diferentes de limitaciones, la primera limitación afirma que algunos de sus juicios operativos logran incorporar síntomas mezclados con la discapacidad o nivel funcional, lo cual puede generar confusión al momento de la evaluación. La segunda limitación dice que la valoración del funcionamiento está basada sólo en el trastorno mental y no en la unión de la discapacidad física con la mental (Alvarado Muñoz R, 2007). Debido a estas críticas hay quienes recomiendan utilizar o acompañar esta prueba con otras escalas como por ejemplo las de la OMS con el objetivo de mantener separados los síntomas de discapacidad del paciente (American Psychiatric Association, 1987;Gaité L et al., 2005).

Pese a lo anterior no es desconocido que hasta el momento ninguna otra escala ha demostrado ser mejor al momento de medir el funcionamiento global de pacientes. Por eso diferentes autores concuerdan con la proposición de mejorar la escala e intentar

eliminar o disminuir sus limitaciones. En la tabla 3.11 se encuentra la planilla de calificación de la EEAG

Tabla 3.11 Escala de Evaluación de la Actividad Global EEAG

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

100	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
50	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
10	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada.

Tomado de: instrumentos de evaluación para trastornos esquizofrénicos 2008

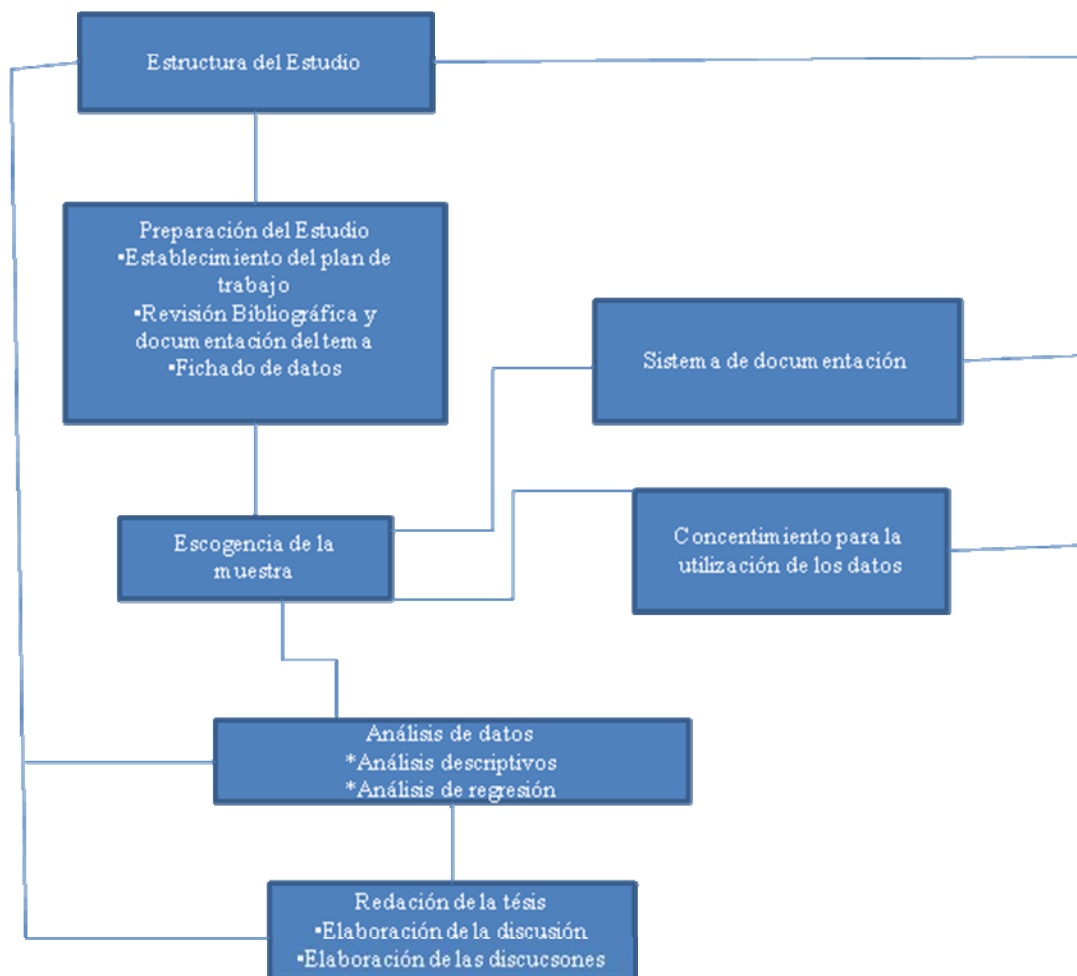
2.5 Consideraciones Éticas.

Teniendo en cuenta el diseño y las características propias de este estudio, se tuvieron en cuenta algunas posturas éticas.

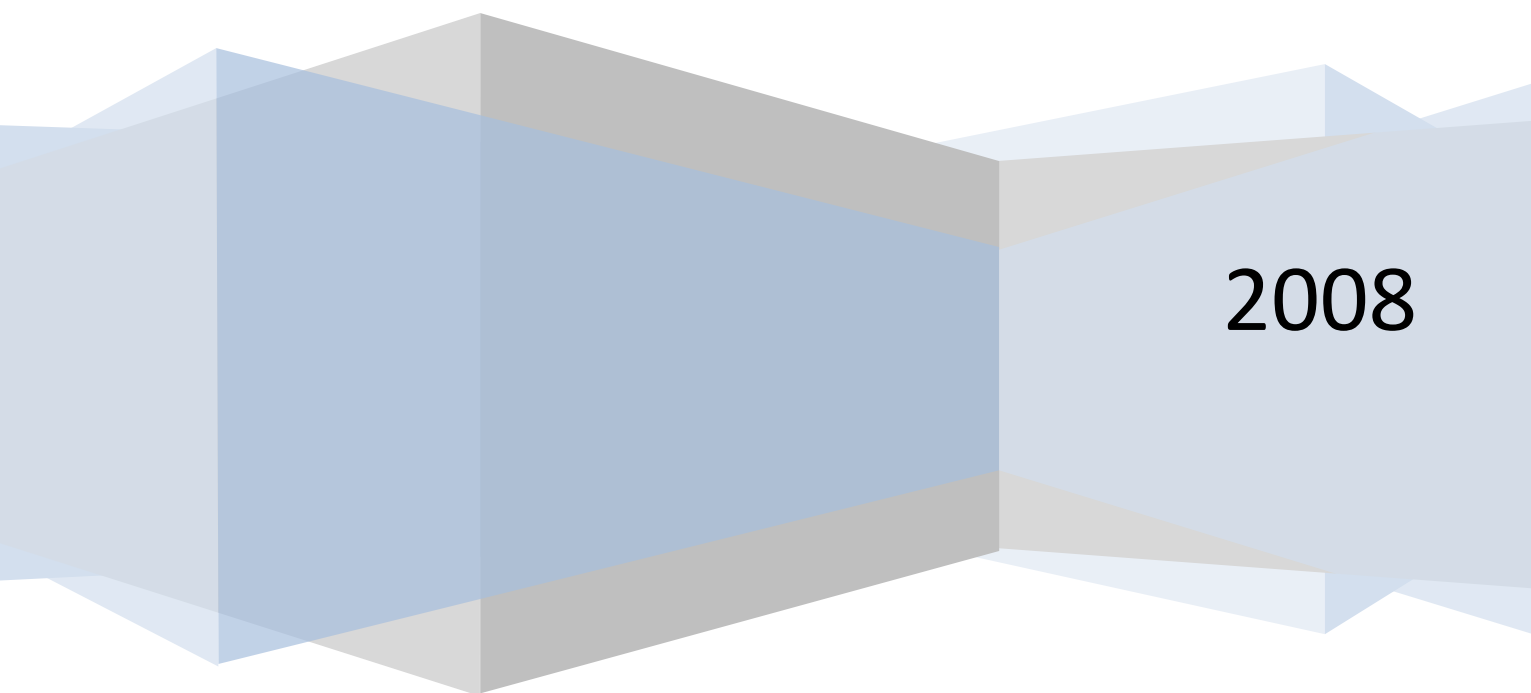
- El presente estudio utilizó información recolectada con anterioridad por el proyecto EUNOMIA, por lo que se procedió al diligenciamiento de las autorizaciones correspondientes para la manipulación de las bases de datos del proyecto.
- De la información muestral se han desarrollado diferentes líneas de investigación. Por lo que en el estudio se verificó que no se hubiera realizado ningún otro tipo de trabajo con características similares derivantes del mismo grupo muestral.

La información manejada es utilizada solo para fines investigativos.

Figura 3.10 Estructura del presente estudio.



IV.Consideraciones Estadísticas



Para la obtención de los resultados se realizaron cuatro tipos de análisis, utilizando el paquete estadístico SPSS: uno descriptivo, otro factorial y uno de regresión múltiple (univarante y multivariante).

El primer análisis de resultados contempla la descripción de las dos variables independientes y la dependiente en cuatro momentos así:

- a. El primero recoge una imagen de la muestra en sus características psicosocial
- b. El segundo describe las frecuencias de los diferentes criterios F20 del CIE 10 diagnosticados en la muestra.

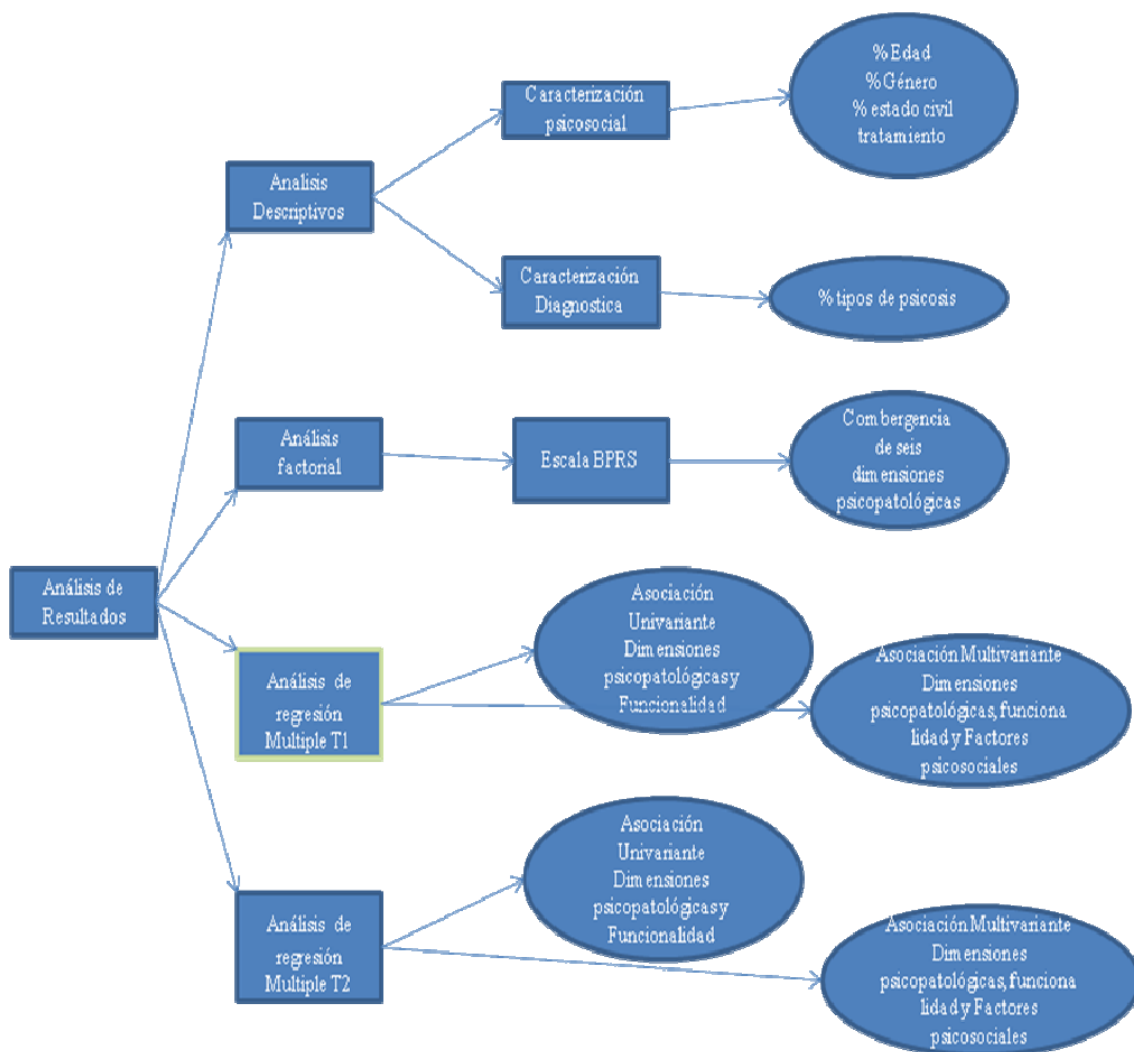
El segundo análisis descriptivo contempla un análisis factorial para la escala BPRS donde:

- a. Se determino la curva de sedimentación, la desviación típica y el análisis de varianza.
- b. Se sintetizo los 24 ítems de la escala en seis factores principales.
- c. Se calculo el peso de cada ítem correspondiente a cada uno de las seis dimensiones halladas.

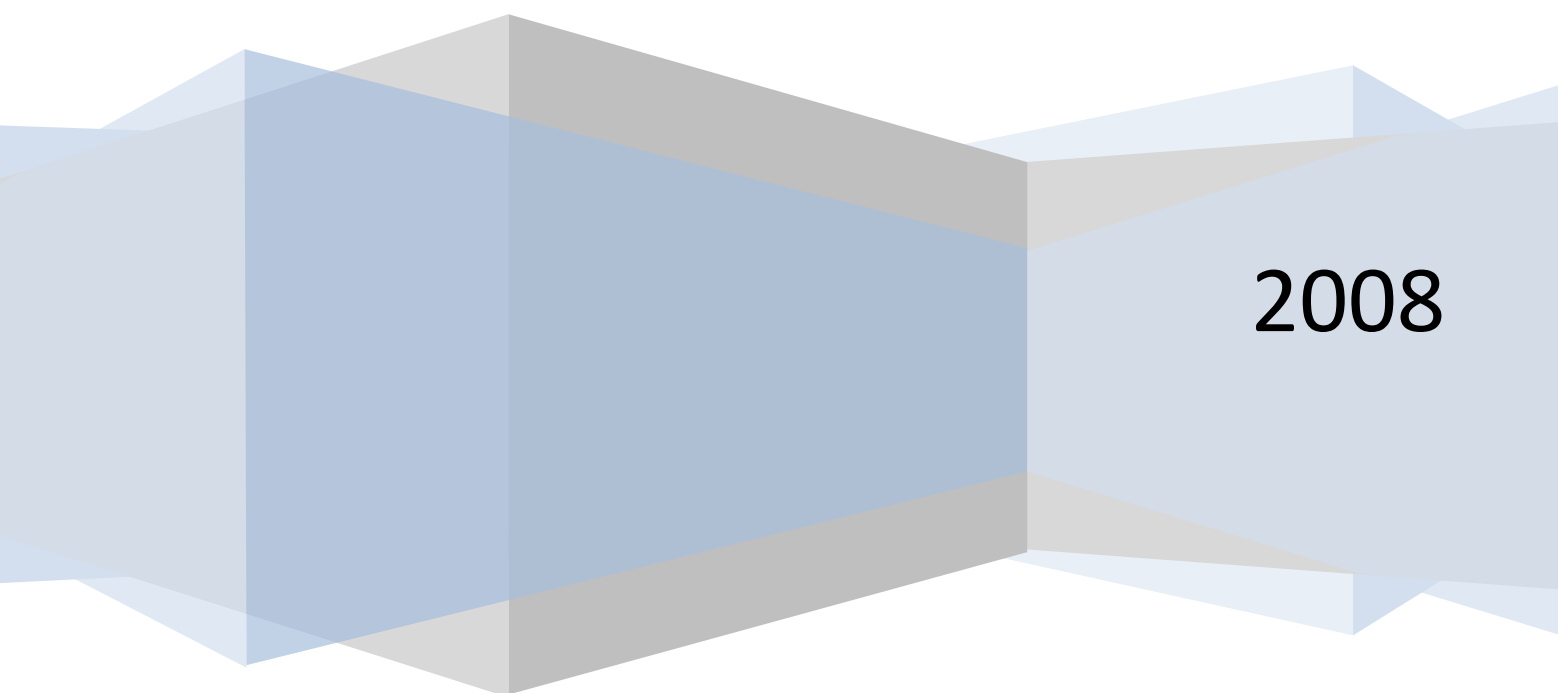
El tercero es un análisis de regresión múltiple univariante entre la variable dependiente “funcionalidad” y los factores psicopatológicos en tiempo 1 y un análisis multivariante entre la variable Funcionalidad, dimensiones psicopatológicos y los factores psicosociales en tiempo 1

El cuarto es un análisis de regresión múltiple univariante entre la variable dependiente "funcionalidad" y los factores psicopatológicos en tiempo 2 y un análisis multivariante entre la variable Funcionalidad, dimensiones psicopatológicas y los factores psicosociales en tiempo 2. Los resultados del tercer y cuarto análisis representan el índice numérico del cambio hallado en la funcionalidad global de los pacientes evidenciado entre T1 y T2. En la figura 4.0 se encuentra el resumen de los aspectos globales del análisis estadístico realizado en esta tesis.

Figura 4.0 Aspectos Globales del análisis estadístico



V. Resultados

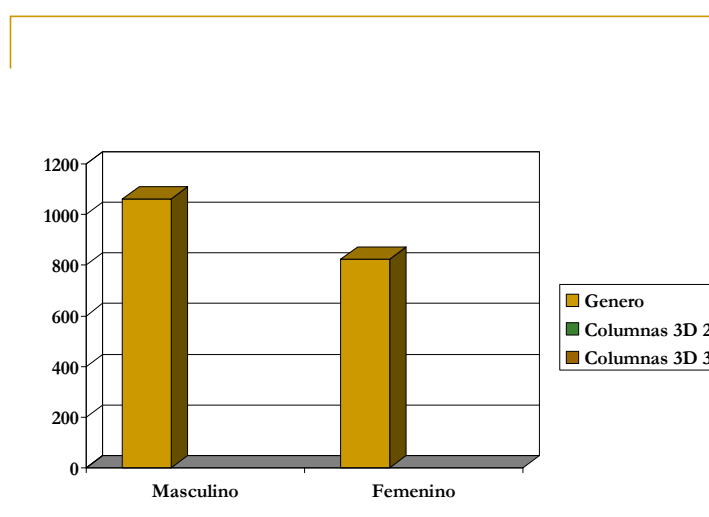


1 Resultados Descriptivos

1.1 Descripción psicosocial de la muestra.

La muestra estuvo constituida por un total de 1.888 pacientes con esquizofrenia (criterios CIE10- F20) siendo en su mayoría hombres. La distribución por género se representa así: 43.6% (n = 824) fueron mujeres y el 56.2% (n = 1.061) fueron hombres. En la figura 4.1 se puede observar esta distribución.

Figura 4.1. Distribución por género.



La edad media del total de la muestra fue de 38.8 años, el promedio de edad mínima al ingreso fue de 18 años y el promedio de edad máxima al ingreso fue de 64 años. En la figura 4.2 se describen la distribución por edad y el promedio en educación.

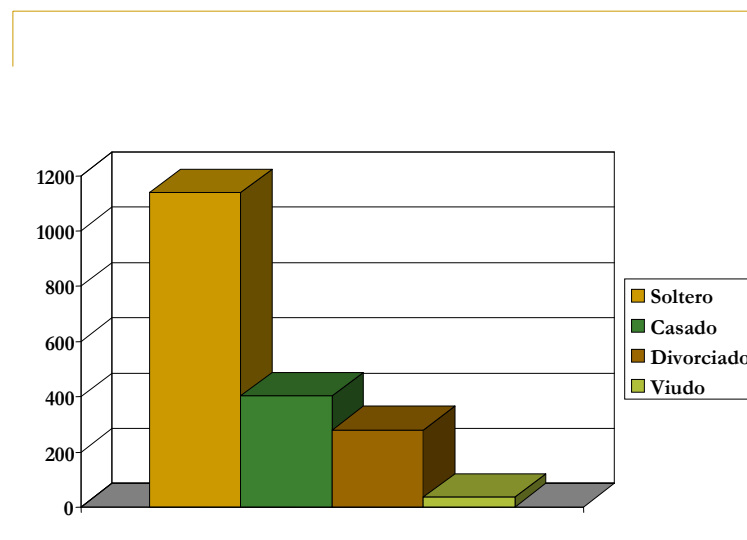
Figura 4.2. Distribución por edad y educación.



	Media	Máxima	Mínima
Edad	38.8%	64.0%	18.0%
Educación	18.4%	47.0%	7.0%

El 61.2% (n = 1139) de los pacientes eran solteros, el 21.7% (n = 403) estaban casados, un 15.1% (n = 281) divorciados y un 2.0% (n = 37) viudos (as). En la figura 4.3 se puede observar la distribución del estado civil de los pacientes.

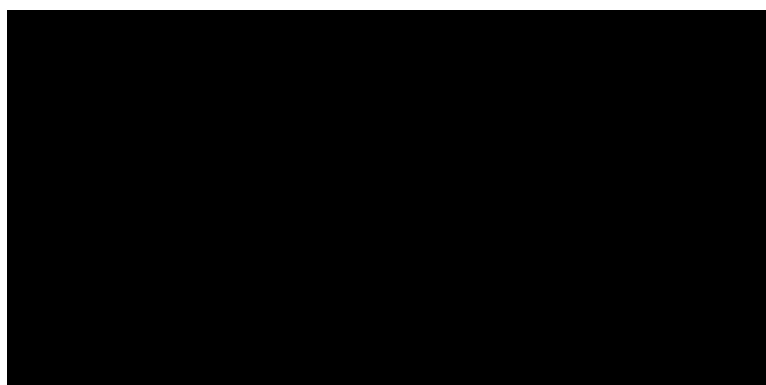
Figura 4.3 Estado Civil de la muestra.



Con respecto a la situación de vivienda, (n = 625) 36.2% viven en casa propia, (n = 329) 17.7% viven en casas o apartamentos alquilados, (n = 760) 40.8% viven en casa de familiares, padres o hermanos, (n = 51) 2.7% en instituciones públicas, (n = 30; 1.6%) en hogares y (n = 19; 1%) en otros lugares no especificados.

Con respecto a la convivencia en la misma vivienda, lo más común es vivir sin cónyuge ni hijos en la misma casa para un total de (n = 1.208) 64%, vivir sin cónyuge ni hijos en el mismo hogar un total de (n = 126) 6.8% lo cual respalda los datos iniciales en donde se mostraba que la mayoría de los pacientes eran solteros o divorciados. En la figura 4.4 se describe la situación de vivienda de la muestra.

Figura 4.4 Situación de vivienda.



La frecuencia en el contacto social es del 37% (n =657) se reúne con los amigos por lo menos una vez a la semana, 12.9% (n = 228) se reúne con los amigos dos o tres veces al mes, 9.3% (n =175) se reúne con los amigos una vez al mes.19% (n = 342) no se reúne con los amigos excepto en el trabajo o en el colegio y el 20.7% (n = 366) no se reúne con los amigos bajo ninguna circunstancia. En la figura 4.5 se encuentra la distribución del número de contacto social de los pacientes.

La principal fuente de ingresos y la situación ocupacional, (n = 257; 14%) reciben un salario, (n = 333; 18.1%) reciben un beneficio social, (n = 779; 42.4%) una pensión, (n =

397; 21.6%) reciben dinero de padres o hermanos, (n = 29; 1.6%) activos en diferentes ocupaciones y (n = 43; 2.3%) otros no especificados para un total de n = 1.838. En la figura 4.6 se especifican la fuente de ingresos.

Figura 4.5 Contacto social de la muestra.

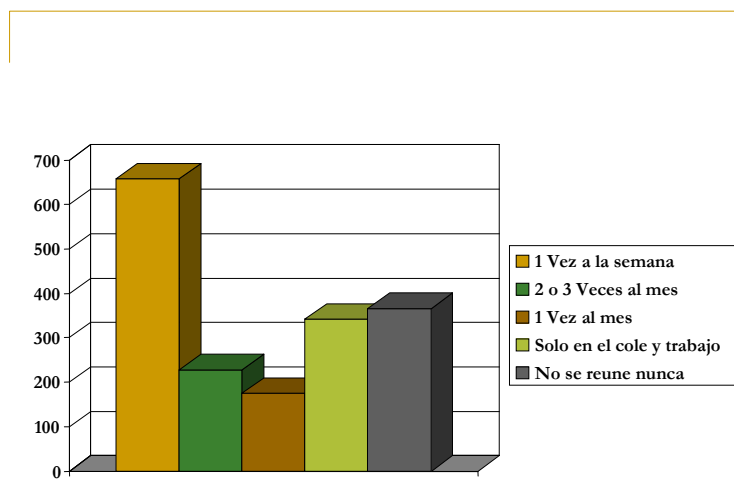
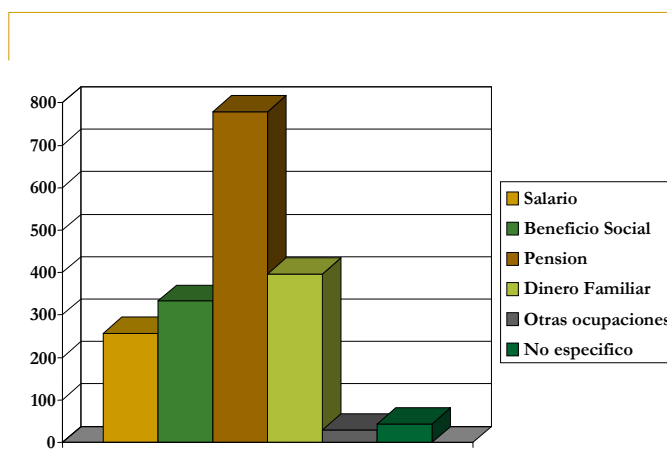


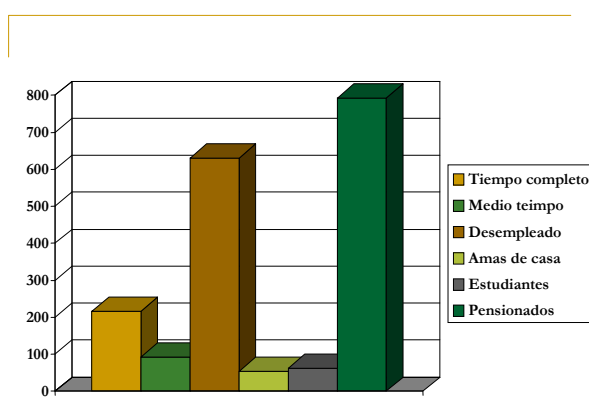
Figura 4.6 Fuente de ingresos.



El 15% (n =26) actualmente cuentan con una pensión deshabilitada, y el 85% (n = 716) no cuentan con este tipo de pensión. (n = 216) pacientes 11.6% tienen un empleo de tiempo completo. (n = 92) pacientes 4.9% tienen un empleo de medio tiempo, (n = 631)

pacientes 33.9% están desempleados, (n = 53) pacientes 2.8% son amas de casa, (n = 62) pacientes 3.3% son estudiantes en formación, (n = 793) pacientes 42% son pensionados, (n = 15) pacientes 8% otras ocupaciones no especificadas para un total de (n = 1.862). En la figura 4.7 se representa la situación ocupacional.

Figura 4.7 Situación ocupacional.



En cuanto a los que han tenido algún tipo de licencia en las ultimas 4 semanas su distribución se denota así: (n = 1.108) 64% no son empleados, en numero de bajas por enfermedad es de (n = 497) 28.7%, de 5 a 10 días laborales un (n = 32) 1.9%, entre 6 y 10 días laborales (n = 28) 1.6%, mas de 10 días laborales (n = 64) 3.7% para un total de n = 1.729. En las figuras 4.8 y 4.9 se muestran la distribución de la situación de empleo y el tipo de ocupación respectivamente.

Figura 4.8 Situación de empleo

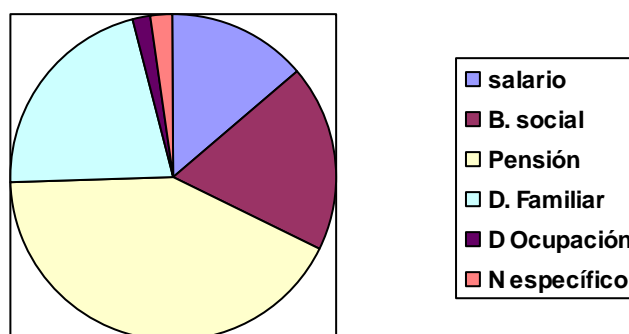
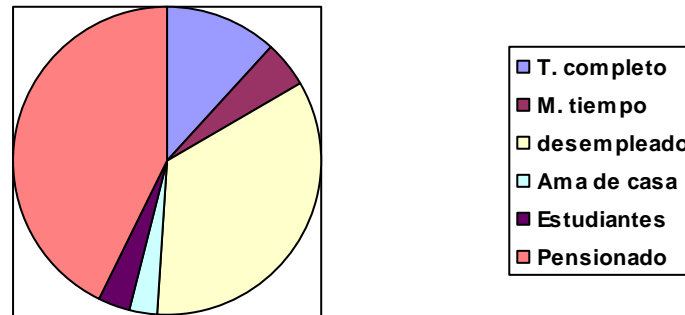


Figura 4.9 Tipo de ocupación



En cuanto a la procedencia geográfica, la muestra se distribuye como sigue:

La muestra fue tomada en 12 centros de diferentes países de la unión europea de la siguiente manera: Dresden en Alemania (n = 88) pacientes 4.7%, Sofía en Italia (n = 288) pacientes 15.3%, Praga en la R. Checa (n = 138) pacientes 7.3%, Thessaloniki en Grecia (n = 201) 10.6%, Tel Aviv en Israel (n = 44) 2.3%, Nápoles en Italia (n=183) 9.7%, Vilnius en Lituania (n = 152) 8.1%, Wroclaw en Polonia (n = 142) 7.5%, Michalovce en Eslovaquia (n = 166) 8.8%, Granada y Málaga en España (n = 265) 14%, Londres en Reino Unido (n = 170) 9%, Orebro en Suecia (n = 51) 2.7, para un total de n = 1.888 pacientes.

En la figura 4.10 se encuentra la distribución por procedencia de la muestra y en la tabla 4.11 se exponen las diferentes ciudades participantes en el estudio y el número de participantes por ciudad.

Figura 4.10 Distribución por país.

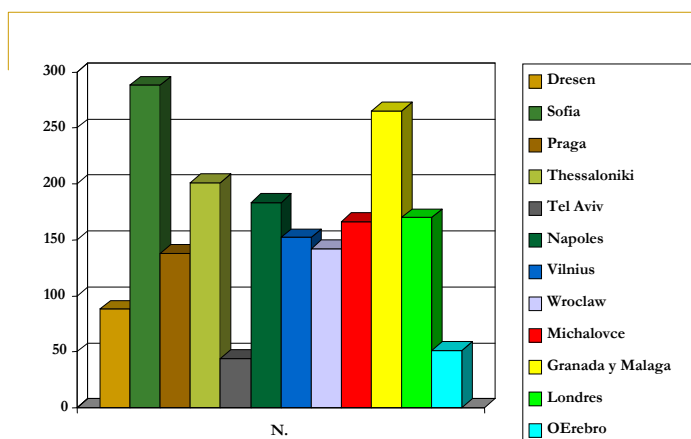


Tabla 4.11 Estudio en 12 ciudades diferentes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Dresden, Alemania	88	4,7	4,7	4,7
	Sofia, Busgaria	288	15,3	15,3	19,9
	Pragua, R. Checa	138	7,3	7,3	27,2
	Thessaloniki, Grasia	201	10,6	10,6	37,9
	Tel Aviv, Israel	44	2,3	2,3	40,2
	Nápoles, Italia	183	9,7	9,7	49,9
	Vilnius, Lituania	152	8,1	8,1	57,9
	Wroclaw, Polonia	142	7,5	7,5	65,5
	Michalovce, Eslovaquia	166	8,8	8,8	74,3
	Granada y Málaga, España	265	14,0	14,0	88,3
	Londres, Reino Unido	170	9,0	9,0	97,3
	Orebro, Suecia	51	2,7	2,7	100,0
	Total	1888	100,0	100,0	

En relación con las características clínicas de tratamiento, durante el plazo de una semana un total de (n = 727) 90% ha recibido medicación completa de manera regular, (n = 46) 5.7% ha recibido mas el 50% de la medicación y (n = 34) 4.2% ha recibido menos del 50% de la medicación, para un total 807 pacientes. En un periodo de una semana el

86.7% (n = 397) ha asistido a sesiones de terapias, el 7.2% (n = 33) ha asistido al 50% o mas de las sesiones de terapia y el 6.1% (n = 28) ha asistido a menos del 50% de las terapias, para un total de 458 pacientes. En la tabla 4.2 se describen el número de pacientes que han recibido la medicación y terapia no farmacológica durante la última semana respectivamente.

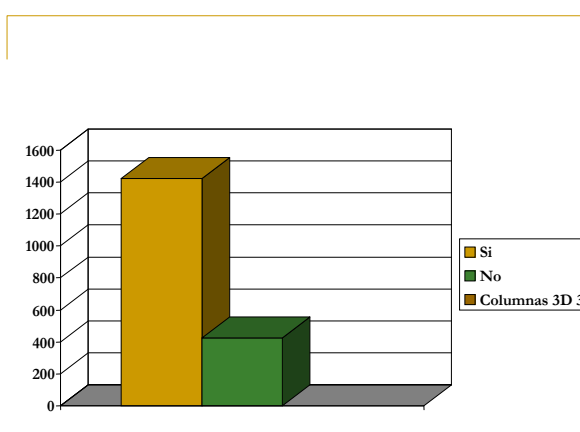
En relación con las características clínicas de tratamiento, durante el plazo de una semana un total de (n = 727) 90% ha recibido medicación completa de manera regular, (n = 46) 5.7% ha recibido mas el 50% de la medicación y (n = 34) 4.2% ha recibido menos del 50% de la medicación, para un total 807 pacientes. En un periodo de una semana el 86.7% (n = 397) ha asistido a sesiones de terapias, el 7.2% (n = 33) ha asistido al 50% o mas de las sesiones de terapia y el 6.1% (n = 28) ha asistido a menos del 50% de las terapias, para un total de 458 pacientes. En la tabla 4.12 se describen el número de pacientes que han recibido la medicación y terapia no farmacológica durante la última semana respectivamente.

Tabla 4.12 Tipos de tratamiento recibido durante la última semana

Medicación recibida en la última semana			Terapia recibida en la última semana		
	N	%		N	%
Han recibido casi el total de la medicación en la ultima semana	727	90.0%	Han recibido casi el total de las sesiones de terapia en la ultima Semana	397	86.7%
Han recibido el 50% o mas de la medicación en la Ultima semana	46	5.7%	Han recibido el 50% o mas de las sesiones de terapia en la ultima Semana	33	7.2%
Han recibido menos del 50% de la Medicación en la ultima semana	34	4.2%	Han recibido menos del 50% de las sesiones de terapia en la ultima semana	28	6.1%
Total	807	100%	Total	458	100%

El porcentaje de pacientes que ha estado ingresado en un hospital psiquiátrico en el pasado, voluntaria o involuntariamente incluso en hospitales día un total de 1.423 (77%) si y 424 (23%) no. La media de hospitalizaciones psiquiátricas involuntarias en días es de 104.7%. En la figura 4.13 se representan el número de hospitalizaciones previas.

Figura 4.13 Hospitalizaciones previas.



1.2 Descripción diagnóstica

En relación con las características clínicas del diagnóstico, encontramos que un total de (n= 1259) cumplían con diagnóstico de esquizofrenia, en donde (n = 1045) pacientes cumplían un diagnóstico de esquizofrenia paranoide representando el porcentaje más elevado de la muestra escogida.

Un total de (n = 26) cumplían con un diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica, Un total de (n = 6) cumplían con un diagnóstico de esquizofrenia catatónica. Un total de (n = 53) cumplían con un diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada. Un total de (n = 3) cumplían con un diagnóstico de depresión post - esquizofrenia representado por el porcentaje menos elevado en la muestra escogida. Un total de (n = 77) cumplían con un

diagnostico de esquizofrenia residual. Un total de (n = 12) cumplían con un diagnostico de esquizofrenia simple. Un total de (n = 18) cumplían con un diagnostico de otras esquizofrenias y (n= 19) con diagnostico de esquizofrenias no especificadas. En la tabla 4.14 se muestran los tipos de psicosis diagnosticadas en los pacientes de la muestra

Tabla 4.14 Tipos de psicosis

CIE 10 - F 20	Tipos de psicosis	N
F20.0	Esquizofrenia paranoide	1.045
F20.1	Esquizofrenia hebefrénica	26
F20.2	Esquizofrenia catatónica	6
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada	53
F20.4	Depresión post-esquizofrénica	3
F20.5	Esquizofrenia residual	77
F20.6	Esquizofrenia simple	12
F20.8	Otras esquizofrenias	18
F20.9	Esquizofrenia sin especificación	19
	Total pacientes con esquizofrenia	1259
F21	Trastorno esquizotípico	16
f22	T. Persistente Ilusorio	77
f23	T. psicótico agudo y transitorio	201
f24	T. ilusorio -inducido	1
f25	Trastorno esquizoafectivo	313
f28	T. psicótico no orgánico	7
f29	T. no orgánico sin especificar	14
	Total otros trastornos psicóticos	629
	Muestra total	1888

En cuanto a otros trastornos psicóticos encontramos un (n=629) en donde, (n= 16) cumplían con un diagnostico de trastorno esquizotípico. (n= 77) cumplían con un diagnostico de trastorno persistente ilusorio. (n= 210) cumplían con un diagnostico de trastorno psicótico agudo y transitorio. (n= 1) cumplían con un diagnostico de trastorno ilusorio inducido. (n= 313) cumplían con un diagnostico de trastorno esquizoafectivo. (n=

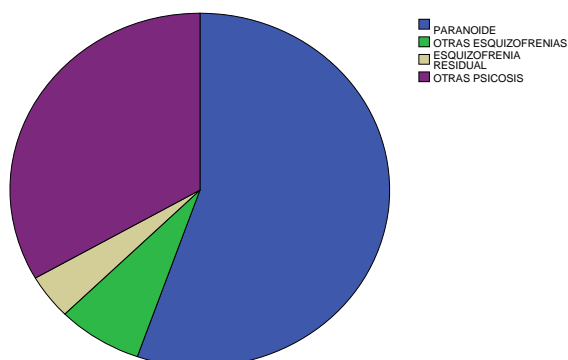
7) cumplían con un diagnóstico de trastorno psicótico no orgánico. (n= 14) cumplían con un diagnóstico de trastorno psicótico no orgánico sin especificar.

En la tabla 4.15 y la figura 4.16 encontramos la reducción o agrupación de los diferentes diagnósticos en donde (n= 1045) tienen un diagnóstico de esquizofrenia paranoide representando un 55.3% de la muestra total. (n= 137) con diagnóstico de otras esquizofrenias representando un 7.3% de la muestra total. (N= 77) con diagnóstico de esquizofrenia residual representando el 4.1% de la muestra total y (n= 629) con diagnóstico de otras psicosis representando un 33.3% del total de la muestra.

Tabla 4.15 Reducción mayor del diagnóstico.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	1045	55,3	55,3	55,3
	OTRAS ESQUIZOFRENIAS	137	7,3	7,3	62,6
	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	77	4,1	4,1	66,7
	OTRAS PSICOSIS	629	33,3	33,3	100,0
	Total	1888	100,0	100,0	

Figura 4.16 Reducción mayor de diagnósticos.



1.3 Descripción de los rasgos psicopatológicos de la muestra recogidos con la BPRS aplicada en T1

En la tabla 4.17 se exponen las diferencias entre los diferentes factores o dimensiones psicopatológicas hallados con la BPRS, los resultados son inferiores al 3.83% demostrando que la prueba no muestra problemas en su estructura.

Tabla 4.17. Análisis descriptivo de componentes de BPRS

	Media	Desviación típica
BPRS 01 T1: Preocupación somática	2,23	1,480
BPRS 02 T1: Ansiedad	2,91	1,570
BPRS 03 T1: Depresión	2,29	1,497
BPRS 04 T1: Tendencia suicida	1,61	1,217
BPRS 05 T1: Culpabilidad	1,73	1,236
BPRS 06 T1: Hostilidad	3,02	1,687
BPRS 07 T1: Animo elevado	1,89	1,375
BPRS 08 T1: Grandiosidad	2,14	1,684
BPRS 09 T1: Susplicacia	3,51	1,772
BPRS 10 T1: Alucinaciones	2,87	1,866
BPRS 11 T1: Pensamiento con contenido inusual	3,83	1,662
BPRS 12 T1: Comportamiento extraño o extravagante.	2,91	1,619
BPRS 13 T1: Self-Neglect	2,44	1,495
BPRS 14 T1: Desorientación	1,76	1,209
BPRS 15 T1: Desorganización conceptual	2,50	1,508
BPRS 16 T1: Embotamiento afectivo	2,62	1,464
BPRS 17 T1: Retraimiento emocional	2,47	1,428
BPRS 18 T1: Enlentecimiento motor	1,84	1,153
BPRS 19 T1: Tensión	2,39	1,473
BPRS 20 T1: falta de cooperación	2,02	1,399
BPRS 21 T1: Emoción	2,07	1,373
BPRS 22 T1: Distractibilidad	2,25	1,425
BPRS 23 T1: Hiperactividad motora	1,73	1,205
BPRS 24 T1: Manierismos y posturas	1,54	1,009

2 Resultados del análisis factorial para la BPRS

Éste análisis determinó el número mínimo de factores comunes y las correlaciones observadas entre los ítems de la BPRS. En las figuras 4.20 y 4.21 se exponen los seis factores o dimensiones psicopatológicas halladas.

Figuras 4.20 Dimensiones psicopatológicas.

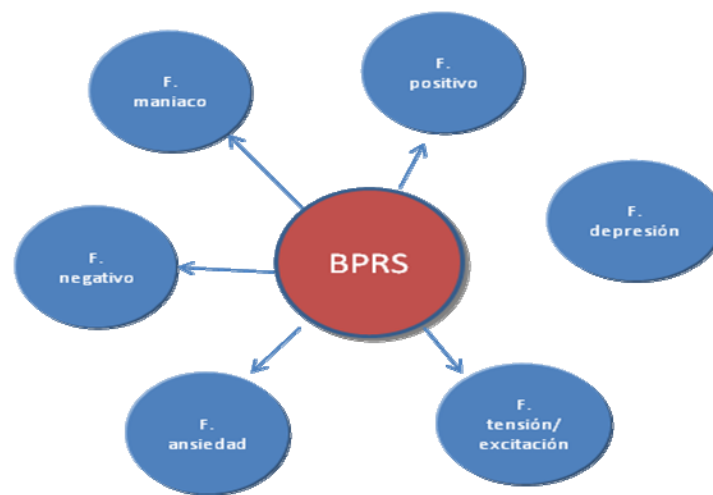
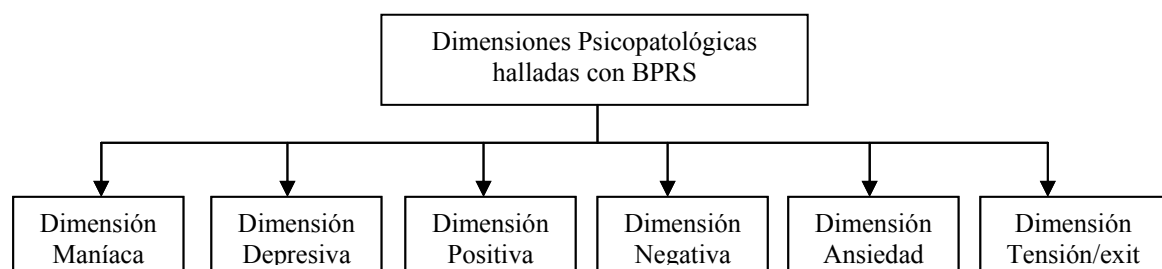


Figura 4.21 Dimensiones psicopatológicas halladas con la BPRS



Se realizó un análisis de componentes principales y rotación normalización varimax con el criterio de extracción de Kaiser (Valores propios ≥ 1) encontrando que los 24 ítems de la prueba se agruparon en 6 factores así:¹

Al primer componente hallado, se le denominó, **Dimensión Maniaca** y se compuso de 10 ítems con saturación factorial igual o superior a (.446). Autovalor y el porcentaje de explicación de la varianza. Los ítems de los que se compone la dimensión y su coeficiente de carga se relacionan a continuación:

DIMENSIÓN MANÍACA

Síntomas	Coefficiente de Carga
1. Tención	.776
2. Falta de cooperación	.701
3. Hiperactividad motora	.752
4. Emoción	.710
5. Self Neglect	.564
6. Desorientación	.542
7. Manierismos y posturas	.526
8. Desorganización conceptual	.525
9. Hostilidad	.446
10. Comportamiento extraño	.464

Al segundo componente hallado se le denominó, **Dimensión Negativa**, se compuso de tres ítems con saturación factorial igual o superior a (.690). Los ítems de los que se compone la dimensión y su coeficiente de carga se relacionan a continuación:

¹ Remítase al Anexo 2. Tabla de matriz de componentes rotados

DIMENSIÓN NEGATIVA

Síntomas	Coefficiente de Carga
1. Embotamiento afectivo	.862
2. Retraimiento emocional	.809
3. Enlentecimiento motor	.690

Al tercer componente hallado, se le denominó, **Dimensión Positiva** y se compuso de cuatro ítems con saturación factorial igual o superior a (.476). Los ítems de los que se compone la dimensión y su coeficiente de carga se relacionan a continuación:

DIMENSIÓN POSITIVA

Síntomas	Coefficiente de Carga
1. Pensamiento inusual	.783
2. Alucinaciones	.698
3. Susplicacia	.659
4. Comportamiento extraño	.476

Al cuarto componente hallado, se le denominó, **Dimensión Depresiva** y se compuso de tres ítems con saturación factorial igual o superior a (.483). Los ítems de los que se compone la dimensión y su coeficiente de carga se relacionan a continuación:

DIMENSIÓN DEPRESIVA

Síntomas	Coefficiente de Carga
1. Tendencia Suicida	.804
2. Depresión	.746
3. Culpabilidad	.731
4. Ansiedad	.483

Al quinto componente hallado, se le denominó, **Dimensión Tensión/excitación** y se compuso de dos ítems con saturación factorial igual o superior a (.786). Los ítems de los que se compone la dimensión y su coeficiente de carga se relacionan a continuación:

DIMENSION TENSION EXITACION

Síntomas	Coficiente de Carga
1. Grandiosidad	.826
2. Animo elevado	.786

Al sexto y último componente hallado, se le denominó, **Dimensión Ansiedad** y se compuso de dos ítems con saturación factorial igual o superior a (.574). Los ítems de los que se compone la dimensión y su coeficiente de carga se relacionan a continuación:

DIMENSION ANSIEDAD

Síntomas	Coficiente de Carga
1. Preocupación somática	.723
2. Ansiedad	.574

En la tabla 4.22 se observan las transformaciones resultantes de los componentes.

Tabla 4.22 Matriz de transformación de las componentes

Componente	Síntomas maniacos	Síntomas negativos	Síntomas positivos	Síntomas depresivos	Síntomas tensión /excitación	Síntomas de ansiedad
Síntomas maniacos	,861	,205	,404	-,038	,225	,045
Síntomas negativos	-,085	,670	,095	,582	-,396	,199
Síntomas positivos	,044	-,559	,066	,679	,257	,392
Síntomas depresivos	,259	,236	-,841	,181	,357	-,099
Síntomas tensión excitación	-,421	,341	,317	,057	,766	-,122
Síntomas de ansiedad	-,073	,160	-,122	-,403	,109	,883

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Para confirmar si el método de componentes principales es aplicable a los valores, se estimó la medida de adecuación de Keiser-Meyer-Olkin (KMO) y su inversa de la matriz de correlaciones.

En la tabla 4.23 se muestra que el valor KMO corresponde a (.856) y por tanto se puede considerar como aceptable, ya que existe una inter correlación entre los componentes, esto permite continuar con el análisis de componentes principales.

En la prueba de esfericidad de Bartlett utilizada para verificar si la matriz de correlaciones es una matriz de identidad, es decir, si todos los coeficientes de la diagonal son iguales a la unidad y los extremos a la diagonal iguales a cero. Se encontró un valor de (13.998.662) y un grado de significación ($p = .000$) por lo cual resulta evidente que no se trata de una matriz de identidad.

Tabla 4.23 KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,856
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	13998,662
	Gl	276
	Sig.	,000

Para comprobar que la variable independiente “factores psicopatológicos” es explicada por los componentes extraídos, se analizaron las comunalidades. En la tabla 4.24 se presenta los resultados de la comunalidades en donde se apreciar que la comunalidad superior corresponde a los componentes dos, tres y cinco respectivamente con un

porcentaje mayor a 0.6 seguido por los factores uno y cuatro cuyo porcentaje fue menor y oscila entre 0.4 y 0.6. No existen diferencias significativas entre los factores.

Tabla 4.24 Comunalidades

	Inicial	Extracción
BPRS 01 T1: Preocupación somática.	1,000	,597
BPRS 02 T1: Ansiedad	1,000	,602
BPRS 03 T1: Depresión	1,000	,659
BPRS 04 T1: Tendencia suicida	1,000	,656
BPRS 05 T1: Culpabilidad	1,000	,552
BPRS 06 T1: Hostilidad	1,000	,426
BPRS 07 T1: Animo elevado	1,000	,708
BPRS 08 T1: Grandiosidad	1,000	,745
BPRS 09 T1: Susplicacia	1,000	,557
BPRS 10 T1: Alucinaciones	1,000	,535
BPRS 11 T1: Pensamiento con contenido inusual	1,000	,681
BPRS 12 T1: comportamiento extraño o extravagante	1,000	,511
BPRS 13 T1: Self-Neglect	1,000	,513
BPRS 14 T1: Desorientación	1,000	,489
BPRS 15 T1: desorganización conceptual	1,000	,483
BPRS 16 T1: Embotamiento afectivo	1,000	,759
BPRS 17 T1: Retraimiento emocional	1,000	,745
BPRS 18 T1: Enlentecimiento motor	1,000	,558
BPRS 19 T1: Tensión	1,000	,679
BPRS 20 T1: falta de cooperación	1,000	,615
BPRS 21 T1: Emoción	1,000	,729
BPRS 22 T1: Distractibilidad	1,000	,662
BPRS 23 T1: Hiperactividad motora	1,000	,720
BPRS 24 T1: Manierismos y posturas	1,000	,528

En la tabla 4.25 se expone cómo la varianza total explicada muestra los valores propios asociados a la matriz de correlaciones. En ésta tabla se recogen los porcentajes individuales y acumulados, y la proporción de varianza total explicada por cada factor extraído y rotado.

Tabla 4.25 Varianza total explicada

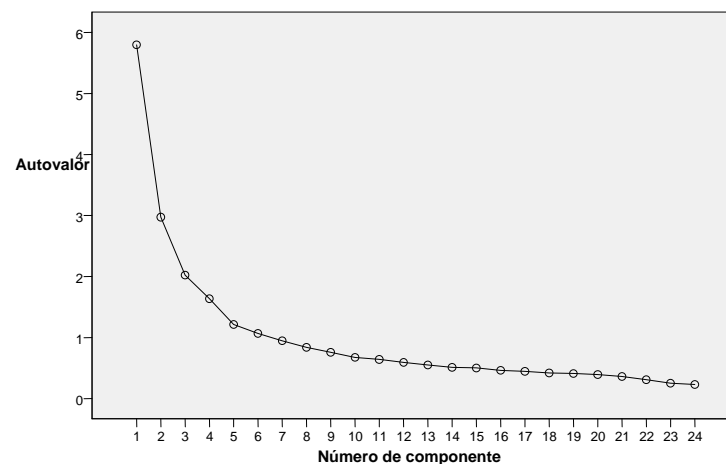
Componente	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado de varianza explicada	Total	% de la varianza	% acumulado
Síntomas maniacos	5,799	24,161	24,161	4,653	19,387	19,387
Síntomas negativos	2,974	12,390	36,552	2,467	10,278	29,665
Síntomas positivos	2,022	8,426	44,978	2,278	9,492	39,157
Síntomas depresivos	1,635	6,814	51,792	2,180	9,084	48,241
Síntomas de tención excitación	1,214	5,057	56,849	1,827	7,611	55,852
Síntomas de ansiedad	1,066	4,442	61,291	1,306	5,440	61,291

El valor característico asociado al primer componente es (5.799), superior al resto, éste componente resume el 24.16% del total de la varianza. El segundo componente tiene un valor característico asociado de (2.974) que resume el 12.39% de la varianza. El tercer componente tiene un valor característico asociado de (2.022) que resume el 8.4% de la varianza. El cuarto componente tiene un valor característico asociado de (1.63) que resume el 6.814% de la varianza. El quinto componente tiene un valor característico asociado de (1.214) que resume el 5.057% de la varianza. El sexto componente tiene un valor característico asociado de (1.066) que resume el 4.442% de la varianza. Así mismo, los seis factores incluidos en el modelo son capaces de explicar aproximadamente el 61.291% de la variabilidad total, lo que puede interpretarse como un porcentaje aceptable.

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

El gráfico de sedimentación que se expone en la grafica 4.26, es un referente visual para la exposición de los resultados obtenidos tras la extracción de los factores, ya qué, determina el número óptimo de factores y representa el tamaño de los autovalores. Para esto, se combinaron linealmente los seis factores, con los 24 ítems que componen la BPRS. Si se inspecciona con detenimiento el gráfico cuatro donde se expone la curva de sedimentación, se observa que el primero y segundo factor son los más explicativos.

Grafica 4.26 Curva de sedimentación.



3. Asociación transversal entre Dimensiones Psicopatológicas y Funcionalidad al inicio del estudio (T1)

En este apartado revisaremos la asociación trasversal entre las diferentes dimensiones psicopatológicas al inicio del estudio y la funcionalidad en T1

3.1 Correlación entre dimensiones y funcionalidad “EEAG” en T1

En la tabla 4.27 se muestra las correlaciones bivariantes entre las distintas dimensiones psicopatológicas y funcionalidad a T1.

Estos resultados nos muestran que existe una relación entre las dimensiones Tensión/Excitación (-.194), dimensión Negativa (-.181) y dimensión Positiva (-.381) y la funcionalidad medida en T1

Tabla 4.27 Asociación trasversal entre dimensiones psicopatológicas y Funcionalidad en T1

		Dimensión Tensión/Excitación	Dimensión Negativa	Dimensión Positiva	Dimensión Depresiva	Dimensión Manía	Dimensión Ansiedad	EEAG T1
Dimensión Tensión/Excitación	Correlación de Pearson	1	,000	,000	,000	,000	,000	-,194(**)
	Sig bilateral		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,000
	N	1590	1590	1590	1590	1590	1590	1587
Dimensión Negativa	Correlación de Pearson	,000	1	,000	,000	,000	,000	-,181(**)
	Sig bilateral	1,000		1,000	1,000	1,000	1,000	,000
	N	1590	1590	1590	1590	1590	1590	1587
Dimensión Positiva	Correlación de Pearson	,000	,000	1	,000	,000	,000	-,381(**)
	Sig bilateral	1,000	1,000		1,000	1,000	1,000	,000
	N	1590	1590	1590	1590	1590	1590	1587
Dimensión Depresiva	Correlación de Pearson	,000	,000	,000	1	,000	,000	,032
	Sig bilateral	1,000	1,000	1,000		1,000	1,000	,203
	N	1590	1590	1590	1590	1590	1590	1587
Dimensión Manía	Correlación de Pearson	,000	,000	,000	,000	1	,000	,026
	Sig bilateral	1,000	1,000	1,000	1,000		1,000	,293
	N	1590	1590	1590	1590	1590	1590	1587
Dimensión Ansiedad	Correlación de Pearson	,000	,000	,000	,000	,000	1	-,018
	Sig bilateral	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000		,468
	N	1590	1590	1590	1590	1590	1590	1587

3.2 Dimensión Ansiedad y Funcionalidad al inicio del estudio (T1)

En este apartado se observan la asociación entre la dimensión ansiedad y la funcionalidad medida al inicio del estudio en T1

3.2.1 Asociaciones Univariantes entre dimensión ansiedad y funcionalidad T1

Lo que miramos en este apartado es si la funcionalidad se encuentra asociada a la dimensión ansiedad a T1. En la tabla 4.28a, se expone la asociación entre la dimensión ansiedad y la funcionalidad a T1, y en la tabla 4.28b se visualiza el resumen del modelo planteado.

Tabla 4.28a. Asociación Univariante (cruda) entre Dimensión Ansiedad y Funcionalidad en T1

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	31,978	,348		91,859	,000
	Dimensión Ansiedad	-,253	,348	-,018	-,726	,468

Esta tabla nos muestra que la funcionalidad depende solo de un (-.253) de la dimensión ansiedad.

Tabla 4.28b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,018(a)	,000	,000	13,868

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión Ansiedad

El modelo nos muestra que el valor de los coeficientes R varia entre (0.18 y .00) estos valores se encuentran alejados de 1, por lo cual la funcionalidad no depende en gran medida de la dimensión ansiedad.

3.2.2 Asociaciones Multivariantes entre dimensión ansiedad y funcionalidad T1

En este apartado reportamos los resultados de la asociación entre funcionalidad en T1 (variable dependiente), y la dimensión ansiedad independientemente de factores confusores posibles (género, edad y estado civil).

Tabla 4.29a Asociación multivariante (Ajustada) entre la Dimensión Ansiedad y la Funcionalidad en T1

	Media	Desviación típ.	N
EEAG en T1	32,13	13,807	1567
Edad de admisión	38,736	11,1118	1567
Género	1,56	,531	1567
T1. estado civil	1,58	,813	1567
Dimensión Ansiedad	,0060723	0,99653551	1567

Esta tabla nos muestra una media de (32.13), una desviación típica de (13.807) para la EEAG en T1. La media para la edad de admisión es de (38.736) y una desviación típica de (11,111). El género tiene una media de (1.56) y una desviación típica de (5.31). para el estado civil, se obtuvo una media de (1.58) y una desviación de (.813) y para la dimensión ansiedad se obtuvo una media de (.0060723) y una desviación típica de (0.99653)

Tabla 4.29b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,160(a)	,025	,023	13,648

Podemos observar que el valor de los tres coeficientes de R, varían entre (.160 y .023) siendo estos resultados no muy cercanos a 1, por lo que la funcionalidad no puede ser totalmente explicada por los factores (edad, género y estado civil) no por la dimensión ansiedad.

Tabla 4.29c Coeficientes de asociación entra la funcionalidad, factores confusores y la dimensión ansiedad

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta	Tolerancia	FIV
1	(Constante)	27,223	1,851		14,711	,000
	Edad de admisión	-,033	,035	,027	-,953	,341
	Género	3,900	,678	,150	5,756	,000
	Estado civil.	,071	,481	,004	,148	,882
	Dimensión Ansiedad	,289	,348	,021	-,831	,406

a Variable dependiente: EEAG en T1

Esta tabla nos muestra que la funcionalidad depende solo de (-.033) de la edad de admisión, más un (3.900) del género, (.071) del estado civil y de un (.289) de la dimensión ansiedad. Siendo el género el factor con mayor significación con (.150)

3.3 Dimensión Manía y Funcionalidad al inicio del estudio (T1)

En este apartado se pretende ver la asociación entre la dimensión manía y la funcionalidad medidas en T1

3.3.1 Asociaciones Univariantes entre dimensión Manía y funcionalidad T1

Lo que observamos en este apartado es si la funcionalidad se encuentra asociada a la dimensión manía a T1. En la tabla 4.30a, se ve la asociación entre la dimensión ansiedad y la funcionalidad a T1, y en la tabla 4.30b se visualiza el resumen del modelo planteado

Tabla 4.30a. Asociación Univariante (cruda) entre Dimensión Manía y Funcionalidad en T1

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	31,978	,348		91,876	,000
	Dimensión Manía	,366	,348	,026	1,051	,293

Estos resultados nos muestran que la funcionalidad depende solo de un (.366) de la dimensión manía

Tabla 30b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,026(a)	,001	,000	13,865

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión Manía

El modelo nos indica que el valor de los coeficientes R varia entre (0.26 y .00) estos valores se encuentran alejados de 1, por lo cual la funcionalidad no depende en gran medida de la dimensión manía

3.3.2 Asociaciones Multivariantes entre dimensión Manía y Funcionalidad T1

En este apartado obtenemos los resultados de la asociación entre funcionalidad en T1 y la dimensión manía descontando factores confusores cómo (género, edad y estado civil). En la tabla 4.31a se muestra la asociación entre algunos factores confusores, la dimensión manía y la funcionalidad en T1

Tabla 4.31a Asociación multivariante (Ajustada) entre la Dimensión Manía y la Funcionalidad en T1

	Media	Desviación típ.	N
EEAG en T1	32,13	13,807	1567
Edad de admisión	38,736	11,1118	1567
Género	1,56	,531	1567
T1. estado civil	1,58	,813	1567
Dimensión Manía	,0130982	,98663478	1567

Se evidencia una media de (32.13), una desviación típica de (13.807) para la EEAG en T1. La media para la edad de admisión es de (38.736) y una desviación típica de (11,111). El género tiene una media de (1.56) y una desviación típica de (5.31) para el estado civil, se obtuvo una media de (1.58) y una desviación de (.813) y para la dimensión manía se obtuvo una media de (.013098) y una desviación típica de (0.98663)

Tabla 4.31b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,158(a)	,025	,023	13,650

Se observa que el valor de los tres coeficientes de R, varían entre (.158 y .023) estando estos resultados alejados de 1, por lo cual la funcionalidad no puede ser totalmente explicada por los factores (edad, género y estado civil) no por la dimensión manía.

En la tabla 4.31c podemos observar que la funcionalidad es influenciada solo por (-.032) de la edad de admisión, más un (3.968) del género que posea el paciente, (.080) del estado civil y de un (-.101) de la dimensión manía. Siendo el género el factor con mayor significación con (.000)

Tabla 4.31c Coeficientes de asociación entre la funcionalidad, factores confusores y la dimensión manía

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	27,223	1,843		14,686	,000
	Edad de admisión	-,032	,035	-,026	-,922	,357
	Género	3,968	,676	,153	5,870	,000
	Estado civil.	,080	,481	,005	,167	,868
	Dimensión Manía	-,101	,351	-,007	-,289	,773

a Variable dependiente: EEAG en T1

3.4 Dimensión Depresiva y Funcionalidad al inicio del estudio (T1)

Este apartado muestra la asociación existente entre la dimensión depresiva y la funcionalidad medidas en T1

3.4.1 Asociaciones Univariantes entre dimensión Depresiva y funcionalidad T1

Lo que se determina en este apartado es si la funcionalidad se encuentra asociada a la dimensión depresiva a T1. En la tabla 4.32a, se ve la asociación entre la dimensión ansiedad y la funcionalidad a T1, y en la tabla 4.32b se visualiza el resumen del modelo planteado

Tabla 4.32a. Asociación Univariante (cruda) entre Dimensión depresiva y Funcionalidad en T1

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	31,978	,348		91,891	,000
	Dimensión Depresiva	,444	,348	,032	1,275	,203

Aquí se detalla que la funcionalidad es explicada solo por un (.444) por la dimensión depresiva.

Tabla 4.32b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,032(a)	,001	,000	13,863

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión Depresiva

El modelo nos indica que el valor de los coeficientes R varia entre (0.32 y .001) estos valores se encuentran alejados de 1, por lo cual la funcionalidad no depende en gran medida de la dimensión depresiva

3.4.2 Asociaciones Multivariantes entre dimensión Depresiva y funcionalidad T1

En este apartado reportamos los resultados de la asociación entre funcionalidad en T1, y la dimensión depresiva independientemente de factores confusores posibles (género, edad y estado civil).

Tabla 4.33a Asociación multivariante (Ajustada) entre la Dimensión depresiva y la Funcionalidad en T1

	Media	Desviación típ.	N
EEAG en T1	32,13	13,807	1567
Edad de admisión	38,736	11,1118	1567
Género	1,56	,531	1567
T1. estado civil	1,58	,813	1567
Dimensión depresión	,0012197	1,00023208	1567

Existe una media de (32.13), una desviación típica de (13.807) para la EEAG en T1. La media para la edad de admisión es de (38.736) y una desviación típica de (11,111). El

género tiene una media de (1.56) y una desviación típica de (5.31). para el estado civil, se obtuvo una media de (1.58) y una desviación de (.813) y para la dimensión depresión se obtuvo una media de (.001219) y una desviación típica de (1.00023208)

Tabla 4.33b Resumen del modelo(b)

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,159(a)	,025	,023	13,649

El valor de los tres coeficientes de R, varían entre (.159 y .023) estando estos resultados alejados de 1, lo que indica que la funcionalidad no puede ser totalmente explicada por los factores (edad, género y estado civil) y ni por la dimensión depresiva.

Los resultados de la tabla 4.33c nos muestran que la funcionalidad es influenciada solo por (-.031) de la edad de admisión, más un (3.938) del género que posea el paciente, (.074) del estado civil y de un (.197) de la dimensión depresiva. Siendo el género el factor con mayor significación (.000)

Tabla 4.33c Coeficientes de asociación entra la funcionalidad, factores confusores y la dimensión Depresiva

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	27,061	1,842		14,691	,000
	Edad de admisión	-,031	,035	,025	-,881	,378
	Género	3,938	,675	,152	5,834	,000
	Estado civil.	,074	,481	,004	,154	,878
	Dimensión depresión	,197	,346	,014	,569	,570

a Variable dependiente: EEAG en T1

3.5 Dimensión Positiva y Funcionalidad al inicio del estudio (T1)

En este apartado se pretende ver la asociación entre la dimensión Positiva y la funcionalidad medidas en T1

3.5.1 Asociaciones Univariantes entre dimensión positiva y funcionalidad T1

Este apartado nos indica si la funcionalidad se encuentra asociada a la dimensión positiva a T1. En la tabla 4.34a, se ve la asociación entre la dimensión positiva y la funcionalidad a T1, y en la tabla 4.34b se visualiza el resumen del modelo planteado

Tabla 4.34a. Asociación Univariante (cruda) entre Dimensión Positiva y Funcionalidad en T1

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	31,988	,322		99,378	,000
	Dimensión Positiva	-5,290	,322	-,381	-16,415	,000

Estos resultados nos muestran que la funcionalidad depende de un (-5.290) de la dimensión positiva con un grado de significancia de (.000)

Tabla 4.34b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,381(a)	,145	,145	12,823

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión Positiva

Éste modelo nos muestra que el valor de los coeficientes R varia entre (0.381 y .145) por lo cual la funcionalidad depende en gran medida de la dimensión positiva.

3.5.2 Asociaciones multivariantes entre dimensión Positiva y funcionalidad T1

En este apartado nos muestra los resultados de la asociación entre funcionalidad en T1 y la dimensión positiva independientemente de factores confusores posibles (género, edad y estado civil). En la tabla 4.35a se muestra la asociación entre algunos factores confusores, la dimensión manía y la funcionalidad en T1

Tabla 4.35a Asociación multivariante (Ajustada) entre la Dimensión Positiva y la Funcionalidad en T1

	Media	Desviación típ.	N
EEAG en T1	32,13	13,807	1567
Edad de admisión	38,736	11,1118	1567
Género	1,56	,531	1567
T1. estado civil	1,58	,813	1567
Dimensión positiva	-,0099063	,99053876	1567

Se observa una media de (32.13), una desviación típica de (13.807) para la EEAG en T1. La media para la edad de admisión es de (38.736) y una desviación típica de (11,111). El género tiene una media de (1.56) y una desviación típica de (5.31). para el estado civil, se obtuvo una media de (1.58) y una desviación de (.813) y para la dimensión positiva se obtuvo una media de (-.0099063) y una desviación típica de (.990538)

Tabla 4.35b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,398(a)	,159	,156	12,682

El valor de los tres coeficientes de R, varían entre (.398 y .159) en donde la funcionalidad se explica parcialmente por los factores (edad, género y estado civil) y por la dimensión positiva.

Tabla 4.35c Coeficientes asociación entra la funcionalidad, factores confusores y la dimensión positiva

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta	Tolerancia	FIV
1	(Constante)	28,587	1,714		16,678	,000
	Edad de admisión	-,042	,032	-,034	-1,295	,196
	Género	3,512	,627	,135	5,598	,000
	Estado civil.	-,228	,448	-,013	-,510	,610
	Dimencion positiva	-5,104	,324	-,366	-15,740	,000

a Variable dependiente: EEAG en T1

La funcionalidad es influenciada solo por (-.042) de la edad de admisión, más un (3.512) por el género que posea el paciente, (-.228) por el estado civil y de un (-5.104) por la dimensión positiva. Siendo el género el factor con mayor significación con (.135) sig (.000) y la dimensión positiva con una significación alta y negativa de (-366) sig (.000)

3.6 Dimensión Negativa y Funcionalidad al inicio del estudio (T1)

Éste apartado muestra la asociación entre la dimensión negativa y la funcionalidad medidas en T1

3.6.1 Asociaciones Univariantes entre dimensión Negativa y funcionalidad T1

Éste apartado reporta si la funcionalidad se encuentra asociada a la dimensión negativa a T1. En la tabla 4.36a, se ve la asociación entre la dimensión negativa y la funcionalidad a T1, y en la tabla 4.36b se visualiza el resumen del modelo planteado

Tabla 4.36a. Asociación Univariante (cruda) entre Dimensión Negativa y Funcionalidad en T1

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	31,978	,342		93,381	,000
	Dimensión Negativa	-2,501	,342	-,181	-7,307	,000

Los resultados muestran que la funcionalidad depende de un (-2.501) de la dimensión negativa

Tabla 4.36b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,181(a)	,033	,032	13,642

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión Negativa

El modelo nos indica que el valor de los coeficientes R varía entre (0.181 y .032) lo que indica que la funcionalidad no depende en gran medida de la dimensión negativa

3.6.2 Asociaciones multivariantes entre dimensión Negativa y funcionalidad T1

En este apartado reportamos los resultados de la asociación entre funcionalidad en T1 (variable dependiente), y la dimensión Negativa independientemente de factores confusores posibles (género, edad y estado civil). En la tabla 4.37a se muestra la asociación entre algunos factores confusores, la dimensión negativa y la funcionalidad en T1

Tabla 4.37a Asociación multivariante (Ajustada) entre la Dimensión Negativa y la Funcionalidad en T1

	Media	Desviación típ.	N
EEAG en T1	32,13	13,807	1567
Edad de admisión	38,736	11,1118	1567
Género	1,56	,531	1567
T1. estado civil	1,58	,813	1567
Dimensión negativa	,0042489	1,00438487	1567

Existe una media de (32.13), una desviación típica de (13.807) para la EEAG en T1. La media para la edad de admisión es de (38.736) y una desviación típica de (11,111). El género tiene una media de (1.56) y una desviación típica de (5.31) para el estado civil, se obtuvo una media de (1.58) y una desviación de (.813) y para la dimensión negativa se obtuvo una media de (.004248) y una desviación típica de (1.0043848)

Tabla 4.37b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,239(a)	,057	,055	13,424

Para el valor de los tres coeficientes de R, existe una variación entre (.239 y .055) por lo cual la funcionalidad no es totalmente explicada por los factores (edad, género y estado civil) ni por la dimensión negativa.

En la tabla 4.37c, podemos observar que la funcionalidad es influenciada solo por (-.023) de la edad de admisión, más un (3.616) del género que posea el paciente, (-.037) del estado civil y de un (-2.473) de la dimensión ansiedad. Siendo el género el factor de

mayor significación con (.139) sig (.000) y la dimensión negativa con una significación negativa de (-.180) sig (.000).

Tabla 4.37c Coeficientes de asociación entra la funcionalidad, factores confusores y la dimensión negativa

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta	Tolerancia	FIV
1	(Constante)	27,444	1,812		15,144	,000
	Edad de admisión	-,023	,034	-,018	-,667	,505
	Género	3,616	,665	,139	5,438	,000
	Estado civil.	-,037	,474	-,002	-,079	,937
	Dimensión negativa	-2,473	,339	-,180	-7,296	,000

a Variable dependiente: EEAG en T1

3.7 Dimensión Tención/Excitación y Funcionalidad al inicio del estudio (T1)

En este apartado se pretende ver la asociación entre la dimensión tensión/excitación y la funcionalidad medidas en T1

3.7.1 Asociaciones Univariantes entre dimensión Tención/Excitación y funcionalidad T1

En este apartado se muestra si la funcionalidad se encuentra asociada a la dimensión tensión/excitación a T1. En la tabla 4.38a, se ve la asociación entre la dimensión tensión/excitación y la funcionalidad a T1, y en la tabla 4.38b se visualiza el resumen del modelo planteado.

Tabla 4.38a. Asociación Univariante (cruda) entre Dimensión Tensión/Excitación y Funcionalidad en T1

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	31,979	,342		93,634	,000
	Dimensión Tensión/Excitación	-2,697	,342	-,194	-7,892	,000

Estos resultados nos muestran que la funcionalidad depende solo de un (-2.697) de la dimensión tensión/excitación

Tabla 4.38b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,194(a)	,038	,037	13,605

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión Tensión/Excitación

El modelo nos indica que el valor de los coeficientes R varía entre (.194 y .037) por lo que la funcionalidad no depende en gran medida de la dimensión tensión/excitación

3.7.2 Asociaciones Multivariantes entre dimensión Tensión/Excitación y funcionalidad T1

En este apartado reportamos los resultados de la asociación entre funcionalidad en T1 y la dimensión Tensión/excitación independientemente de factores confusores posibles (género, edad y estado civil). En la tabla 4.39a se muestra la asociación entre algunos factores confusores, la dimensión tensión/excitación y la funcionalidad en T1

Tabla 4.39a Asociación multivariante (Ajustada) entre la Dimensión Tensión/Excitación y la Funcionalidad en T1

	Media	Desviación típ.	N
EEAG en T1	32,13	13,807	1567
Edad de admisión	38,736	11,1118	1567
Género	1,56	,531	1567
T1. estado civil	1,58	,813	1567
Dimensión tensión excitación	-,0140968	,99245609	1567

Se evidencia una media de (32.13), una desviación típica de (13.807) para la EEAG en T1. La media para la edad de admisión es de (38.736) y una desviación típica de (11,111). El género tiene una media de (1.56) y una desviación típica de (5.31) para el estado civil, se obtuvo una media de (1.58) y una desviación de (.813) y para la dimensión tensión/excitación se obtuvo una media de (-.0140968) y una desviación típica de (.99245)

Tabla 4.39b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,239(a)	,053	,050	13,457

Se observa que el valor de los tres coeficientes de R, varían entre (.239 y .050) por lo que la funcionalidad no puede ser totalmente explicada por los factores (edad, género y estado civil) ni por la dimensión tensión/excitación

Tabla 4.39c Coeficientes de asociación entre la funcionalidad, factores confusores y la dimensión manía

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
				Tolerancia	FIV

1	(Constante)	27,444	1,812		15,144	,000
	Edad de admisión	-,019	,035	-,015	-,537	,592
	Género	3,644	,666	,140	5,468	,000
	Estado civil.	,044	,475	,003	,093	,926
	Dimensión tensión excitación	-2,318	,344	-,167	-6,729	,000

a Variable dependiente: EEAG en T1

Podemos observar que la funcionalidad es influenciada solo por (-.019) de la edad de admisión, más un (3.644) por el género que posea el paciente, (.044) por el estado civil y de un (-2.318) de la dimensión tensión/excitación. Siendo el género el factor con mayor significación con (.140) sig (.000) y la dimensión tensión/excitación con mayor significancia negativa con (-.167) sig (.000)

3.8 Asociación transversal entre el conjunto de dimensiones psicopatológicas, factores confusores y Funcionalidad a T1

Este apartado muestra la asociación existente entre el conjunto total de las dimensiones psicopatológicas y la funcionalidad independiente de las variables confusoras (edad, género y estado civil) a T1

Tabla 4.40a Asociación trasversal entre el conjunto de dimensiones y la funcionalidad a T1

	Media	Desviación típ.	N
EEAG en T1	32,13	13,807	1567
Edad de admisión	38,736	11,1118	1567
Género	1,56	,531	1567
T1. estado civil	1,58	,813	1567
Dimensión negativa	,0042489	1,00438487	1567
Dimensión positiva	-,0099063	,99053876	1567
Dimensión tensión/excitación	-,0140968	,99245609	1567
Dimensión ansiedad	,0060723	,99653551	1567
Dimensión manía	,0130982	,98663478	1567
Dimensión depresiva	,0012197	1,00023208	1567

Se evidencia una media de (32.13), una desviación típica de (13.807) para la EEAG en T1. La media para la edad de admisión es de (38.736) y una desviación típica de (11,111). El género tiene una media de (1.56) y una desviación típica de (5.31). para el estado civil, se obtuvo una media de (1.58) y una desviación de (.813) para la dimensión Ansiedad se evidencian una media de (.00607) y una desviación típica de (.99653), para la dimensión Manía una media de (.01309) y una desviación típica de (.98663), para la dimensión Depresiva una media de (.001219) y una desviación típica de (1.00023), para la Dimensión Positiva una media de (-.00990) y una desviación típica de (.99053), para la dimensión Negativa una media de (.004248) y una desviación típica de (1.00438), para la dimensión tensión/excitación se obtuvo una media de (-.0140968) y una desviación típica de (.99245)

Tabla 4.41b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,471(a)	,221	,217	12,218

Se observa que el valor de los tres coeficientes de R, varían entre (.471 y .217) por lo que la funcionalidad puede ser parcialmente explicada por los factores (edad, género y estado civil) y por el conjunto de dimensiones psicopatológicas

En la tabla 4.41c se observa que la funcionalidad está significativamente asociada con el género (.000), la dimensión negativa (.000), la dimensión positiva (.000), y por la dimensión tensión/excitación (.000).

Tabla 4.41c Coeficientes de asociación entra la funcionalidad, factores confusores y el conjunto de dimensiones psicopatológicas

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta	Tolerancia	FIV
1	(Constante)	29,084	1,661		17,515	,000
	Edad de admisión	-,018	,031	-,015	-,575	,565
	Género	2,752	,612	,106	4,495	,000
	Estado civil.	-,396	,432	,023	-,918	,359
	Dimensión negativa	-2,457	,308	-,179	-7,964	,000
	Dimensión positiva	-5,156	,313	-,370	-16,492	,000
	Dimensión tensión excitación	-2,453	,313	-,176	-7,835	,000
	Dimensión ansiedad	-,247	,312	-,018	-,793	,428
	Dimensión manía	,134	,314	,010	,426	,670
	Dimensión depresiva	,287	,310	,021	,927	,354

a Variable dependiente: EEAG en T1

4. Asociación trasversal o prospectiva entre Dimensiones Psicopatológicas y Funcionalidad a (T2)

En este apartado corresponde a la asociación entre las diferentes dimensiones psicopatológicas y la funcionalidad medidas en T2

4.1 Correlación entre dimensiones psicopatológicas y Funcionalidad en T2

En la tabla 4.42a se muestra las correlaciones bivariantes entre las distintas dimensiones psicopatológicas y funcionalidad a T2

Tabla 4.42a Asociación trasversal entre dimensiones psicopatológicas y Funcionalidad en T2

		Dimensión Tención Excitación	Dimensión Negativa	Dimensión Positiva	Dimensión Depresiva	Dimensión Manía	Dimensión Ansiedad	EEAG T2
Dimensión Tensión/ Excitación	Correlación de Pearson	1	,000	,000	,000	,000	,000	-.223
	Sig bilateral		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,000
	N	1590	1590	1590	1590	1590	1590	1180
Dimensión Negativa	Correlación de Pearson	,000	1	,000	,000	,000	,000	-.047
	Sig bilateral	1,000		1,000	1,000	1,000	1,000	,103
	N	1590	1590	1590	1590	1590	1590	1180
Dimensión Positiva	Correlación de Pearson	,000	,000	1	,000	,000	,000	-.170
	Sig bilateral	1,000	1,000		1,000	1,000	1,000	,000
	N	1590	1590	1590	1590	1590	1590	1180
Dimensión Depresiva	Correlación de Pearson	,000	,000	,000	1	,000	,000	,094
	Sig bilateral	1,000	1,000	1,000		1,000	1,000	,001
	N	1590	1590	1590	1590	1590	1590	1180
Dimensión Manía	Correlación de Pearson	,000	,000	,000	,000	1	,000	,120
	Sig bilateral	1,000	1,000	1,000	1,000		1,000	,000
	N	1590	1590	1590	1590	1590	1590	1180
Dimensión Ansiedad	Correlación de Pearson	,000	,000	,000	,000	,000	1	,013
	Sig bilateral	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000		,657
	N	1590	1590	1590	1590	1590	1590	1180

Los resultados de la tabla 4.42a nos muestran que existe una relación negativa entre la funcionalidad medida en T2 y las dimensiones Tención/Excitación (-.223), dimensión Positiva (-.170), y una relación positiva entre la funcionalidad medida en T2 y las dimensiones Depresiva (.094), dimensión Manía (.120).

Tabla 4.42b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,455(a)	,207	,202	14,733

El valor de los coeficientes de R varía entre (.455 y .202) lo que nos indica que la funcionalidad puede estar medianamente explicada por las dimensiones Tensión/Excitación, Positiva, Depresiva y Manía.

4.2 Dimensión Ansiedad y Funcionalidad a T2

En este apartado se observa la asociación entre la dimensión ansiedad y la funcionalidad medida en T2

4.2.1 Asociaciones Univariantes entre dimensión Ansiedad y funcionalidad a T2

Lo que se reporta en este apartado es si la funcionalidad se encuentra asociada a la dimensión ansiedad en T2. En la tabla 4.43a, se expone la asociación entre la dimensión ansiedad y la funcionalidad a T2, y en la tabla 4.43b se visualiza el resumen del modelo planteado.

Tabla 4.43a Asociación Univariante (Cruda) entre Dimensión Ansiedad y Funcionalidad a T2

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	50,342	,481		104,760	,000
	Dimensión Ansiedad	,212	,478	,013	,444	,657

a Variable dependiente: GAF rating at T3

Esta tabla nos muestra que la funcionalidad depende solo de un (.212) de la dimensión ansiedad

Tabla 4.43b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,013(a)	,000	-,001	16,501

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión Ansiedad

El modelo nos muestra que el valor de los coeficientes R varía entre (0.13 y -.001) estos valores se encuentran alejados de 1, por lo cual la funcionalidad no depende en gran medida de la dimensión ansiedad.

4.2.2 Asociaciones Multivariantes entre dimensión Ansiedad y funcionalidad a T2

En este apartado reportamos los resultados de la asociación entre funcionalidad en T2 (variable dependiente), y la dimensión ansiedad independientemente de factores confusores posibles (género, edad y estado civil).

Tabla 4.44a Asociación multivariante (Ajustada) entre la Dimensión Ansiedad y la Funcionalidad en T2

	Media	Desviación típ.	N
EEAG en T2	51,82	16,116	986
Edad de admisión	38,929	11,0024	986
Género	1,56	,497	986
T1. estado civil	1,58	,821	986
Dimensión Ansiedad	,0038319	1,00453906	986
EEAG T1	32,92	13,760	986
Medicación	1,20	,517	986

Esta tabla nos muestra una media de (51.82) y una desviación típica de (16.116) para la EEAG en T2. La media para la edad de admisión es de (38.736) y una desviación típica de (11,111). El género tiene una media de (1.56) y una desviación típica de (5.31) para el

estado civil, se obtuvo una media de (1.58) y una desviación de (.813), la medicación obtuvo una media de (1,20) y una desviación típica de (.517) y para la dimensión ansiedad se obtuvo una media de (.0038319) y una desviación típica de (1.00453906)

Tabla 4.44b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,444(a)	,197	,192	14,483

El valor de los tres coeficientes de R, se encuentra entre (.444 y .192) lo que nos indica que la funcionalidad se encuentra medianamente explicada por los factores (edad, género, estado civil, medicación) y por la dimensión ansiedad.

Tabla 4.44c Coeficientes de asociación entra la funcionalidad, factores confusores y la dimensión ansiedad

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta	Tolerancia	FIV
1	(Constante)	50,155	2,943		17,042	,000
	Edad de admisión	-,152	,048	-,104	-3,158	,002
	Género	-3,242	,993	-,100	-3,265	,001
	Estado civil.	1,940	,650	,099	2,984	,003
	Dimensión Ansiedad	-,224	,464	-,014	-,484	,629
	Medicación	-5,227	,897	-,168	-5,830	,000

a Variable dependiente: EEAG en T2

Esta tabla indica que la funcionalidad depende de un (-.152) de la edad de admisión, más un (-3.242) del género, (1.940) del estado civil, (-5,227) de la medicación y de un (-.224) de la dimensión ansiedad. Siendo el género (.001), la edad de admisión (.002), el estado civil (.003) y la medicación (.000) los factores con mayor significación

4.3 Dimensión Manía y Funcionalidad a T2

En este apartado se observan la asociación entre la dimensión manía y la funcionalidad medida en T2

4.3.1 Asociaciones Univariantes entre dimensión Manía y funcionalidad a T2

En este apartado se observa si la funcionalidad se encuentra asociada a la dimensión manía en T2. En la tabla 4.45a , se expone la asociación entre la dimensión manía y la funcionalidad a T2, y en la tabla 4.45b se visualiza el resumen del modelo planteado

Tabla 4.45a. Asociación Univariante (cruda) entre Dimensión Manía y Funcionalidad en T2

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	50,321	,477		105,506	,000
	Dimensión Manía	1,984	,478	,120	4,155	,000

a Variable dependiente: GAF rating at T3

Los resultados nos muestran que la funcionalidad depende solo de (1.984) de la dimensión manía asociándose significativamente.

Tabla 4.45b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,120(a)	,014	,014	16,383

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión Manía

4.2.2 Asociaciones Multivariantes entre dimensión Manía y funcionalidad a T2

En este apartado reportamos los resultados de la asociación entre funcionalidad en T2 (variable dependiente), y la dimensión manía independientemente de factores confusores posibles (género, edad y estado civil).

Tabla 4.46a Asociación multivariante (Ajustada) entre la Dimensión Manía y la Funcionalidad en T2

	Media	Desviación típ.	N
EEAG en T2	51,82	16,116	986
Edad de admisión	38,929	11,0024	986
Género	1,56	,497	986
T1. estado civil	1,58	,821	986
Dimensión manía	,0328276	,96988715	986
EEAG T1	32,92	13,760	986
Medicación	1,20	,517	986

Esta tabla nos muestra una media de (51.82), una desviación típica de (16.116) para la EEAG en T2. La media para la edad de admisión es de (38.736) y una desviación típica de (11,111). El género tiene una media de (1.56) y una desviación típica de (5.31). para el estado civil una media de (1,58) y una desviación típica de (.821), la medicación tiene una media de (1,20) y una desviación estándar de (.517) y se obtuvo una media de (.0328276) y una desviación de (.969887) para la dimensión manía

Tabla 4.46b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,452(a)	,204	,199	14,423

Se observa que el valor de los tres coeficientes de R, varían entre (.452 y .199) lo que nos muestra que la funcionalidad puede ser parcialmente explicada por los factores (edad, género, estado civil, medicación) y por la dimensión manía.

Tabla 4.46c Coeficientes de asociación entre la funcionalidad, factores confusores y la dimensión ansiedad

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta	Tolerancia	FIV
1	(Constante)	50,191	2,909		17,256	,000
	Edad de admisión	-,145	,048	,099	-3,039	,002
	Género	-3,420	,985	-,106	-3,471	,001
	Estado civil.	1,820	,648	,093	2,809	,005
	Dimensión manía	1,387	,478	-,083	2,902	,004
	EEAG en T1	,478	,034	,408	14,071	,000
	Medicación	-5,037	,894	-,162	-5,634	,000

La tabla 4.46c nos muestra que la funcionalidad depende solo de (-.145) de la edad de admisión, más un (-3.420) del género, (1.820) del estado civil, (-5.037) de la medicación y de un (1.820) de la dimensión manía. Siendo el género (-106) y la medicación (-1.62) los factores con mayor significación

4.4 Dimensión Depresiva y Funcionalidad a T2

En este apartado se observan la asociación entre la dimensión depresiva y la funcionalidad en T2

4.4.1 Asociaciones Univariantes entre dimensión Depresiva y Funcionalidad a T2

Lo que miramos en este apartado es si la funcionalidad se encuentra asociada a la dimensión depresiva a T2. En la tabla 4.47a, se expone la asociación entre la dimensión depresiva y la funcionalidad a T2, y en la tabla 4.47b se visualiza el resumen del modelo planteado

Tabla 4.47a. Asociación Univariante (cruda) entre Dimensión Depresiva y Funcionalidad en T2

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	50,287	,479		105,085	,000
	Dimensión Depresiva	1,582	,489	,094	3,233	,001

a Variable dependiente: GAF rating at T3

Esta tabla nos muestra que la funcionalidad depende solo de un (1.582) de la dimensión depresiva

Tabla 4.47b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,094(a)	,009	,008	16,430

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión Depresiva

Este modelo reporta que el valor de los coeficientes R se encuentra entre (0.94 y .008) estos valores se encuentran alejados de 1, por lo cual la funcionalidad no depende en gran medida de la dimensión depresiva

4.4.2 Asociaciones Multivariantes entre dimensión Depresiva y funcionalidad a T2

En este apartado reportamos los resultados de la asociación entre funcionalidad en T2 (variable dependiente), y la dimensión Depresiva independientemente de factores confusores posibles (género, edad y estado civil).

Tabla 4.48a Asociación multivariante (Ajustada) entre la Dimensión Depresiva y la Funcionalidad en T2

	Media	Desviación típ.	N
EEAG en T2	51,82	16,116	986
Edad de admisión	38,929	11,0024	986
Género	1,56	,497	986
T1. estado civil	1,58	,821	986
Dimensión depresión	,0709875	,98625212	986
EEAG T1	32,92	13,760	986
Medicación	1,20	,517	986

Esta tabla nos muestra una media de (51.82), una desviación típica de (16.116) para la EEAG en T2. La media para la edad de admisión es de (38.736) y una desviación típica de (11,111). El género tiene una media de (1.56) y una desviación típica de (5.31). para el estado civil una media de (1,58) y una desviación típica de (.821), la medicación tiene una media de (1,20) y una desviación estándar de (.517) y se obtuvo una media de (.0709875) y una desviación de (.986252) para la dimensión depresiva

Tabla 4.48b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. De la estimación
1	,449(a)	,202	,197	14,444

Podemos observar que el valor de los tres coeficientes de R, varían entre (.449 y .197) lo indica que la funcionalidad puede ser parcialmente explicada por los factores (edad, género, estado civil, medicación) y por la dimensión depresiva.

Tabla 4.48c Coeficientes de asociación entra la funcionalidad, factores confusores y la dimensión depresiva

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta	Tolerancia	FIV
1	(Constante)	49,953	2,912		17,154	,000
	Edad de admisión	-,148	,048	-,101	-3,091	,002
	Género	-3,250	,984	-,100	-3,303	,001
	Estado civil.	1,944	,647	,099	3,005	,003
	Dimensión depresión	1,094	,467	-,067	2,343	,019
	EEAG en T1	,480	,034	,410	14,123	,000
	Medicación	-5,228	,893	-,168	-5,852	,000

a Variable dependiente: EEAG en T3

Esta tabla nos muestra que la funcionalidad depende solo de (-.148) de la edad de admisión, más un (-3.250) del género, (1.944) del estado civil, (-5.228) de la medicación y de un (1.094) de la dimensión depresión. Siendo la edad de admisión (.002), el género (.001), el estado civil (.003) y la medicación (.000) y la dimensión depresivas factores significativos asociados a la funcionalidad.

4.5 Dimensión Positiva y Funcionalidad a T2

En este apartado reporta la asociación entre la dimensión positiva y la funcionalidad en T2

4.5.1 Asociaciones Univariantes entre dimensión Positiva y Funcionalidad a T2

Este apartado reporta si la funcionalidad se encuentra asociada a la dimensión positiva a T2. En la tabla 4.49a, se expone la asociación entre la dimensión positiva y la funcionalidad a T2, y en la tabla 4.49b se visualiza el resumen del modelo planteado

Tabla 4.49a. Asociación Univariante (cruda) entre Dimensión Positiva y Funcionalidad en T2

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	50,403	,474		106,434	,000
	Dimensión Positiva	-2,800	,473	-,170	-5,918	,000

a Variable dependiente: GAF rating at T3

Esta tabla nos muestra que la funcionalidad depende solo de un (-2.800) de la dimensión positiva.

Tabla 4.49b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,170(a)	,029	,028	16,263

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión Positiva

El modelo muestra que el valor de los coeficientes R está entre (.170 y .028) lo cual indica que la funcionalidad no depende en gran medida de la dimensión positiva

4.5.2 Asociaciones Multivariantes entre dimensión Positiva y funcionalidad a T2

En este apartado reportamos los resultados de la asociación entre funcionalidad en T2 (variable dependiente), y la dimensión positiva independientemente de factores confusores posibles (género, edad y estado civil).

Tabla 4.50a Asociación multivariante (Ajustada) entre la Dimensión Positiva y la Funcionalidad en T2

	Media	Desviación típ.	N
EEAG en T3	51,82	16,116	986
Edad de admisión	38,929	11,0024	986
Género	1,56	,497	986
T1. estado civil	1,58	,821	986
Dimencion positiva	-,0157166	,98647684	986
EEAG T1	32,92	13,760	986
Medicación	1,20	,517	986

La tabla muestra una media de (51.82), una desviación típica de (16.116) para la EEAG en T2. La media para la edad de admisión es de (38.736) y una desviación típica de (11,111). El género tiene una media de (1.56) y una desviación típica de (5.31). para el estado civil una media de (1,58) y una desviación típica de (.821), la medicación tiene una media de (1,20) y una desviación estándar de (.517) y se obtuvo una media de (-.015716) y una desviación de (.986476) para la dimensión positiva

Tabla 4.50b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,444(a)	,197	,192	14,484

Podemos observar que el valor de los tres coeficientes de R, varían entre (.444 y .192) , por lo que la funcionalidad puede ser parcialmente explicada por los factores (edad, género, medicación, estado civil) y por la dimensión positiva

Tabla 4.50c Coeficientes de asociación entre la funcionalidad, factores confusores y la dimensión positiva

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta	Tolerancia	FIV
1	(Constante)	50,196	2,976		16,865	,000
	Edad de admisión	-,152	,048	-,104	-3,158	,002
	Género	-3,201	,987	-,099	-3,243	,001
	Estado civil.	1,953	,649	,100	3,010	,003
	Dimensión positiva	-,189	,498	-,012	-,381	,704
	EEAG en T1	,476	,036	,406	13,202	,000
	Medicación	-5,211	,896	-,167	-5,817	,000

a Variable dependiente: EEAG en T3

Esta tabla nos muestra que la funcionalidad depende solo de (-.152) de la edad de admisión, más un (-3.201) del género, (1.953) del estado civil, (-5.211) de la medicación y de un (-.189) de la dimensión positiva. Siendo la edad de admisión (.002), el género (.001) el estado civil (.003) la medicación (.000), la psicopatología previa (.000) los factores asociados significativamente a la funcionalidad.

4.6 Dimensión Negativa y Funcionalidad a T2

En este apartado se observan la asociación entre la dimensión negativa y la funcionalidad medida en T2

4.6.1 Asociaciones Univariantes entre dimensión Negativa y Funcionalidad a T2

Lo que miramos en este apartado es si la funcionalidad se encuentra asociada a la dimensión negativa a T2. En la tabla 4.51a, se expone la asociación entre la dimensión negativa y la funcionalidad a T2, y en la tabla 4.51b se visualiza el resumen del modelo planteado

Tabla 4.51a. Asociación Univariante (cruda) entre Dimensión Negativa y Funcionalidad en T2

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	50,342	,480		104,904	,000
	Dimensión Negativa	-,780	,478	-,047	-1,631	,103

a Variable dependiente: GAF rating at T3

Esta tabla nos muestra que la funcionalidad depende solo de un (-.780) de la dimensión negativa

Tabla 4.51b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,047(a)	,002	,001	16,484

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión Negativa

El modelo muestra que el valor de los coeficientes R está entre (0.47 y .001) estos valores se encuentran alejados de 1, por lo cual la funcionalidad no depende en gran medida de la dimensión negativa

4.6.2 Asociaciones Multivariantes entre dimensión Negativa y funcionalidad a T2

En este apartado reportamos los resultados de la asociación entre funcionalidad en T2 (variable dependiente), y la dimensión negativa independientemente de factores confusores posibles (género, edad y estado civil).

Tabla 4.52a Asociación multivariante (Ajustada) entre la Dimensión Negativa y la Funcionalidad en T2

	Media	Desviación típ.	N
EEAG en T3	51,82	16,116	986
Edad de admisión	38,929	11,0024	986
Género	1,56	,497	986
T1. estado civil	1,58	,821	986
Dimensión negativa	,0313528	1,01443899	986
EEAG T1	32,92	13,760	986
Medicación	1,20	,517	986

Se obtuvo una media de (51.82) y la desviación típica de (16.116) para la EEAG en T2. La media para la edad de admisión es de (38.736) y una desviación típica de (11,111). El género tiene una media de (1.56) y una desviación típica de (5.31). para el estado civil una media de (1,58) y una desviación típica de (.821), la medicación tiene una media de (1,20) y una desviación estándar de (.517) y se obtuvo una media de (.013528) y una desviación de (1.014438) para la dimensión negativa

Tabla 4.52b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,444(a)	,197	,193	14,481

El valor de los coeficientes de R, se encuentran entre (.444 y .193) lo que indica que la funcionalidad puede ser parcialmente explicada por los factores (edad, género, estado civil, medicación) y por la dimensión negativa.

Tabla 4.52c Coeficientes de asociación entra la funcionalidad, factores confusores y la dimensión negativa

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta	Tolerancia	FIV
1	(Constante)	50,254	2,951		17,031	,000
	Edad de admisión	-,151	,048	-,103	-3,141	,002
	Género	-3,219	,987	-,099	-3,260	,001
	Estado civil.	1,950	,649	,099	3,006	,003
	Dimensión negativa	-,302	,466	-,019	-,648	,517
	EEAG en T1	,477	,035	,407	13,792	,000
	Medicación	-5,275	,902	-,169	-5,851	,000

a Variable dependiente: EEAG en T3

Esta tabla nos muestra que la funcionalidad depende solo de (-.151) de la edad de admisión, más un (-3.219) del género, (1.950) del estado civil, (-5.275) de la medicación y de un (-.302) de la dimensión negativa. Siendo la edad de admisión (.002), el género (.001), el estado civil (.003), la medicación (.000), la psicopatología previa (.000) los factores significativamente asociados a la funcionalidad.

4.7 Dimensión Tención/Excitación y Funcionalidad a T2

En este apartado se observan la asociación entre la dimensión tención/excitación y la funcionalidad en T2

4.7.1 Asociaciones Univariantes entre dimensión Tención/Excitación y Funcionalidad a T2

En este apartado se observa si la funcionalidad se encuentra asociada a la dimensión tensión/excitación a T2. En la tabla 4.53a, se expone la asociación entre la dimensión

tensión/excitación y la funcionalidad medida a T2, y en la tabla 4.35b se visualiza el resumen del modelo planteado

Tabla 4.53a. Asociación Univariante (cruda) entre Dimensión Tensión/Excitación y Funcionalidad en T2

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	50,585	,469		107,768	,000
	Dimensión Tensión/Excitación	-3,568	,454	-,223	-7,851	,000

a Variable dependiente: GAF rating at T3

Esta tabla nos muestra que la funcionalidad depende solo de un (-3.568) de la dimensión tensión/excitación

Tabla 4.53b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,223(a)	,050	,049	16,087

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión Tensión/Excitación

El valor de los coeficientes R varía entre (.223 y .049) por lo cual la funcionalidad no se puede explicar totalmente por la dimensión tensión/excitación

4.7.2 Asociaciones Multivariantes entre dimensión Tensión/Excitación y funcionalidad a T2

En este apartado reportamos los resultados de la asociación entre funcionalidad en T2 (variable dependiente), y la dimensión Tensión/Excitación independientemente de factores confusores posibles (género, edad y estado civil).

Tabla 4.54a Asociación multivariante (Ajustada) entre la Dimensión Tensión/Excitación y la Funcionalidad en T2

	Media	Desviación típ.	N
EEAG en T2	51,82	16,116	986
Edad de admisión	38,929	11,0024	986
Género	1,56	,497	986
T1. estado civil	1,58	,821	986
Dimensión tensión excitación	,0504851	1,03308254	986
EEAG T1	32,92	13,760	986
Medicación	1,20	,517	986

Se obtuvo una media de (51.82) y la desviación típica de (16.116) para la EEAG en T2. La media para la edad de admisión es de (38.736) y una desviación típica de (11,111). El género tiene una media de (1.56) y una desviación típica de (5.31). para el estado civil una media de (1,58) y una desviación típica de (.821), la medicación tiene una media de (1,20) y una desviación estándar de (.517) y se obtuvo una media de (.050485) y una desviación de (1.03308) para la dimensión tensión/excitación

Tabla 4.54b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,460(a)	,212	,207	14,353

El valor de los tres coeficientes de R, varían entre (.460 y .207) por lo que la funcionalidad se puede explicar parcialmente por los factores (edad, género, estado civil, medicación) y por la dimensión tensión/excitación.

Tabla 4.54c Coeficientes de asociación entra la funcionalidad, factores confusores y la dimensión ansiedad

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta	Tolerancia	FIV
1	(Constante)	49,870	2,894		17,233	,000
	Edad de admisión	-,133	,048	-,091	-2,790	,005
	Género	-3,157	,977	-,097	-3,230	,001
	Estado civil.	1,964	,643	,100	3,055	,002
	Dimensión tensión/excitación	-1,918	,452	-,123	-4,244	,000
	EEAG en T1	,456	,034	,389	13,317	,000
	Medicación	-4,985	,889	-,160	-5,605	,000

a Variable dependiente: EEAG en T3

Esta tabla nos muestra que la funcionalidad depende solo de (-.133) de la edad de admisión, más un (-3.157) del género, (1.964) del estado civil, (-4.985) de la medicación y de un (-1.918) de la dimensión tensión/excitación. Siendo la edad de admisión (.005), el género (.001), el estado civil (.002), la medicación (.000), la psicopatología previa (.000) y la dimensión tensión/excitación (.000) los factores que se asocian significativamente a la funcionalidad.

4.8 Asociación prospectiva entre el conjunto de dimensiones psicopatológicas y Funcionalidad a T2

En este apartado se observan las asociaciones existentes entre el conjunto de las dimensiones psicopatológicas, factores confusores (edad, género, estado civil, medicación) y la funcionalidad medida a T2.

Tabla 4.55a Asociación multivariante (Ajustada) entre el conjunto de Dimensiones y la Funcionalidad en T2

	Media	Desviación típ.	N
EEAG en T2	51,82	16,116	986
Edad de admisión	38,929	11,0024	986
Género	1,56	,497	986
T1. estado civil	1,58	,821	986
Dimensión negativa	,0313528	1,01443899	986
Dimensión positiva	-,0157166	,98647684	986
Dimensión tensión excitación	,0504851	1,03308254	986
Dimensión Ansiedad	,0038319	1,00453906	986
Dimensión maníaca	0,328276	,96988715	986
Dimensión depresión	,0709875	,98625212	986
EEAG T1	32,92	13,760	986
Medicación	1,20	,517	986

Se evidencia una media de (51.82), una desviación típica de (16.116) para la EEAG en T1. La media para la edad de admisión es de (38.736) y una desviación típica de (11,111). El género tiene una media de (1.56) y una desviación típica de (5.31). para el estado civil, se obtuvo una media de (1.58) y una desviación de (.813) para la dimensión Ansiedad se evidencian una media de (.0038319) y una desviación típica de (1.00453), para la dimensión Manía una media de (0.32827) y una desviación típica de (.969887), para la dimensión Depresiva una media de (.070987) y una desviación típica de (.986252), para la Dimensión Positiva una media de (-015716) y una desviación típica de (.986476), para la dimensión Negativa una media de (.0313528) y una desviación típica de (1.014438), para la dimensión tensión/excitación se obtuvo una media de (.05048) y una desviación típica de (1.03308)

Tabla 4.55b Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,476(a)	,226	,217	14,256

Se observa que el valor de los tres coeficientes de R, varían entre (.476 y .217) por lo que la funcionalidad a T2 puede ser parcialmente explicada por los factores (edad, género y estado civil) y por el conjunto de dimensiones psicopatológicas

Tabla 4.55c Coeficientes de asociación entre la funcionalidad, factores confusores y el conjunto de dimensiones psicopatológicas

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta	Tolerancia	FIV
1	(Constante)	50,962	2,990		17,042	,000
	Edad de admisión	-,125	,048	-,085	-2,625	,009
	Género	-3,586	,983	-,111	-3,648	,000
	Estado civil.	1,745	,642	,089	2,717	,007
	Dimensión negativa	-,315	,461	-,020	-,684	,494
	Dimensión positiva	-,418	,492	-,026	-,849	,396
	Dimensión tensión excitación	-2,117	,453	-,136	-4,669	,000
	Dimensión Ansiedad	-,133	,458	-,008	-,291	,771
	Dimensión manía	1,596	,476	,096	3,356	,001
	Dimensión depresión	1,095	,461	,067	2,373	,018
	EEAG en T1	,436	,037	,372	11,883	,000
	Medicación	-4,869	,893	-,156	-5,454	,000

a Variable dependiente: EEAG en T2

Se observa que la funcionalidad es influenciada por (-.125) por la edad de admisión, más un (-3.583) por el género que posea el paciente, (1.745) por el estado civil, (-4,869) por la medicación, por la dimensión negativa, (-.315) por la dimensión positiva, (-.418) por la dimensión tensión/excitación, (-2.117) por la dimensión ansiedad, (-.133) por la dimensión manía y (1.596) por la dimensión depresiva (1.095). Siendo la edad de admisión (.009), el género con (.000), el estado civil (.007), la medicación (.000), la psicopatología previa (.000) y las dimensión tensión/excitación (.000) manía (.001) depresiva (.018) los factores significativamente asociados a la funcionalidad.

VI. Discusión



2008

Aspectos Globales

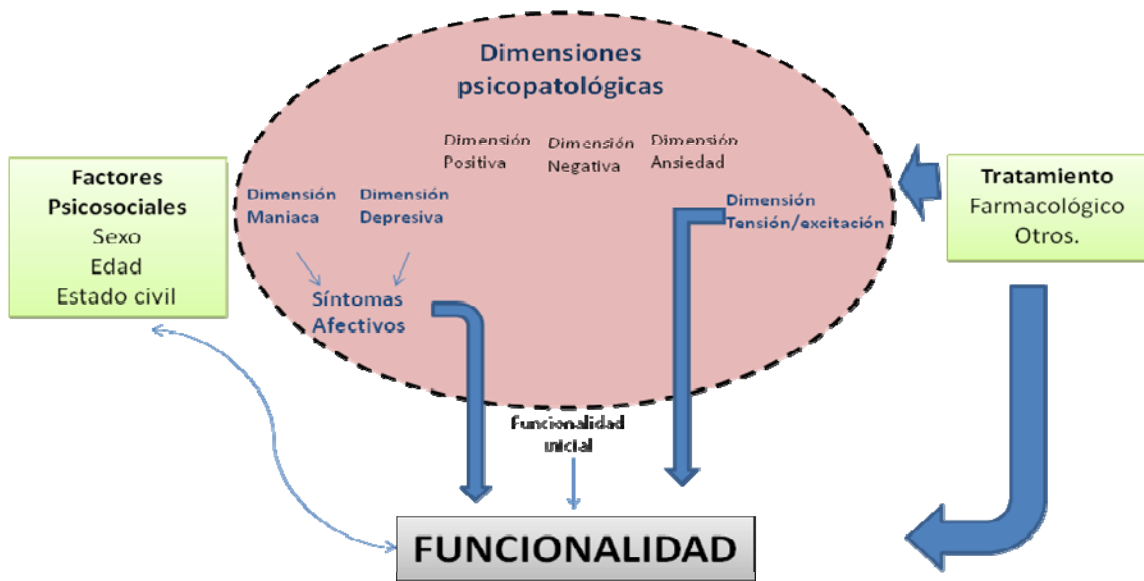
Este trabajo tenía como objetivo el estudio de cómo el perfil psicopatológico de individuos con un diagnóstico de psicosis podía predecir la funcionalidad de dichos sujetos 3 meses después del ingreso. El estudio se llevó a cabo sobre una amplia cohorte de 1888 pacientes psicóticos que fueron seguidos prospectivamente a lo largo de tres meses y evaluados durante ese tiempo para distintas variables psico-sociales y de funcionalidad.

Tras una reducción dimensional de los síntomas mentales de la cohorte, encontramos que emergían 6 dimensiones psicopatológicas independientes; a saber: Positiva, Negativa, Depresiva, Ansiosa, Maníaca y Tensión-Excitación. Nuestro trabajo muestra que la sintomatología más típicamente psicótica (los síntomas positivos y los negativos) no tenía una repercusión predictiva significativa sobre la funcionalidad de los enfermos incluidos en el estudio tres meses después de la primera entrevista. En cambio, la presencia de síntomas de tipo afectivo predecía una mejor funcionalidad tres meses después y las altas puntuaciones en síntomas de tipo excitatorio o tensional pronosticaban una funcionalidad significativamente menor.

La Figura 5.1 muestra un posible modelo explicativo que resume e integra todas las variables analizadas en el presente trabajo de tesis en relación a su variable de resultados: la funcionalidad del paciente. Además de las variables psicopatológicas mencionadas más arriba, encontramos un importante poder predictor de la funcionalidad

asociado al sexo, la edad, el estado civil, el tratamiento farmacológico, independientemente de todos estos factores y de la funcionalidad del individuo a T1.

Figura 5.1 Dimensiones psicopatológicas como modelo predictor de la funcionalidad global en pacientes psicóticos



En global, nuestros resultados predictivos obtenidos indican que el grado de afectación funcional de una población de pacientes psicóticos, a tres meses después de un ingreso, depende, en gran medida, tanto del tratamiento, como de la psicopatología de base. En especial, nuestro modelo sostiene que de los factores protectores y de riesgo del funcionamiento global, en nuestro estudio: los síntomas emocionales y de tensión/excitación respectivamente, los segundos son altamente discapacitantes y los primeros son predictores de una mejor funcionalidad. Recordemos que los síntomas de tensión/excitación hacen referencia a un pobre control de impulsos, a la hostilidad y a la

falta de cooperación; mientras que los síntomas afectivos hacen referencia a la depresión, la ansiedad, los sentimientos de culpa o las obsesiones. Tener dichos hallazgos presentes puede conducir a que la identificación precoz de tipos de síntomas ayude a una mejor planificación terapéutica que nos lleve a un mejor funcionamiento global del paciente en el futuro inmediato tras un ingreso.

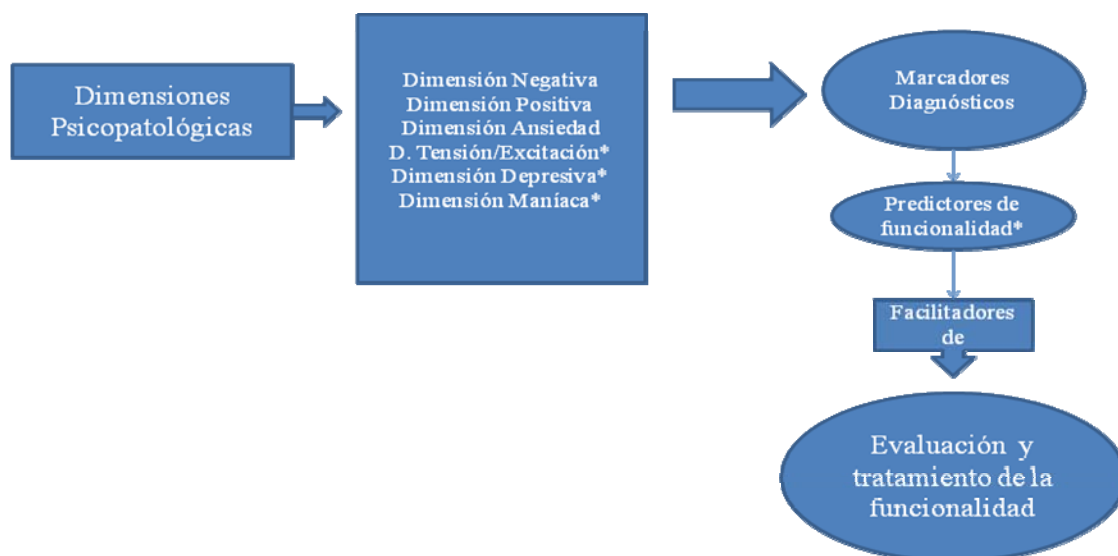
Estudios como el de Ochoa (2001), describen la importancia de sintomatología afectiva y tensional relacionada con necesidades insatisfechas de pacientes con esquizofrenia. Dichos autores encontraron que las dimensiones excitación y cognitiva eran las que tenían más impacto dentro de las necesidades, tanto en referencia al número total de necesidades como a las necesidades no cubiertas de estos pacientes, mientras que la dimensión afectiva tenía mucho que ver con las ideas autolíticas (suicidio) o la ansiedad psicótica. Asimismo, concluyeron que una mayor necesidad de ayuda para desempeñar **las actividades de la vida diaria (término directamente relacionado con la funcionalidad) está asociada con la intensidad de la sintomatología** de tensión, además de con otros síntomas. Estos hallazgos estarían, por tanto, en total consonancia con los descritos en nuestro trabajo de tesis, haciendo los mismos consistentes con la literatura previa. Cabe rescatar, no obstante, que hay escasos estudios referentes a la importancia de sintomatología de tipo excitatorio y tensional. Esto puede quizá deberse a que los estudios hasta ahora se han centrado en otro tipo más tradicional de síntomas, por ejemplo los positivos y/o negativos, y dejan de lado otros grupos de síntomas menos explorados habitualmente por los psiquiatras, pero de provada repercusión para la funcionalidad de paciente, como los de tensión ó agitación..

Desde el punto de vista de la potencialidad de dicho modelo predictivo, la principal aplicabilidad potencial sería de tipo terapéutico y diagnóstico, pudiendo ser usado como un elemento clave para desarrollar estrategias de intervención que podrían llevarse a cabo en la práctica clínica. En ese sentido, algunos estudios (Lara, 2006; Benjamin and Voorhees, 2007; Cano, Córdoba Rojas, Fierro Urresta, Cendales, Olmos Leal, Alzate, and Olarte Armenta, 2007a; Castlea, Shanb, and Murray, 1998; Fresán, Apiquian, and Ulloa, 2003; Goldstein, Tsuang, and Faraone, 1989) sugieren que indicadores de disfuncionalidad facilitarían la labor del clínico, ayudando a un mayor conocimiento acerca de la evolución de los trastornos psicóticos y facilitando intervenciones tempranas con el fin de disminuir la discapacidad que pudiera producirse a medio-largo plazo (Cano, Córdoba Rojas, Fierro Urresta, Cendales, Olmos Leal, Alzate, and Olarte Armenta, 2007a). Recordemos que el estudio de la funcionalidad de cada paciente permite en gran medida proyectar el proceso de rehabilitación terapéutica del mismo, yendo más allá del mero control de los síntomas. En este sentido, una de las grandes ventajas de nuestro modelo es que contempla todas las dimensiones psicopatológicas como marcadores diagnósticos influyentes en la disfunción global, y además diferencia cuáles de ellos son potencialmente predictores de mejor o peor funcionalidad, descontando por el efecto de posibles confusores y de la funcionalidad basal.

El modelo planteado en este estudio pone en evidencia la importancia del abordaje holístico del estudio de la psicopatología, más allá de la positiva y negativa, como punto de atención con una alta repercusión para la rehabilitación y tratamiento del paciente psicótico. Con esto no queremos sugerir que existan síntomas psicopatológicos más relevantes que otros, sino que el clínico ha de ser activo en la exploración de

grupos sintomáticos menos examinados tradicionalmente en un modelo psiquiátrico más centrado en la dicotomía positivo-negativo. En la Figura 5.2 se desglosa la influencia de las diferentes dimensiones psicopatológicas halladas en nuestros resultados sobre la funcionalidad.

Figura 5.2 Influencia de las dimensiones psicopatológicas sobre la funcionalidad



**Dimensiones psicopatológicas que mejor predicen la funcionalidad a los tres meses*

Sobre la Medición de la Psicopatología y la Funcionalidad

En nuestro estudio, los instrumentos utilizados para la evaluación de la funcionalidad y las dimensiones psicopatológicas de la enfermedad fueron, respectivamente, la EEAG (American Psychiatric Association, 1987) y la BPRS (Overall y Gorhan, 1992). La EEAG (Escala de la Evaluación de la Actividad Global), ha sido validada como una escala que evalúa eficazmente variables funcionales y sociales independientemente de diferencias transculturales (Gaite, Vázquez-Baquero, Herrán, Thornicroft, Becker, Sierra-Biddle, Ruggeri, Schene, Knapp, and Grupo EPSILON, 2005). Sin embargo,

cabe recordar las limitaciones de la EEAG planteadas, entre otros, por *Goldman et. al* 1992, quienes afirman que algunos de sus juicios operativos incorporan síntomas mezclados con la discapacidad o nivel funcional, y que la valoración del funcionamiento está basada sólo en el trastorno mental y no en la unión de la discapacidad física con la mental. Además, no tiene un punto definitivo de corte que pueda determinar o atribuir el nivel exacto de deterioro o de disfuncionalidad global.

En cuanto a la BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) permite la medición del deterioro funcional. Sin embargo, cabe recordar que esta prueba deja de evaluar algunos síntomas negativos como la alogia y la abulia (Cuesta, Peralta, and Serrano, 2008), por lo que se podría decir que la BPRS no logra evaluar de manera integral la psicopatología aguda. A pesar de ser una buena escala de medición, los resultados de la misma pueden llegar a confundirse con la misma naturaleza del trastorno. Además, en nuestro estudio, debido precisamente a la falta de evaluación de dichos síntomas negativos, no tenemos forma de saber hasta qué punto la alogia y la abulia podrían predecir mejor o peor la funcionalidad futura en el paciente.

Discusión de los Resultados Descriptivos

Los resultados descriptivos de las variables psicosociales de la muestra de nuestro estudio se relacionan con lo descrito en varios estudios donde se afirma que en general, no existe un único perfil que caracterice a la población con trastorno psicótico. (Cano, Córdoba Rojas, Fierro Urresta, Cendales, Olmos Leal, Alzate, and Olarte Armenta, 2007a;Cano, Fierro Urresta, Vanegas, Alzate, Olarte, Cendales, and Córdoba Rojas,

2007b;Marelo, Ortega-Soto, Rodríguez, and Gómez, 2004;Ritsner, 2008;Smith, Malla, Williams, Kopola, Love, and Balshaw, 2006). Nuestro trabajo encuentra que los trastornos psicóticos, en especial la esquizofrenia, se relacionan positivamente con el género masculino, el estar soltero y con tener bajo nivel educativo e incapacidad para ejercer un trabajo normal a tiempo completo o con alto índice de desempleados.

En cuanto a la media de edad de inicio, en nuestra muestra se sitúa en torno a los 18 años, lo que concuerda con lo reportado en la literatura científica (Cervilla Ballesteros, 2002a;Freedman *et al*, 1980b;Hales Robert *et al*, 2006a). También se evidenció que más de la mitad de la muestra (55.3%) tenía un diagnóstico de esquizofrenia paranoide, coincidiendo este hallazgo también con lo que se encuentra en la práctica clínica habitual (Cervilla Ballesteros, 2002a;Freedman, Kaplan, and Sadock, 1980b;Hales Robert, Stuart, and Yudofsky, 2006a) los resultados de estudios como el realizado por la OMS (1973) basado en datos de nueve países diferentes y en el que se vio que el tipo más frecuente de trastorno esquizofrénico era la de tipo paranoide, seguido por el esquizo-afectivo y el hebefrénico (Jablensky *et al*, 1980)

En cuanto a los resultados hallados en la evaluación de la funcionalidad, encontramos que la media de funcionalidad medida con la EEAG en T1 es de 31.18 (SD=13.55). Puntuaciones entre 1 y 40 en este escala corresponden normalmente a enfermos en su mayoría internos en un centro psiquiátrico (Cervilla Ballesteros, 2002b), por lo que el valor medio de funcionalidad descrito en nuestra muestra es totalmente acorde con las puntuaciones descritas para estos pacientes. La media de funcionalidad medida para T2 es de 50.34 (SD16.49), siendo este resultado significativamente mayor que el hallado en

T1, lo cual refleja una mejoría en la funcionalidad. Sin embargo, cabe recordar que algunos autores como (Alvarado Muñoz, 2007) consideran que cuando la puntuación es de 60 o menos existe un nivel considerable de disfunción. Es decir, que aun habiendo habido una notable mejoría en la funcionalidad de nuestros pacientes, probablemente debido al tratamiento, ésta sigue siendo limitada después de tres meses.

Discusión de los Resultados de Dimensiones Psicopatológicas

Si tenemos en cuenta aquellos estudios en los que, como en el nuestro, se han construido dimensiones psicopatológicas a partir de la utilización de la BPRS, encontramos que en la mayoría de ellos han emergido de tres a seis dimensiones psicopatológicas siendo una constante las dimensiones positiva, negativa, depresiva y ansiosa (Anderson, Cristalan, and Payne, 1995; Brancosho, Barbul, and Grassi, 2005; Cuesta, Peralta, and Serrano, 2008). Aunque el número de dimensiones varía dependiendo del criterio estadístico de cada estudio, en nuestro caso concreto los seis factores extraídos siguen los criterios habituales de exigencia explicativa de la varianza, contribuyendo todos ellos de forma significativa a la misma (autovalor mayor de 1). En todos los estudios previos se encuentran al menos tres de las seis dimensiones que nosotros encontramos; a saber: los síntomas maníacos, los síntomas positivos y los síntomas negativos; algo, además, concordante con lo que se ve en la práctica clínica.

Correlatos Psicosociales de la Funcionalidad

Otro aspecto importante a tener en cuenta dentro del estudio de la funcionalidad, son la influencia de factores psicosociales que pudieran o no estar relacionados con la

capacidad funcional. Numerosos estudios han intentado relacionar algunos de estos factores sin llegar a resultados concluyentes. En nuestro estudio no podemos discernir entre causa o efecto de alguno de los factores psicosociales que encontramos asociados a la funcionalidad, como por ejemplo el estado civil. Sin embargo, es interesante tener en cuenta nuestros hallazgos porque podrían servir de apoyo para futuras investigaciones.

Sexo, edad de inicio y Funcionalidad

En nuestro estudio encontramos una asociación significativa entre sexo y funcionalidad, esta relación ha sido ampliamente descrita en algunos estudios (Freedman A *et al*, 1980a; Fresán A, Apiquian R, and Ulloa R, 2003; Goldstein J, Tsuang M, and Faraone S, 1989; Parra I *et al*, 2005; Ussall J, 2003) estos estudios concuerdan con que es la mujer la que generalmente presenta mejor pronóstico que el hombre. (En nuestro estudio el grupo de mujeres obtuvo mejores puntuaciones en la EEAG que los hombres tanto a tiempo 1 como a tiempo 2. Nuestros hallazgos concuerdan con los descritos por otros autores en muestras independientes. Así, (Ruiloba, 2006) describen cómo el género se relaciona con la evolución de la enfermedad, más favorable y con menos deterioro en el caso de la mujer que en el hombre). Esta situación puede deberse a que tanto biológicamente como psicológicamente las mujeres son diferentes a los hombres. Las mujeres suelen tener mayor capacidad de afrontamiento a la enfermedad. Además, en algunos estudios han encontrado que las mujeres presentan más síntomas afectivos (Parra, Crivilles, and Sponheim, 2005), los que como ya se mencionó son predictores de buen pronóstico y de mejor funcionalidad, mientras que en los hombres es mayor la sintomatología negativa que generalmente se asocia a peor pronóstico (Parra, Crivilles,

and Sponheim, 2005). Otra de los factores posiblemente relacionados con una mejor funcionalidad en las mujeres puede estar relacionada con la edad de inicio, como ya se mencionó, las mujeres suelen manifestar la enfermedad más tarde que los hombres y por lo mismo su afectación puede ser funcional.

Igualmente, el análisis de nuestro estudio, mostro una relación positiva entre la edad y el nivel funcional medido tanto en T1 como en T2. lo que corrobora lo hallado tanto en la literatura como en algunas investigaciones donde se asegura que la edad de inicio es más temprana en hombres que en mujeres, (Lara, 2006a; Benjamin, and Voorhees, 2007; Castlea, Shanb, and Murray, 1998; Fresán, Apiquian, and Ulloa, 2003; Goldstein, Tsuang, and Faraone, 1989; Vila *et al*, 2003) también se evidencia la relación donde a mayor edad menor es el grado de funcionalidad.

Contacto social, estado civil y funcionalidad

En cuanto al contacto social, en nuestro estudio se encontró que sólo el 37% de la muestra tenía contacto social una vez a la semana, mientras que un 20% no tenía contacto social bajo ninguna circunstancia. Estos datos podrían ser un indicador de los bajos puntajes arrojados en algunas áreas como la ocupacional o la de pareja, ya que de alguna manera se necesitan habilidades sociales para conseguir trabajo y relacionarse con otras personas. En nuestro estudio pudimos establecer que el 33.9% de los pacientes estaban desempleados y que la mayoría (61.2%) eran solteros y no tenían pareja estable. Nuestros resultados también mostraron una relación positiva entre el estado civil y la funcionalidad a tanto en T1 como en T2, teniendo una puntuación significativamente más baja de la EEAG en pacientes solteros. Este hecho puede estar relacionado con que

las personas con una pareja estable tienen mejores mecanismos para afrontar situaciones adversas en parte debido al apoyo recibido por parte de sus compañeros, además se cuenta con mayores redes de apoyo social y una mejor estabilidad emocional. Es decir que el soporte social y el apoyo emocional que puede brindar una pareja ayuda a identificar los recursos que tiene disponibles un individuo para afrontar situaciones adversas como por ejemplo el padecer una enfermedad discapacitante.

Tratamiento y funcionalidad

A su vez, el análisis también nos permitió corroborar lo hallado en otros estudios con respecto a la existencia de una relación entre el tratamiento y la mejoría en la funcionalidad, (Lara, 2006d;Cano, Córdoba Rojas, Fierro Urresta, Cendales, Olmos Leal, Alzate, and Olarte Armenta, 2007a;Chinchilla Moreno, Quintero Gutierrez, Puente Garcia, Correas Lauffen, and Riaza Bermudo, 2004). En nuestro estudio, la medicación tuvo una puntuación significativa con la EEAG en T2, lo cual nos indica que la medicación pudo jugar un papel importante en la mejoría de la funcionalidad. Se sabe que los fármacos comúnmente utilizados para el tratamiento de los trastornos psicóticos, son los antipsicóticos tanto de primera como de segunda generación, pese a los posibles efectos secundarios que pudieran producir, estos medicamentos han demostrado ser eficaces tanto en el tratamiento de la fase aguda de la psicosis como para prevenir las recaídas (Lara, 2006c;Cervilla Ballesteros, 2002b;Chinchilla Moreno, Quintero Gutierrez, Puente Garcia, Correas Lauffen, and Riaza Bermudo, 2004;Vila, Ochoa, Haro, and Grupo Nedes, 2003).

Asociación entre sintomatología afectiva y la funcionalidad

Nuestro estudio mostro la relación existente entre la funcionalidad y los síntomas afectivos como factores de buena predicción funcional. Además se sabe que los síntomas afectivos influyen directamente tanto en la evolución del paciente como en su adherencia al tratamiento, pese a esto, sorprende el hecho de encontrar una gran parte de estudios sobre sintomatología afectiva donde solo la relacionan con mayor riesgo de suicidio, describiendo una estrecha relación entre la depresión, ansiedad y la esquizofrenia (Peralta and Cuesta, 2002;Apiquian *et al*, 2001;Castulo Cisneros, 2005;Grupo GEOPE, 2002;Huppert and Smith, 2008;Laes and Sponheim, 2005).

Nuestro análisis prospectivo, también muestra que el nivel funcional de los pacientes psicóticos varía durante el transcurso de su enfermedad ya que se evidencia una relación entre las dimensiones psicopatológicas evaluadas en T1 y las dimensiones psicopatológicas manía, depresión y tensión excitación estando mayormente asociadas a la funcionalidad en T2. Por lo que estas dimensiones pueden considerarse como potenciales predictores de la funcionalidad.

Según se desprende de nuestros resultados, tener en cuenta las dimensiones afectivas y de tensión de cada paciente podría ayudar a diseñar estrategias de intervención y mejoras efectivas. Este tipo de estrategias podrían integrarse y/o combinarse con otros modelos de intervención como los biológicos, dinámicos, cognitivos-conductuales y sociales, pudiendo posiblemente prevenir recaídas y quizá potenciar los recursos clínicos del sistema sanitario. En ese sentido, las investigaciones deberían ir

encaminadas hacia una mejora en el manejo clínico de las enfermedades en pro del aumento de la calidad de vida del paciente.

Asociación entre las dimensiones psicopatológicas positiva y negativa y la funcionalidad

Algunos estudios han centrado su investigación en la sintomatología positiva y negativa y su influencia en la funcionalidad (Górecka and Czernikiewicz, 2004; Grupo GEOPE, 2002; Hofer, Rettenbacher, Widschwendter, Kemmier, Hummer, and Fleischhacker, 2006). Algunos de ellos han podido determinar que la sintomatología positiva se relaciona con la funcionalidad al comienzo de la crisis psicótica (Cano et al 2006; Grupo Geope et al 2002). Estos resultados concuerdan con los hallados en nuestro estudio en donde se mostró una estrecha relación entre la dimensión positiva y la funcionalidad medida en T1.

Por otro lado, otros estudios como el de (Villalta, Vilaplana, Ochoa, Haro, Dolz, Usall, Cervilla, and Grupo Nedena, 2007) aseguran que la sintomatología negativa es la mayor fuente de discapacidad y se asocia con un peor pronóstico. Estos resultados concuerdan con los hallados por (Hofer, Rettenbacher, Widschwendter, Kemmier, Hummer, and Fleischhacker, 2006) quienes aseguran que los síntomas negativos determinan menor probabilidad de vida independiente.

En nuestro estudio, el análisis transversal (T1) evidenció que todas las dimensiones psicopatológicas afectaban en mayor o menor grado la funcionalidad del paciente. Sin embargo, la sintomatología negativa, positiva y la de tensión/excitación puntuaron más

alto que las demás dimensiones. El análisis prospectivo, no obstante, puso de manifiesto que las dimensiones que mejor predecían la funcionalidad a tiempo 2 eran la afectiva (depresiva y maníaca) y la de tensión/excitación, mientras que las dimensiones positiva y negativa no mejoraban el modelo predictivo. Este es un hallazgo interesante puesto que nunca antes nadie había analizado prospectivamente estos factores. Estudios previos, transversales, destacan la importancia de la psicopatología en la funcionalidad puntual del paciente pero ésta es la primera vez que se construye un modelo predictor de funcionalidad a medio plazo y, por lo que se desprende de nuestros hallazgos, las dimensiones positivas y negativas no predicen de forma significativa la funcionalidad mientras que hay otras que sí lo hacen, como las afectivas y las de tensión/excitación.

El modelo sobre las dimensiones clínicas en la esquizofrenia que llevan a la disfunción global, planteado por (Chinchilla Moreno, Quintero Gutierrez, Puente Garcia, Correas Lauffen, and Rianza Bermudo, 2004), muestra cierto grado de concordancia dentro de sus características con lo hallado en esta tesis. Al igual que estos autores, este trabajo contempla que las dimensiones clínicas pueden depender del predominio sindrómico, tanto en las formas de inicio como en su evolución, e incluso pueden estar condicionadas por el tratamiento que hayan recibido los pacientes. La idea principal de estos autores es mostrar que un abordaje terapéutico adecuado debe enfocarse hacia la búsqueda de la mayor y mejor funcionalidad y la evitación de mermas y déficit. Nuestra sugerencia para ello es controlar indistintamente al paciente incluyendo todos los aspectos psicopatológicos y funcionales.

Limitaciones del estudio e Investigaciones Futuras

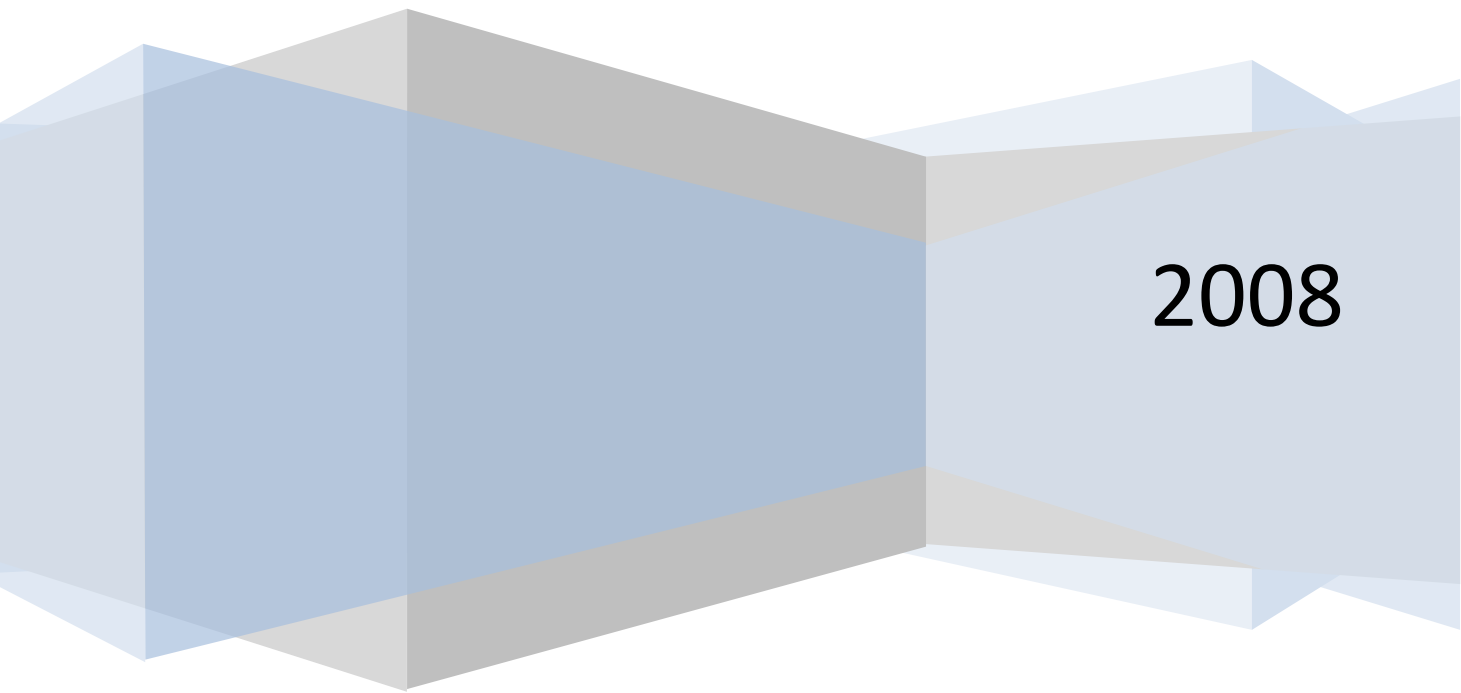
Una de las limitaciones del estudio fue la naturaleza de los datos recogidos por el proyecto EUNOMIA, en cuyos objetivos no se encontraba como prioridad la

exploración de temas como la psicopatología de los pacientes y por tanto el diseño no era específico para la pregunta investigativa de la tesis, que no obstante ha podido ser cubierta a un nivel cuando menos comparable con la literatura previa, y en ocasiones, de manera ventajosa. Nuestro estudio, al depender de la muestra de otra investigación, arrastra consigo algunos de los problemas metodológicos que hubieran surgido de ésta.

Asimismo, la potencia de nuestro modelo predictivo podría ser mayor si conociéramos el estado psicopatológico previo del sujeto, información no recofida en nuestro estudio, pero aún así nuestro estudio es uno de los pocos que mira prospectivamente en una cohorte amplia el aspecto funcional. Otra de las limitantes se reduce a la naturaleza del constructo de la funcionalidad, estudio que puede tornarse en ocasiones ambiguo o difícil de abordar debido a su complejidad y que se ha comentado en cierto detalle con anterioridad.

Sugerimos que estudios futuros, se centren en la necesaria una reconceptualización del término de funcionalidad en enfermos mentales, la cual debe tener un abordaje terapéutico integral desde sus características clínicas y que debe ser afrontada desde el mismo momento del diagnóstico.

VII. Conclusiones



- La revisión bibliográfica realizada y los resultados obtenidos en el presente estudio, nos indican que el conocer a profundidad sobre los factores emocionales y los de tensión, conllevaría a la búsqueda y aplicación de nuevas medidas terapéuticas que puedan servir de coadyuvantes directos de la mejora en la funcionalidad de pacientes psicóticos.

- El análisis de los resultados permitió la construcción de un modelo que incluye síntomas psicopatológicos predictores de la funcionalidad en pacientes psicóticos.

- Los síntomas emocionales son predictores de una mejor funcionalidad en pacientes psicóticos tres meses después de un ingreso psiquiátrico.

- La sintomatología tensional y exitatoria es predictora de disfuncionalidad en pacientes psicóticos tres meses después de un ingreso psiquiátrico.

- Se han de explorar sistemáticamente los síntomas afectivos en paciente psicóticos ya que predicen su funcionalidad global, aparte de por otras razones conocidas como, por ejemplo, riesgo de suicidio.

- La rehabilitación funcional de los pacientes psicóticos en especial con esquizofrenia, podrá depender de estrategias terapéuticas integrales y del control de la sintomatología general, en especial de la emocional y la de tensión/excitación.

VIII. Anexos



2008

Anexo 1

Resumen del protocolo o anexo técnico del proyecto EUNOMIA

Título Original

European Evaluation of Coerción in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical
Practise

Acronimo:
EUNOMIA

2003-2005

Tabla de contenido

1. Objetivos y expectativas
2. Diseño del estudio
 - a. Criterios de inclusión
 - b. Criterios de exclusión
3. Definición de las medidas coercitivas
 - a. Detención involuntaria
 - b. Aislamiento
 - c. Sujeción
 - d. Medicación forzada
4. Reclutamiento de la muestra y otros procedimientos
5. Instrumentos utilizados
6. Análisis estadísticos

La meta del estudio, hasta ahora único por su estricta metodología y potencialidad para las comparaciones multinacionales es analizar si existe variación transnacional en el empleo de los medios coercitivos durante los ingresos psiquiátricos, qué factores están presentes en su manejo y qué resultados se obtienen con su uso. Esta meta requiere incluir una gama amplia de regiones de diferentes países europeos y emplear un método naturalista en la investigación de los servicios de la salud mental.

A tal fin, se realizará el estudio en unidades de hospitalización psiquiátrica en 11 países europeos y 1 asociado (Alemania, Bulgaria, Eslovaquia, España, Grecia, Israel, Italia, Lituania, Polonia, Reino Unido, República Checa y Suecia). Existe una gran variación entre estos países; por ejemplo con respecto a la legislación, con relación a la prevalencia del tratamiento involuntario, con la consiguiente la documentación y en relación al marco social y cultural en el que se desenvuelve el usuario. Los tamaños de las áreas cubiertas por los servicios serán controlados para poder hacer una comparación naturalista de estas variables. A partir de la base de datos transcultural se dibujarán pautas nacionales y europeas orientadas a la “mejor práctica” del uso de los medios coercitivos en psiquiatría.

Objetivos

El objetivo general del estudio es desarrollar y poder aplicar una documentación estandarizada que posibilite la evaluación de las medidas coercitivas que se adoptan en la práctica clínica psiquiátrica. Como corolario, se pretende el desarrollo de una “Guía Europea” para el uso de medidas coercitivas y de las estrategias efectivas para que puedan ser reducidas.

Diseño del Estudio

Criterios de inclusión

1. Edad comprendida entre los 18 y los 64 años y 11 meses.
2. Que den su consentimiento informado.
3. Que el paciente pertenezca al área del hospital.

Criterios de exclusión

1. Pacientes ingresados para valoración forense o / y con síndrome tóxico.
2. Personas con demencia.
3. Personas admitidas en programas de tratamiento de anorexia que incluyan medidas coercitivas.

No serán criterios de exclusión la presencia de daño cerebral, epilepsia, psicosis inducida por el consumo de drogas, intoxicación etílica asociados con enfermedad mental.

Definición de las medidas coercitivas.

Para el instrumento incidentes individuales de medidas coercitivas, se dan las siguientes definiciones:

Detención involuntaria: viene definida por 3 criterios y se han de cumplir los 3:

- a. El paciente ingresa inicialmente de forma voluntaria (aunque pueda haber percibido coerción) y retira su consentimiento al tratamiento hospitalario en una etapa posterior del tratamiento.
- b. El periodo de tiempo definido legalmente en el que al hospital se le permite detener en principio a un paciente sin pedir la autorización judicial.
- c. A la detención le sigue (en general) la autorización judicial por escrito.

Aislamiento: se define como el emplazamiento involuntario de un solo individuo en una habitación cerrada, diseñada especialmente con éste propósito; sin embargo y debido a necesidades locales, el uso de otras habitaciones con el mismo propósito se calificaría también como “aislamiento”.

Sujeción: es la fijación de al menos un miembro del paciente por medios mecánicos; también se incluye en esta definición la sujeción por personal de la unidad de al menos un miembro del paciente durante mas de 15 minutos.

Medicación Forzada: se restringe esta definición a actividades que usan la sujeción o fuerte presión psicológica (en la que se vean implicados al menos 3 miembros del personal) para administrar la medicación (oral o no oral), contra la voluntad del paciente.

Reclutamiento de la muestra y otros procedimientos

Tamaño de las muestras:

1. Muestra de personas ingresadas con carácter involuntario:
250 casos.
2. Muestra de personas ingresadas de forma voluntaria, pero que hayan que hayan sido seleccionados por la “Escala de percepción de Coerción de Mac – Arthur”: 40 casos.

Ritmo de Reclutamiento

1. Casos involuntarios. El ritmo más adecuado será el de 3 casos por semana o 12 por mes.
2. Casos Voluntarios: el ritmo más adecuado será el de 1 caso cada 2 semanas o 2 por mes.

Instrumentos utilizados

Los pacientes se evaluarán en tres tiempos diferentes.

1. El primer tiempo de evaluación se realizará entre los 7 primeros días después de la admisión o del ingreso hospitalario.
2. El segundo tiempo de evaluación se realizará a las cuatro semanas del ingreso.
3. El tercer momento de evaluación se realizará a los 3 meses después de la admisión.

En la tabla 1 se incluyen los instrumentos aplicados al paciente entre los tres momentos de evaluación.

Análisis estadístico previsto

Nota. El análisis no estará enfocado hacia la comparación de los grupos a nivel nacional, si no más bien intersectoriales con el fin de hacer las comparaciones entre los dos grupos muestrales definidos.

Se hará un análisis descriptivo exploratorio, un análisis estadístico de coeficientes de correlación entre variables. Las comparaciones se calcularán mediante un análisis de varianza y test – retest. También se realizará un análisis factorial para las variables de resultado. Se ejecutará un análisis por cada ciudad por separado y luego se compararán

los resultados entre ellas. Solo si fuera necesario se efectuara un análisis de covarianza y de conglomerados.

Tabla 1. Instrumentos usados en los pacientes de tiempo 1 a tiempo 3.

Constructo evaluado	Instrumento de evaluación	Tiempo de Evaluación		
		T1	T2	T3
La percepción de la coacción en relación con el ingreso hospitalario	La percepción de la coacción. Encuesta MacArthur. (Entrevista).	X		
La percepción de la coacción en relación con el ingreso hospitalario.	Cantril, escala de la coacción percibida. Temas de estudios en países nórdicos sobre coacción.	X		
La percepción de la coacción en relación con la estancia en el hospital	Cantril, escala de la coacción percibida. Temas de estudios en países nórdicos sobre coacción.		X	X
Evaluación de resultados, utilización de los servicios psiquiátricos, contacto con la policía y los servicios de justicia penal.	Ítems de auto definición. (entrevista y registro de pacientes)			X
Características del tratamiento.	Ítems de auto definición. (registro)	Continuo		
Cada medida coercitiva aplicada en las primeras cuatro semanas	Ítems de auto definición (registro)	Continuo		
Características clínicas y sociodemográficas	Ítems de auto definición (registros, entrevistas a pacientes).	X		
Variable, características sociodemográficas.	Ítems de auto definición (registros, entrevistas a pacientes).	X	X	X
Cumplimiento del tratamiento por el paciente.	Ítems de auto definición (Clasificación del personal si el paciente está en el hospital. Otros pacientes). Entrevista.	X	X	X
Coerción percibida por el personal.	Cantril, escala de coacción percibida, reformulado (calificación del personal)	X	X	X
Agresión del paciente (sólo pacientes hospitalizados)	Escala de agresión (Modified Overt Aggression Scale). Calificación del personal.	X	X	X
Severidad de los síntomas	BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale). Versión de 24 ítems.	X	X	X
Severidad de los síntomas y nivel de funcionalidad	GAF (Global Assessment self Functioning scale).	X	X	X
Satisfacción del paciente con el tratamiento (evaluación retrospectiva)	Cliente, evaluación del tratamiento. 7 ítems. (entrevista con pacientes)	X	X	X
Calidad de vida. Auto calificación. (opcional para cada centro).	Manchester Short Assessment of Quality of Life.			

Anexo2.

Protocolo de instrumentos utilizados en el Proyecto Economía para T1

○ = por favor, marque sólo una opción

☐ = se permiten múltiples opciones – por favor, marque todas las que sean aplicables

CARACTERÍSTICAS DEL EPISODIO DEL TRATAMIENTO

1. Nombre del hospital: _____, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica

2. Fecha de ingreso ___/___/_____ 3. Hora de ingreso ___ : ___

4. Situación legal de ingreso

○ 1 voluntario

○ 2 involuntario, según la Ley de Enjuiciamiento Civil, art. 763

Si el ingreso es involuntario :

5. ¿Quién ordenó este ingreso involuntario, atendiendo a su legitimidad según la Ley?

☐ 1 el tribunal competente / juez (bajo el Código Penal)

☐ 6 el facultativo

○ 99 desconocido

6. ¿Quién más participó en este ingreso involuntario (por ej., quién lo pidió, lo llevó a cabo o lo autorizó) ?

☐ 1 familiares ☐ 2 psiquiatra ☐ 3 psiquiatra residente

☐ 5 enfermero/a ☐ 7 médico de urgencia

☐ 8 policía ☐ 9 tutor ☐ 10 comisión de tutela

☐ 0 otros, por favor especificar: _____

○ 88 nadie más aparte del tribunal competente o el facultativo.

○ 99 desconocido

7. Las razones documentadas para este ingreso involuntario son

☐ 1 para prevenir actos de violencia contra sí mismo

☐ 2 para prevenir actos de violencia contra otros

☐ 3 para prevenir actos de violencia contra la propiedad

- 4 *peligro grave o amenaza para su salud* (por ej., para prevenir deterioro)
- 5 *incapacidad para cuidar de sí mismo*
- 6 *la no-hospitalización significará su exclusión del tratamiento, por ej. este tratamiento no se le puede administrar de ningún otro modo*
- 7 necesidad del tratamiento específico siguiente (incl. medicación): _____
- 0 otros, por favor especificar: _____

88 *no se documentaron las razones*

99 desconocido

8. Cambios en la situación legal de ingreso (*durante el episodio de ingreso, si fuese aplicable hasta T3*)

fecha ___/___/_____ a 1 voluntario

2 involuntario, según la Ley de Enjuiciamiento Civil,
art. 763

por favor, describa las razones: _____

fecha ___/___/_____ a 1 voluntario

2 involuntario, según la Ley de Enjuiciamiento Civil,
art. 763

por favor, describa las razones: _____

fecha ___/___/_____ a 1 voluntario

2 involuntario, según la Ley de Enjuiciamiento Civil,
art. 763

por favor, describa las razones: _____

9. Situación legal del tratamiento

1 voluntario

2 involuntario, según la Ley 41/2002, art. 9.2, apartado b (SIN CONSENTIMIENTO)

2 involuntario, según la Ley 41/2002, art. 9.3, apartado a (CON CONSENTIMIENTO POR

REPRESENTACIÓN)

Si el tratamiento es involuntario :

10. ¿Quién ordenó este tratamiento involuntario, atendiendo a su legitimidad según la Ley?

- 6 el facultativo
 99 desconocido

11. ¿Quién más participó en este tratamiento involuntario (por ej., quién lo autorizó o lo llevó a cabo)?

- 1 familiares 2 psiquiatra 3 psiquiatra residente
 5 enfermero/a 7 médico de urgencia
 8 guardia de seguridad 9 tutor 10 comisión de tutela
 0 otros, por favor especificar: _____

-
- 88 nadie más aparte del facultativo.
 99 desconocido

12. Las razones documentadas para este tratamiento involuntario son

- 4 “*existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo*”
 5 “*su estado físico o psíquico no le permite hacerse cargo de su situación*”
 7 necesidad del tratamiento específico siguiente (incl. medicación): _____
 0 otros, por favor especificar: _____

-
- 88 no se documentaron las razones
 99 desconocido

13. Cambios en la situación legal de tratamiento (*durante el episodio de ingreso, si fuese aplicable hasta T3*)

- fecha ___/___/___ a 1 voluntario
 2 involuntario, según la Ley 41/2002

por favor, describa las razones: _____

- fecha ___/___/___ a 1 voluntario
 2 involuntario, según la Ley 41/2002

22. Destino del paciente de alta

- 1 ingreso en otra institución psiquiátrica
- 2 ingreso en otra institución no psiquiátrica
- 3 su domicilio (si se dispone de mas información, por favor especificar *) y va a un hospital de día (*Nota: la atención prestada durante el día en el mismo hospital no se cuenta como alta.*)
- 4 su domicilio (si se dispone de mas información, por favor especificar *) pero no va a un hospital de día
- 5 centro psiquiátrico penitenciario 6 prisión 99 desconocido
- 0 otros, por favor especificar *

*

23. Notas

*ENTREVISTA AL PACIENTE**(DENTRO DE LA PRIMERA SEMANA DEL EPISODIO DE INGRESO)**HOJA DE PORTADA*

1. Fecha de evaluación ___/___/_____

2. Forma de hacer la entrevista

- 1 entrevista personal
 2 entrevista telefónica
 3 cuestionarios enviados por correo (*sólo en caso de que todo lo demás no sea posible*)
 4 evaluación perdida porque _____

3. Lugar en el que el paciente actualmente pernocta (*puede que no sea en todos los casos el lugar donde se hace la entrevista*)

- 1 todavía en el mismo hospital en el que fue ingresado
 2 duerme en su casa (si se dispone de mas información, por favor especificarla*) y todavía viene al hospital de día del mismo hospital en el que ingresó
 3 readmitido en el mismo hospital
 4 readmitido en otro hospital (si se dispone de mas información, por favor especificarla*)
 5 ingresado en un hospital, pero no en una unidad de psiquiatría (si se dispone de mas información, por favor especificarla*)
 6 en su casa (si se dispone de mas información, por favor especificarla*) y readmitido en el hospital de día del mismo hospital
 7 en su casa (si se dispone de mas información, por favor especificarla*) y admitido en el hospital de día de otro hospital
 8 en su casa (si se dispone de mas información, por favor especificarla*) y no va a un hospital de día
 9 centro psiquiátrico penitenciario 10 prisión 99 desconocido
 0 otros, por favor especificar *

* _____

4. Notas

PERCEPCIÓN DE COERCIÓN EN EL INGRESO

1. Esta vez, ¿fue Ud. quien sugirió que tendría que ir al hospital o se lo sugirieron otras personas?

- 1 Fue sólo idea mía*
- 2 Fueron otros
- 3 Fui yo y otros
- 77 No preguntado
- 88 No sabe
- 99 No contesta

* Si la respuesta es "1. Fue sólo idea mía", vaya a la pregunta 4 y sáltese las preguntas 2. y 3.

2. ¿Quiénes eran exactamente esas personas?

- 1 Familiares cercanos (esposa/hijos/padres)
- 2 Otros familiares
- 3 Policía
- 4 Amigo(s), Vecino(s), Compañero(s) de trabajo
- 5 Terapeuta(s), Trabajador(es) sanitario(s), Trabajador(es) social(es)
- 0 Alguien mas: _____
- 66 Es irrelevante ((por ej. Se ha aplicado la regla de salto de la pregunta 1.))
- 77 No preguntado
- 88 No sabe
- 99 No contesta

Marque todos los que sean aplicables. Se permiten hasta tres personas/instituciones.

3. Incluso si fueron otros los que le sugirieron que tendría que ir al hospital esta vez, ¿estuvo Ud de acuerdo en que tenía que ir?

- 1 Si
- 2 No
- 66 Es irrelevante ((por ej. Se ha aplicado la regla de salto de la pregunta 1.))
- 77 No preguntado
- 88 No sabe
- 99 No contesta

4. Entonces, esta vez ha venido Ud.al hospital (*inserte la alternativa que corresponda a lo que el paciente haya respondido hasta ahora: contra su voluntad / a petición suya*)?

- 1 Contra su voluntad / internado involuntariamente
- 2 A petición suya / ingresado voluntariamente
- 3 Ninguna (indiferente)
- 77 No preguntado
- 88 No sabe
- 99 No contesta

5. ¿Tuvo libertad para elegir si quería entrar en el hospital?

- 1 Si
- 2 No
- 77 No preguntado
- 88 No sabe
- 99 No contesta

6. ¿Elegió entrar en el hospital?

- 1 Si
- 2 No
- 77 No preguntado
- 88 No sabe
- 99 No contesta

7. ¿Fue idea suya entrar en el hospital?

- 1 Si
- 2 No
- 77 No preguntado
- 88 No sabe
- 99 No contesta

8. ¿Tuvo el control sobre si entraba en el hospital?

- 1 Si
- 2 No
- 77 No preguntado
- 88 No sabe
- 99 No contesta

9. ¿Tuvo mas peso e influencia que ninguna otra persona sobre la decisión de entrar en el hospital?

- 1 Si
- 2 No
- 77 No preguntado
- 88 No sabe
- 99 No contesta

10. Cuando se ingresa a una persona en un hospital o en una unidad de salud mental, unas cosas tendrán mas importancia que otras, dependiendo del caso. En algunos casos, se presiona a la persona o incluso se usa la fuerza física en el ingreso, mientras que en otros casos, los pacientes vienen a la unidad por su propia voluntad.

Si piensa en su ingreso actual, intente recordar si fue sometido a algún tipo de coerción, amenazas, presión, persuasión o inducción. Después intente calcular en la escalera de debajo qué escalón correspondería a la cantidad de presión que otros ejercieron sobre Ud. cuando fue ingresado, y marque este escalón con una X. Por ejemplo, si entró por completo por su propia iniciativa, ponga X en el escalón 1, pero si estuvo sometido al máximo uso de coerción, entonces ponga la X en el escalón 10.

10	MAXIMO USO DE COERCION
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	MINIMO USO DE COERCION

77 No preguntado 88 No sabe 99 No contesta

11. Notas

ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE (CAT)

1. ¿Cree que está Ud recibiendo el tratamiento apropiado ?

No, en absoluto	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">0</td><td style="padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">8</td><td style="padding: 0 5px;">9</td><td style="padding: 0 5px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sí, totalmente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
<input type="radio"/> 77 No preguntado <input type="radio"/> 88 No sabe <input type="radio"/> 99 No contesta													

2. ¿El personal que lleva su caso le entiende y se preocupa de su tratamiento?

No, en absoluto	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">0</td><td style="padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">8</td><td style="padding: 0 5px;">9</td><td style="padding: 0 5px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sí, totalmente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
<input type="radio"/> 77 No preguntado <input type="radio"/> 88 No sabe <input type="radio"/> 99 No contesta													

3. ¿Las relaciones con otros miembros de la plantilla de esta sala, son agradables o desagradables?

Muy desagradables	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">0</td><td style="padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">8</td><td style="padding: 0 5px;">9</td><td style="padding: 0 5px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy agradables
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
<input type="radio"/> 77 No preguntado <input type="radio"/> 88 No sabe <input type="radio"/> 99 No contesta													

4. ¿Cree que está recibiendo la medicación apropiada para Ud.?

No, en absoluto	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">0</td><td style="padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">8</td><td style="padding: 0 5px;">9</td><td style="padding: 0 5px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sí, totalmente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
<input type="radio"/> 66 No estoy recibiendo ninguna medicación <input type="radio"/> 77 No preguntado <input type="radio"/> 88 No sabe <input type="radio"/> 99 No contesta													

5. ¿Cree que otros elementos del tratamiento de los que se ofrecen en esta unidad son apropiados para Ud. (por ej. terapia ocupacional)?

No, en absoluto	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">0</td><td style="padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">8</td><td style="padding: 0 5px;">9</td><td style="padding: 0 5px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sí, totalmente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
<input type="radio"/> 66 No hay otros elementos del tratamiento/asistencia para mí <input type="radio"/> 77 No preguntado <input type="radio"/> 88 No sabe <input type="radio"/> 99 No contesta													

6. ¿Se siente Ud. respetado y bien considerado en esta sala?

No, en absoluto	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">0</td><td style="padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">8</td><td style="padding: 0 5px;">9</td><td style="padding: 0 5px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sí, totalmente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
<input type="radio"/> 77 no preguntado <input type="radio"/> 88 No sabe <input type="radio"/> 99 No contesta													

7. ¿Le está siendo de ayuda el tratamiento?

No, en absoluto |-----| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |-----| Sí, totalmente

77 no preguntado 88 No sabe 99 No contesta

8. Notas

ITEMS DE CONFORMIDAD - AUTOEVALUACIÓN

Sólo si el paciente **no** está actualmente en un hospital / unidad que tome parte en EUNOMIA

1. ¿Con qué frecuencia se tomó la pasada semana la medicación que le prescribieron?

1

2

3

Regular, me tomé todas o casi todas las medicinas que me prescribieron

Irregular, pero me tomé mas del 50% de las medicinas que me prescribieron

Irregular, me tomé menos del 50% de las medicinas que me prescribieron

77 No preguntado 88 No sabe 99 No contesta

2. ¿Con qué frecuencia acudió a sus sesiones de terapia?

1

2

3

Regular, fui a todas o casi todas las sesiones de terapia planificadas

Irregular, pero fui a mas del 50% de las sesiones planificadas

Irregular, fui a menos del 50% de las sesiones planificadas

77 No preguntado 88 No sabe 99 No contesta

3. Notas

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS FIJAS

Lo que no esté registrado con total seguridad, debería preguntarse en la entrevista.

1. Sexo 1 femenino 2 masculino 2. Edad ___/

3. Origen étnico _____

4. Primera lengua

- 1 español
 2 otra lengua _____ , con buen conocimiento de español
 3 otra lengua _____ , con un conocimiento moderado de español

5. Edad a la que dejó sus estudios _____ 99 no sabe

6. ¿Hubo alguna hospitalización psiquiátrica (voluntaria o involuntaria; inclúyanse hospitales de día) antes de ahora?

- 1 si 2 no 99 no sabe

si ha contestado "si":

7. Año de la primera hospitalización (voluntaria o involuntaria; inclúyanse hospitales de día) _____ 99 no sabe

8. Número de hospitalizaciones psiquiátricas involuntarias anteriores _____ 99 no sabe

9. Duración total de hospitalizaciones psiquiátricas involuntarias anteriores _____ 1 días o 2 meses *1 mes = 30.5 días*
 99 no sabe

10. Notas

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS VARIABLES

Lo que no esté registrado con total seguridad, debería preguntarse en la entrevista.

1. Situación de la vivienda 1 casa o piso propio 2 casa o piso alquilado
 3 casa o piso de la familia, pareja o amigos
 4 institución pública, por favor especificar *
 5 sin hogar 0 otros, por favor especificar *

*

_____ 99 no sabe

2. Situación laboral 1 empleo jornada completa (80% y mas) 2 empleo jornada

parcial 3 desempleado 4 ama de casa
 5 estudiante 6 pensionista 0 otros, por favor especificar *

*

99 no sabe

3. Baja laboral durante las últimas 4 semanas 1 en paro 2 sin baja laboral

3 1-5 días laborables 4 6-10 días laborables 5 mas de 10 días laborables

99 no sabe

4. Fuente principal de ingresos 1 sueldo 2 cobrando el paro 3 pensión

4 familia o amigos 5 recursos propios

0 otros, por favor especificar _____

99 no sabe

5. *si no tiene pensión (ver 2.):* actualmente tiene solicitada una pensión de invalidez

1 si 2 no 99 no sabe

6. Estado civil 1 no casado 2 casado 3 divorciado 4 viudo

99 no sabe

7. Pareja y situación familiar

1 sin pareja/conyuge, sin hijos propios en la misma casa

2 sin pareja/conyuge, con hijos propios en la misma casa

3 con pareja/conyuge y viviendo juntos, sin hijos propios en la misma casa

4 con pareja/conyuge y viviendo juntos, con hijos propios en la misma casa

5 con pareja/conyuge y viviendo separados, sin hijos propios en la misma casa

6 con pareja/conyuge y viviendo separados, con hijos propios en la misma casa

99 no sabe

8. Frecuencia de relaciones sociales

1 se reúne con amigos por lo menos una vez a la semana* por término medio *

2 se reúne con amigos dos o tres veces al mes *

3 se reúne con amigos aproximadamente una vez al mes *

4 no se reúne con amigos excepto cuando se encuentra con ellos por casualidad, en el trabajo o en clase

5 no se reúne con amigos en ninguna circunstancia

99 no sabe

* *No incluir aquí reuniones con amigos en el trabajo o “encuentros por casualidad”.*

El periodo al que se refiere este ítem es el de las cuatro últimas semanas.

9. notas

Anexo 4

Protocolo de instrumentos utilizados en el Proyecto EUNOMIA para T2

○ = por favor, marque sólo una opción

☐ = se permiten múltiples opciones – por favor, marque todas las que sean aplicables

CARACTERÍSTICAS DEL EPISODIO DEL TRATAMIENTO

Si al paciente se le hubiera dado el alta del episodio del tratamiento por el que ingresó y ahora está otra vez hospitalizado o va a un hospital de día: por favor, rellene de nuevo "características del episodio del tratamiento" para este nuevo episodio - todos los items si el hospital/unidad toma parte en EUNOMIA; si no toma parte, dé toda la información de la que disponga fácilmente.

1. Nombre del hospital: _____, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica

2. Fecha de ingreso ___/___/_____ 3. Hora de ingreso ___ : ___

4. Situación legal de ingreso

○ 1 voluntario

○ 2 involuntario, según la Ley de Enjuiciamiento Civil, art. 763

Si el ingreso es involuntario :

5. ¿Quién ordenó este ingreso involuntario, atendiendo a su legitimidad según la Ley?

☐ 1 el tribunal competente / juez (bajo el Código Penal)

☐ 6 el facultativo

○ 99 desconocido

6. ¿Quién más participó en este ingreso involuntario (por ej., quién lo pidió, lo llevó a cabo o lo autorizó) ?

☐ 1 familiares ☐ 2 psiquiatra ☐ 3 psiquiatra residente

☐ 5 enfermero/a ☐ 7 médico de urgencia

☐ 8 policía ☐ 9 tutor ☐ 10 comisión de tutela

☐ 0 otros, por favor especificar: _____

○ 88 nadie más aparte del tribunal competente o el facultativo.

99 desconocido

7. Las razones documentadas para este ingreso involuntario son

1 para prevenir actos de violencia contra sí mismo

2 para prevenir actos de violencia contra otros

3 para prevenir actos de violencia contra la propiedad

4 peligro grave o amenaza para su salud (por ej., para prevenir deterioro)

5 incapacidad para cuidar de sí mismo

6 la no-hospitalización significará su exclusión del tratamiento, por ej. este tratamiento no se le puede administrar de ningún otro modo

7 necesidad del tratamiento específico siguiente (incl. medicación): _____

0 otros, por favor especificar: _____

88 no se documentaron las razones

99 desconocido

8. Cambios en la situación legal de ingreso (*durante el episodio de ingreso, si fuese aplicable hasta T3*)

fecha ___/___/_____ a 1 voluntario

2 involuntario, según la Ley de Enjuiciamiento Civil,
art. 763

por favor, describa las razones: _____

fecha ___/___/_____ a 1 voluntario

2 involuntario, según la Ley de Enjuiciamiento Civil,
art. 763

por favor, describa las razones: _____

fecha ___/___/_____ a 1 voluntario

2 involuntario, según la Ley de Enjuiciamiento Civil,
art. 763

por favor, describa las razones: _____

9. Situación legal del tratamiento

- 1 voluntario
 2 involuntario, según la Ley 41/2002, art. 9.2, apartado b (SIN CONSENTIMIENTO)
 3 involuntario, según la Ley 41/2002, art. 9.3, apartado a (CON CONSENTIMIENTO POR

REPRESENTACIÓN)

Si el tratamiento es involuntario :

10. ¿Quién ordenó este tratamiento involuntario, atendiendo a su legitimidad según la Ley?

- 6 el facultativo
 99 desconocido

11. ¿Quién más participó en este tratamiento involuntario (por ej., quién lo autorizó o lo llevó a cabo)?

- 1 familiares 2 psiquiatra 3 psiquiatra residente
 5 enfermero/a 7 médico de urgencia
 8 guardia de seguridad 9 tutor 10 comisión de tutela
 0 otros, por favor especificar: _

- 88 *nadie más aparte del facultativo.*
 99 desconocido

12. Las razones documentadas para este tratamiento involuntario son

- 4 “*existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo*”
 5 “*su estado físico o psíquico no le permite hacerse cargo de su situación*”
 7 necesidad del tratamiento específico siguiente (incl. medicación): _____

- 0 otros, por favor especificar: _____

- 88 *no se documentaron las razones*
 99 desconocido

13. Cambios en la situación legal de tratamiento (*durante el episodio de ingreso, si fuese aplicable hasta T3*)

fecha ___/___/_____ a 1 voluntario
 2 involuntario, según la Ley 41/2002

por favor, describa las razones: _____

fecha ___/___/_____ a 1 voluntario
 2 involuntario, según la Ley 41/2002

por favor, describa las razones: _____

fecha ___/___/_____ a 1 voluntario
 2 involuntario, según la Ley 41/2002

por favor, describa las razones: _____

Si el ingreso o el tratamiento es involuntario:

14. ¿Ha apelado el paciente ante el tribunal competente contra el ingreso/tratamiento involuntario?

1 si 2 no

Si la respuesta es "si": El ingreso/tratamiento involuntario fue

1 confirmado 2 reducido 3 revocado

15. No aplicable

16. ¿Está el paciente bajo tutela?

1 si 2 no 99 desconocido

17. ¿Existe un documento de 'instrucciones previas' del paciente, relacionado con su tratamiento psiquiátrico?

1 si 2 no 99 desconocido

18. Fecha del alta ___/___/_____ 19. Hora del alta ___ : ___

20. Condiciones del alta

1 regular

ENTREVISTA AL PACIENTE

(TRES MESES DESPUÉS DEL EPISODIO DE INGRESO)

HOJA DE PORTADA

1. Fecha de evaluación ___/___/_____

2. Forma de hacer la entrevista

- 1 entrevista personal
- 2 entrevista telefónica
- 3 cuestionarios enviados por correo (*sólo en caso de que todo lo demás no sea posible*)
- 4 evaluación perdida porque _____

3. Lugar en el que el paciente actualmente pernocta (*puede que no sea en todos los casos el lugar donde se hace la entrevista*)

- 1 todavía en el mismo hospital en el que fue ingresado
- 2 duerme en su casa (si se dispone de mas información, por favor especificarla*) y todavía viene al hospital de día del mismo hospital en el que ingresó
- 3 readmitido en el mismo hospital
- 4 readmitido en otro hospital (si se dispone de mas información, por favor especificarla*)
- 5 ingresado en un hospital, pero no en una unidad de psiquiatría (si se dispone de mas información, por favor especificarla*)
- 6 en su casa (si se dispone de mas información, por favor especificarla*) y readmitido en el hospital de día del mismo hospital
- 7 en su casa (si se dispone de mas información, por favor especificarla*) y admitido en el hospital de día de otro hospital
- 8 en su casa (si se dispone de mas información, por favor especificarla*) y no va a un hospital de día
- 9 centro psiquiátrico penitenciario 10 prisión 99 desconocido
- 0 otros, por favor especificar *

* _____

4. Notas

PERCEPCIÓN DE COERCIÓN DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL

Se preguntará sin tener en cuenta donde está el paciente actualmente.

1. ¿Ha sido Ud. sometido a algo contra su voluntad durante el periodo de su estancia (si ha habido mas de una hospitalización, claramente se refiere al episodio por el que ha ingresado ahora) en el hospital?

- 1 Si, algunas veces (mas de 3 veces)
- 2 Si, algunas veces (2 o 3 veces)
- 3 Si, una vez
- 4 Nunca
- 77 No preguntado
- 88 No sabe
- 99 No contesta

2. Si ha contestado “si”, a qué tipo de medidas:

_____ (lo tiene que especificar el paciente)

Si ingresó de forma voluntaria:

3. ¿Ha sido retenido contra su voluntad alguna vez después de haber venido al hospital voluntariamente?

- 1 Si
- 2 No
- 77 No preguntado
- 88 No sabe
- 99 No contesta

Preguntar siempre, incluso si el paciente respondió “nunca” o “no sabe” al primer item:

4. ¿Ha sido sometido a medicación forzada?

- 1 Si
- 2 No
- 77 no preguntado
- 88 No sabe
- 99 No contesta

5. ¿Ha sido sometido a algún tipo de sujeción o inmovilización?

- 1 Si
- 2 No
- 77 No preguntado

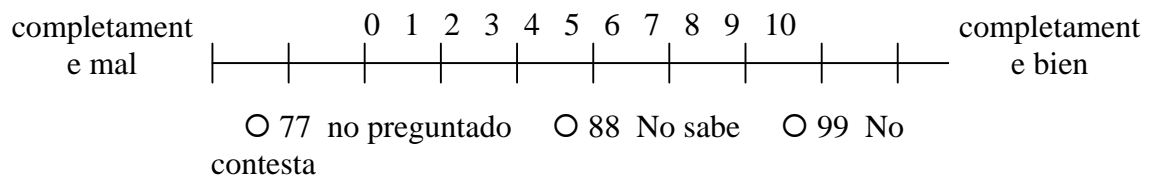
- 88 No sabe
- 99 No contesta

6. ¿Ha sido recluso o aislado?

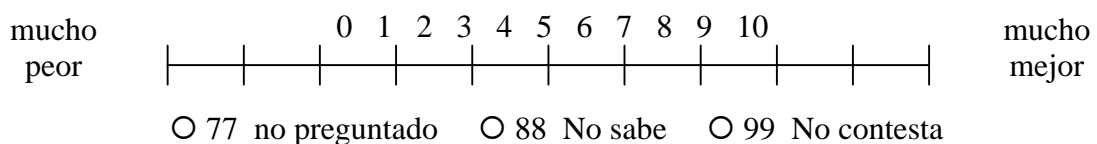
- 1 Si
- 2 No
- 77 No preguntado
- 88 No sabe
- 99 No contesta

7. Notas, por ej. otras medidas mencionadas: _____

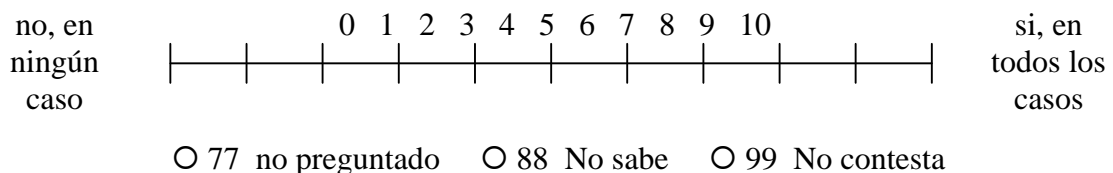
8. Hoy, ¿cree que estuvo bien o mal que le ingresaran en el hospital (*poner el tiempo, por ej. hace tres meses*)?



9. Con respecto a sus problemas de salud mental, ¿cómo se siente ahora comparado con cuando fue ingresado (*poner el tiempo, por ej. hace cuatro semanas*)?



10. Si volviese a tener los mismos problemas otra vez, ¿le gustaría tener el mismo tratamiento?



11. Cuando se ingresa a una persona en un hospital o en una unidad de salud mental, unas cosas tendrán mas importancia que otras, dependiendo del caso. En algunos casos, se presiona a la persona o incluso se usa la fuerza física en el ingreso,

mientras que en otros casos, los pacientes están totalmente de acuerdo con lo que les pasa.

Si piensa en su estancia actual en el hospital, intente recordar si fue sometido a algún tipo de coerción, amenazas, presión, persuasión o inducción. Después intente calcular en la escalera de debajo qué escalón correspondería a la cantidad de presión que otros ejercieron sobre Ud. mientras estuvo en el hospital, y marque este escalón con una X. Por ejemplo, si estuvo de acuerdo por completo con lo que se le hizo durante su estancia, ponga X en el escalón 1, pero si estuvo sometido al máximo uso de coerción, entonces ponga la X en el escalón 10.

10	MAXIMO USO DE COERCION
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	MINIMO USO DE COERCION

77 no preguntado 88 No sabe 99 No contesta

12. Notas

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Se preguntará sólo si el paciente ha sido dado de alta del episodio por el que ingresó.

1. Desde su alta, ¿ha vuelto Ud. a ser hospitalizado en una unidad psiquiátrica?

1 si 2 no

77 No preguntado 88 No sabe 99 No contesta

si ha contestado "si":

2. ingresado voluntariamente: _____ veces durante un total de _____ días

3. ingresado involuntariamente: _____ veces durante un total de _____ días

4. ¿Por qué motivos?

- 1 deterioro del estado de salud mental
- 2 acto suicida
- 3 herir a otros
- 4 otros, por favor especificar _____
- 77 no preguntado
- 88 No sabe
- 99 No contesta

5. ¿Actualmente (por ej. al menos una vez en las 4 últimas semanas) recibe tratamiento en servicios de salud comunitarios?

- 1 si 2 no
- 77 no preguntado 88 No sabe 99 No contesta

si ha contestado "si":preguntar "¿Qué tipo de tratamiento recibe?" y registrar los siguientes ítems

- 6. En las 4 últimas semanas, ¿Cuántas veces ha ido al psiquiatra? _____ veces (*si ninguna, anotar 0*)
 - 7. En las 4 últimas semanas ¿Cuántas veces ha ido a médicos de medicina general y hospitales generales por problemas de salud mental? _____ veces (*si ninguna, anotar 0*)
 - 8. En las 4 últimas semanas, ¿Cuantas veces ha ido a otros servicios de salud mental? _____ veces (*si ninguna, anotar 0*)
 - 9. opción: de el nombre de los servicios mas importantes: _____
-

10. ¿La medicación que toma Ud. ahora es todavía la misma que cuando le dieron el alta?

- 1 si, no ha cambiado
- 2 no, se ha disminuido sin consecuencias para el estado de salud mental
- 3 no, tuvo que cambiarse (o incrementarse) debido a un deterioro del estado de salud mental

- 77 No preguntado
- 88 No sabe
- 99 No contesta

11. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguna relación con la policía o con algún Juzgado de Instrucción?

- 1 si 2 no
- 77 No preguntado 88 No sabe 99 No contesta

- si ha contestado "si":*
12. Número de contactos con la policía (interrogatorio o permanencia de algunas horas, pero sin pernoctar) _____
13. Número de noches pasadas en una comisaría o cárcel _____
14. Número de evaluaciones psiquiátricas mientras en custodia _____
15. Número de comparecencias en el Juzgado (de lo penal o civil) _____

16. Notas

<i>PRESIONES GENERALES PARA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO</i>

Se preguntará sólo si el paciente ha sido dado de alta del episodio por el que ingresó.

1. Desde que tuvo el alta, ¿sintió que si Ud. no acudía a sus citas en el Equipo de Salud Mental o que si Ud. no se tomaba la medicación que tenía prescrita para sus problemas de salud mental, alcohol o drogas...

- A. Alguien le haría ir al hospital? ○ 1 si ○ 2 no
- 66 no aplicable ○ 77 no preguntado ○ 88 No sabe ○ 99 No contesta
- B. Alguien lo internaría en el hospital? ○ 1 si ○ 2 no
- 66 no aplicable ○ 77 no preguntado ○ 88 No sabe ○ 99 No contesta
- C. Alguien lo notificaría a la guardia civil/juzgado/policía? ○ 1 si ○ 2 no
- 66 no aplicable ○ 77 no preguntado ○ 88 No sabe ○ 99 No contesta
- D. Alguien no le daría dinero para sus gastos? ○ 1 si ○ 2 no
- 66 no aplicable ○ 77 no preguntado ○ 88 No sabe ○ 99 No contesta
- E. Alguien le obligaría a irse de donde vive? ○ 1 si ○ 2 no
- 66 no aplicable ○ 77 no preguntado ○ 88 No sabe ○ 99 No contesta
- F. Alguien intentaría quitarle la custodia de sus hijos o impediría que los viera? ○ 1 si ○ 2 no
- 66 no aplicable ○ 77 no preguntado ○ 88 No sabe ○ 99 No contesta

G Alguien lo despediría del trabajo? 1 si 2 no

66 no aplicable 77 no preguntado 88 No sabe 99 No contesta

H Alguien le haría la vida más difícil? 1 si 2 no

66 no aplicable 77 no preguntado 88 No sabe 99 No contesta

Si la respuesta es "si", ¿de qué manera? _____

si se ha respondido "si" a alguna de las preguntas anteriores:

2. Entonces, Ud. ha dicho que sentía que (citar los items a los que haya respondido "si"). ¿Quién hizo que Ud. se sintiera así? ¿Fue...

A. el psiquiatra? 1 si 2 no

77 no preguntado 88 No sabe 99 No contesta

B. el terapeuta que lo ve a Ud. con más frecuencia? 1 si 2 no

77 no preguntado 88 No sabe 99 No contesta

C. alguien del equipo de salud mental? (Especificar el puesto _____) 1 si 2 no

77 no preguntado 88 No sabe 99 No contesta

D. un familiar? (Especificar el parentesco _____) 1 si 2 no

77 no preguntado 88 No sabe 99 No contesta

E. alguien del sistema judicial? (Especificar el puesto _____) 1 si 2 no

77 no preguntado 88 No sabe 99 No contesta

F. alguien más? (Especificar _____) 1 si 2 no

77 no preguntado 88 No sabe 99 No contesta

ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE (CAT)

si el paciente **no** ha sido dado de alta del episodio por el que ingresó Sólo los items 6 y 7 son obligatorios.

1. ¿Cree que está Ud recibiendo el tratamiento apropiado ?

No, en absoluto	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">6</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">7</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">8</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">9</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Si, totalmente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
<input type="radio"/> 77 no preguntado <input type="radio"/> 88 No sabe <input type="radio"/> 99 No contesta													

2. ¿El personal que lleva su caso le entiende y se preocupa de su tratamiento?

No, en absoluto	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">6</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">7</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">8</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">9</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Si, totalmente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
<input type="radio"/> 77 no preguntado <input type="radio"/> 88 No sabe <input type="radio"/> 99 No contesta													

3. ¿Las relaciones con otros miembros de la plantilla de esta sala, son agradables o desagradables?

Muy desagradables	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">6</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">7</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">8</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">9</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy agradables
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
<input type="radio"/> 77 no preguntado <input type="radio"/> 88 No sabe <input type="radio"/> 99 No contesta													

4. ¿Cree que está recibiendo la medicación apropiada para Ud.?

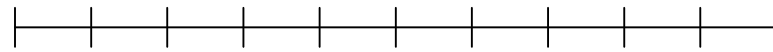
No, en absoluto	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">6</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">7</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">8</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">9</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Si, totalmente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
<input type="radio"/> 66 No estoy recibiendo ninguna medicación <input type="radio"/> 77 no preguntado <input type="radio"/> 88 No sabe <input type="radio"/> 99 No contesta													

5. ¿Cree que otros elementos del tratamiento de los que se ofrecen en esta unidad son apropiados para Ud.?

No, en absoluto	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">6</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">7</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">8</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">9</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Si, totalmente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
<input type="radio"/> 66 No hay otros elementos del tratamiento/asistencia para mí <input type="radio"/> 77 no preguntado <input type="radio"/> 88 No sabe <input type="radio"/> 99 No contesta													

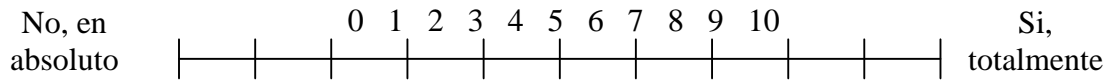
6. ¿Se siente Ud. respetado y bien considerado en esta sala?

No, en absoluto	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">6</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">7</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">8</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">9</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Si, totalmente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			



77 no preguntado 88 No sabe 99 No contesta

7. ¿Le está siendo de ayuda el tratamiento?

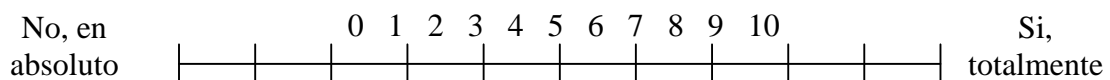


77 no preguntado 88 No sabe 99 No contesta

ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE (CAT)

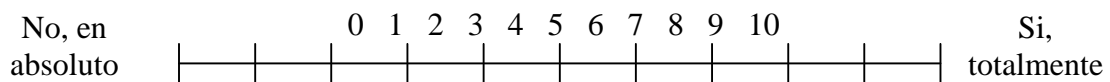
si el paciente ha sido dado de alta del episodio por el que ingresó Sólo los items 6 y 7 son obligatorios.

1. ¿Cree que recibió Ud el tratamiento apropiado ?



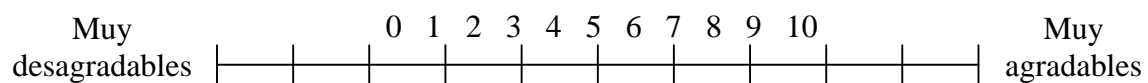
77 No preguntado 88 No sabe 99 No contesta

2. ¿El personal que llevaba su caso le entendía y se preocupaba de su tratamiento?



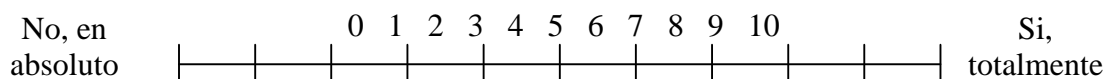
77 No preguntado 88 No sabe 99 No contesta

3. ¿Las relaciones con otros miembros de la plantilla de la sala, eran agradables o desagradables?



77 No preguntado 88 No sabe 99 No contesta

4. ¿Cree que recibió la medicación apropiada para Ud.?



66 No recibí ninguna medicación 77 No preguntado 88 No sabe 99 No contesta

5. ¿Cree que otros elementos del tratamiento de los que se ofrecen en la unidad eran apropiados para Ud. (por ej. terapia ocupacional)?

No, en absoluto |-----| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |-----| Si, totalmente

66 No hubo otros elementos del tratamiento para mí 77 No preguntado 88 No sabe 99 No contesta

6. ¿Se sintió Ud. respetado y bien considerado en la sala?

No, en absoluto |-----| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |-----| Si, totalmente

77 No preguntado 88 No sabe 99 No contesta

7. ¿Le sirvió de ayuda el tratamiento?

No, en absoluto |-----| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |-----| Si, totalmente

77 No preguntado 88 No sabe 99 No contesta

ITEMS DE CONFORMIDAD - AUTOEVALUACIÓN

Sólo si el paciente **no** está actualmente en un hospital / unidad que tome parte en EUNOMIA

1. ¿Con qué frecuencia se tomó la pasada semana la medicación que le prescribieron?

- 1 Regular, me tomé todas o casi todos los medicamentos que me prescribieron.
- 2 Irregular, pero me tomé mas del 50% de los medicamentos que me prescribieron.
- 3 Irregular, me tomé menos del 50% de los medicamentos que me prescribieron.
- 66 No tenía prescrita medicación.
- 77 no preguntado
- 88 No sabe
- 99 No contesta

2. ¿Con qué frecuencia acudió la semana pasada a sus sesiones de terapia?

- 1 Regular, asistí a todas o casi todas las sesiones de terapia planificadas.
- 2 Irregular, pero asistí a mas del 50% de las sesiones planificadas.
- 3 Irregular, asistí a menos del 50% de las sesiones planificadas.

- 66 No tenía sesiones de terapia.
- 77 no preguntado
- 88 No sabe
- 99 No contesta

3. Notas

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS VARIABLES

Lo que no esté registrado con total seguridad, debería preguntarse en la entrevista.

0. ¿Ha sido capaz de restablecer su mismo modo de vida y la misma situación laboral que tenía antes de ingresar o ha cambiado algo desde entonces?
- 1 no ha cambiado - *sáltese el resto de esta sección*
 - 2 algo ha cambiado - *preguntar: ¿Qué es lo que ha cambiado? Luego vuelva a registrar la información abajo. Si el paciente se muestra reacio o quiere terminar la entrevista, continúe con la sección siguiente y anote el resto como “no hay / no preguntado”.*
 - 77 No preguntado
 - 88 No sabe
 - 99 No contesta

Por favor, anote antes de la entrevista las respuestas de T1 para comparar.

- 1. Situación de la vivienda** 1 casa o piso propio 2 casa o piso alquilado
 3 casa o piso de la familia, pareja o amigos
 4 institución pública, por favor especificar *
 5 sin hogar 0 otros, por favor especificar *

*

99 desconocido

- 2. Situación laboral** 1 empleo jornada completa (80% y mas) 2 empleo jornada parcial 3 desempleado 4 ama de casa
 5 estudiante 6 pensionista 0 otros, por favor especificar *

*

99 desconocido

- 3. Baja laboral durante las últimas 4 semanas** 1 en paro 2 sin baja laboral
 3 1-5 días laborables 4 6-10 días laborables 5 mas de 10 días laborables
 99 desconocido

- 4. Fuente principal de ingresos** 1 sueldo 2 cobrando el paro 3 pensión
 4 familia o amigos 5 recursos propios
 0 otros, por favor especificar _____
 99 desconocido

- 5. si no tiene pensión (ver 2.): actualmente tiene solicitada una pensión de invalidez**
 1 si 2 no 99 no sabe

- 6. Estado civil** 1 no casado 2 casado 3 divorciado 4 viudo
 99 desconocido

7. Pareja y situación familiar

- 1 sin pareja/conyuge, sin hijos propios en la misma casa
 2 sin pareja/conyuge, con hijos propios en la misma casa
 3 con pareja/conyuge y viviendo juntos, sin hijos propios en la misma casa
 4 con pareja/conyuge y viviendo juntos, con hijos propios en la misma casa
 5 con pareja/conyuge y viviendo separados, sin hijos propios en la misma casa
 6 con pareja/conyuge y viviendo separados, con hijos propios en la misma casa
 99 desconocido

8. Frecuencia de relaciones sociales

- 1 se reúne con amigos por lo menos una vez a la semana* por término medio
 2 se reúne con amigos dos o tres veces al mes *
 3 se reúne con amigos aproximadamente una vez al mes *
 4 no se reúne con amigos excepto cuando se encuentra con ellos por casualidad, en el trabajo o en clase
 5 no se reúne con amigos en ninguna circunstancia
 99 no sabe

* *No incluir aquí reuniones con amigos en el trabajo o "encuentros por casualidad".
 El periodo al que se refiere este ítem es el de las cuatro últimas semanas.*

si han disminuido, preguntar:

¿Por qué han disminuido sus relaciones sociales?

- 1 Mis amigos me rechazan

- 2 Yo rechazo a mis amigos.
- 77 No preguntado
- 88 No sabe
- 99 No contesta

Anexo 4.

Tabla 1 Matriz de componentes rotados*.

	Factores Extraídos					
	Síntomas maniacos	Síntomas negativos	Síntomas positivos	Síntomas Depresivos	Síntomas Tención /exitacion	Síntomas de ansiedad
BPRS 19 T1: Tención	,776					,215
BPRS 20 T1: Falta de cooperación	,767					
BPRS 22 T1: Distractibilidad	,764					
BPRS 23 T1: hiperactividad motora	,752				,341	
BPRS 21 T1: Emoción	,710				,381	
BPRS 13 T1: Self-Neglect	,564		,299			-,246
BPRS 14 T1: Desorientación	,542	,211	,245			-,217
BPRS 24 T1: Manierismos y posturas	,526	,293			,312	-,226
BPRS 15 T1: desorganización conceptual	,525	,324	,278			
BPRS 06 T1: Hostilidad	,446	-,312	,338			
BPRS 16 T1: Embotamiento afectivo		,862				
BPRS 17 T1: Retraimiento emocional	,227	,809				
BPRS 18 T1: Enlentecimiento motor		,690		,261		
BPRS 11 T1: Pensamiento con contenido inusual.			,783		,206	
BPRS 10 T1: Alucinaciones			,698			
BPRS 09 T1: Suspiciacia.	,206		,659			,262
BPRS 12 T1: comportamiento extraño o extravagante	,464		,476			
BPRS 04 T1: Tendencias suicidas				,804		
BPRS 03 T1: Depresión				,746		,229
BPRS 05 T1: Culpabilidad				,731		
BPRS 08 T1: Grandiosidad			,215		,826	
BPRS 07 T1: Animo elevado	,249				,786	
BPRS 01 T1: Preocupación somática		,205				,723
BPRS 02 T1: Ansiedad				,483		,574

Método de extracción: Análisis de componentes principales

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

IX. Bibliografía



2008

1. **Addington D, Bouchard R, Goldberg J, et al (2005)** International early psychosis association writing group. international clinical practice guidelines for early psychosis. Br J. Psychiatry. pp. 120-124.: Medline. Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU.
2. **Alfonso Chinchilla Moreno (2007)** Las esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos y terapéuticos. (ed Elsevier).
3. **Alptekin K, Akvardar Y, Kivircik A, et al (2005)** Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia. Progress in neuro - psychopharmacology & Biological Psychiatry.
4. **Alvarado Muñoz R (2007)** Tesis Doctoral: Satisfacción de necesidades y calidad de vida en personas con esquizofrenia y enfermedades afines en Chile.
5. **American Psychiatric Association (1987)** Escala de evaluación de la actividad Global (EEAG). pp. 177.: Instrumentos de evaluación del nivel de funcionamiento.
6. **Anderson W, Cristalan J, and Payne N (1995)** Predicting inpatient length of stay with the expanded version of the brief psychiatric rating scale (versión 4.0). American Psychiatric Association.
7. **Apiquian R, Fresán A, Ulloa R, et al (2001)** Estudio comparativo de pacientes esquizofrénicos con y sin depresión. Salud Mental, **24**.
8. **Arendt M, Rosemberg R, and Foldager L (2005)** Cannabis - induced psychosis and subsequent - schizophrenia - spectrum disorders: follow up study of 535 incident cases. British Journal of Psychiatry.
9. **Barclay L (2004)** Influenza in early pregnancy linked to schizophrenia. Archives of general psychiatry.
10. **Barrios A, Héctor M, Gadea L, et al (1996)** Avances diagnósticos en esquizofrenia. evaluación cuantitativa mediante escalas clínicas (BPRS, PANSS, SOFAS). Revista de psiquiatría del Uruguay.
11. **Benjamin W, Voorhees V (2007)** Incidencia y prevalencia en esquizofrenia.
12. **Bozikas V, Kosmidis M, Kioperlidou K, et al (2004)** Relationship between psychopathology and cognitive functioning in schizophrenia. Compr Psychiatry, -392.
13. **Brancosho B, Barbul C, and Grassi L (2005)** The BPRS-E as predictor of length of stay in residential facility. American Psychiatric Association, 755-756.
14. **Bulbena A, Berrios G, Fernández P (2000)** Medición clínica en Psiquiatría y Psicología. (ed Elsevier), Masson.

15. **Cano J.F, Córdoba Rojas R.N, Fierro Urresta M.A, et al (2007a)** Determinant issues in clinical severity of first episode psychosis. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, **36 N.1**, 18-30.
16. **Cano J.F, Fierro Urresta M.A, Vanegas C.R, et al (2007b)** Prognostic factors for schizophrenia during first psychotic episode. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
17. **Caparros B (1999)** Características fenotípicas de personalidad y neuropsicologías en padres no afectados de pacientes esquizofrénicos.
18. **Castlea D, Shanb P, and Murray R (1998)** Differences in distribution of ages of onset in males and females with schizophrenia. *Schizophrenia research*, **33**, 179-183.
19. **Castulo Cisneros R (2005)** Depresión - suicidio y esquizofrenia. *Avances en psiquiatría Biológica*, **6**, 119-124.
20. **Cavieresf A and Naidebenito M (2005)** Cognitive function and quality of life in schizophrenia. *Revista Chilena de Neuro - Psiquiatría*, **43**.
21. **Cervilla Ballesteros J (2002b)** Valoración y tratamiento del enfermo mental. (ed Aran Ediciones S.A).
22. **Chinchilla Moreno A, Quintero Gutierrez F.J, Puente Garcia R, et al (2004)** Actualizaciones terapéuticas en la esquizofrenia. *Psiquis*, **25**.
23. **Clement Zai (2008)** Gene Association studies of schizophrenia & tardive dyskinesia.
24. **Colaboradores de Wikipedia (8 A.D.)** Psicopatología. (ed Wikipedia enciclopedia libre).
25. **Comisión de las comunidades Europeas (2005)** Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en salud mental.
26. **Cuesta M.J, Peralta V, and Serrano J.F (2008)** Nuevas perspectivas en la psicopatología de los trastornos esquizofrénicos. *Anales.Sistema Sanitario de Navarra*, **23**.
27. **Ertugrul A and Ulug B (2000)** The influence of neurocognitive deficits and symptoms on disability in schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica.Supplementum*, **105**, 196-201.
28. **Esquizofrenia. Org.** Epidemiologia. In: 2008
29. **Freedman A, Kaplan H, Sadock B (1980b)** Compendio de psiquiatría.

30. **Fresán A, Apiquian R, and Ulloa R (2003)** Funcionamiento premórbido y género y su relación con la psicosis no tratada. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 53-58.
31. **Gaite L, Vázquez-Baquero J.L, Herrán A, et al (2005)** Principales determinantes de la puntuación del Global Assessment of functioning en la esquizofrenia: un estudio multicentrico europeo. *Compr Psychiatry*.
32. **García B and Grupo GEOPE (2002)** Funcionalidad como un objetivo en el tratamiento de la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*.
33. **Goldstein J, Tsuang M, and Faraone S (1989)** Gender and schizophrenia: implications for understanding the heterogeneity of the illness. *Psychiatry research*, 243-253.
34. **Górecka J.E and Czernikiewicz A (2004)** The relationship between quality of life of schizophrenic patients and clinical parameters. *Wiadomości Lekarskie*.
35. **Grupo de Psicología (2008)** Los modelos psicopatológicos.
36. **Grupo GEOPE (2002)** La funcionalidad como objetivo en el tratamiento de la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*.
37. **Gutiérrez F (1998)** Tratamiento actual con antipsicóticos de la esquizofrenia. *Farm Hosp*.
38. **Hales Robert E, Stuart C, Yudofsky (2006a)** Fundamentos en psiquiatría clínica.
39. **Hales Robert E, Stuart C, Yudofsky, et al (2006b)** Fundamentos en psiquiatría clínica. (ed Elsevier).
40. **Hasson - Ohayon I, Kravetz S, Roe D, et al (2006)** Insight into psychosis and quality of life. *Compr Psychiatry*, **47**, 265-269.
41. **Herrán A, Sierra-Biddle D (2000)** Determinantes de la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia crónica. pp. 158.
42. **Hofer A, Rettenbacher M, Widschwendter C, et al (2006)** Correlates of subjective and functional outcomes in outpatient clinic attendees with schizophrenia and schizoaffective disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, **256**.
43. **Huppert J and Smith T (2008)** longitudinal analysis of subjective quality of life in schizophrenia; anxiety as the best symptom predictor. *The journal of clinical psychiatry*.
44. **Isaac M, Chand P, and Murthy P (2007)** Schizophrenia outcome measures in the wider international community. *The British Journal of psychiatry*.

45. **Jablensky A, Schwars R, and Tomov T (1980)** WHO Collaborative study on impairments and disabilities associated with mental disorders. *Acta psychiatrica Scand.*
46. **Janet B, Williams D (2007)** Mental Health status functioning and disabilities measures. pp. 93-133.: General measures (non-disorder specific).
47. **Kasper S (2006)** A preliminary usability evaluation of Web-based portal application for patients with schizophrenia. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology.*
48. **King S, Barr R, Brunet A, et al (2000)** The ice storn: an opportunity to study the effects of prenatal stress on the baby and the mother. *Santé mentale au Québec.*
49. **Knapp M, Mc David D, Mossialos E, et al (2007)** Salud mental en Europa: políticas y prácticas. pp. 2-3.
50. **Kucukalic A, Dzibur - Kulenovic A, and Mehmedika - Suljic E (2007)** Relapse prevention in schizophrenia - new therapeutic challenges. *Psychiatria Danubina.*
51. **Laes J and Sponheim S (2005)** Does cognition predict community function only in schizophrenia? a study of schizophrenia patients, bipolar affective disorder patients and community control subjects. *Schizophrenia research*, **84**, 121-131.
52. **Lara N, (2005-2006)** Calidad de vida y funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia en monoterapia con olanzapina: estudio naturalistico de 1 año de seguimiento. *Actas Españolas de Psiquiatria*
53. **Lieberman J.A, Malaspina D, and Jarskog L.F (2006)** Preventing clinical deterioration in the course of schizophrenia: the potential for neuroprotection: the potential for neuroprotection. *The International Journal Neuropsychiatric medicine*, **13**, 1-16.
54. **López S, Garrido F, and Hernandez M (2000)** Desarrollo historico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. *Salud Pública de Mexico*, 133-143.
55. **Lykke J, Hesse M, and Destrigh I (2008)** Validity of the BPRS, the BDI and the BAI in dual diagnosis patients. *Elsevier, oxford, Royaume - uni*, **33**, 299-300.
56. **Lysaker PH and Salyers M.P (2007)** Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta psychiatrica Scandinavica.Supplementum.*

-
57. **M.G Vite Lopez, V.R Miranda Lara** Historia de la Salud Mental en España. pp. 111-122.
 58. **Malla A, Williams D, Kopola L, et al (2006)** Outcome on quality of life in a Canadian national sample of patients with schizophrenia and related psychotic disorders. *Acta Psychiatrica Scand.*
 59. **Marelo C, Ortega-Soto H.A, Rodríguez M.S, et al (2004)** Estudio comparativo de consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia. *Salud Mental*, 47-53.
 60. **Martín Reyes M, Mendoza Quiñónez R, Díaz de Villavilla T, et al (2004)** Transmisión familiar de los síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia familiar y esporádica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, -353.
 61. **Martínez J.A, Cuesta M.J, and Peralta V (1997)** Etiología de la esquizofrenia: interacción genes ambiente. *Schizophrenia research*, **20**.
 62. **Martínez Moreno M and Martínez Larrea A (2006)** Migration and psychiatric diseases. *Anales.Sistema Sanitario de Navarra*, **29**.
 63. **Mata I, Beperet M, Madoz V, et al (2000)** Prevalence and incidence of schizophrenia in Navarra. *Anales.Sistema Sanitario de Navarra*, **23**.
 64. **Matsui M, Sumiyoshi T, Aral H, et al (2008)** Cognitive functioning related to quality of life in schizophrenia. *Progress in neuro - psychopharmacology & Biological Psychiatry*.
 65. **Morelo P and Grupo nature (2007)** Pharmacogenomics. *The pharmacogenomics Journal*.
 66. **Moreno B, Arroyo B, Torrez - González F, et al (2007)** Social predictors of out-patient mental health contact in schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr epidemiol*, 452-456.
 67. **Netional library of medicine USA (2008)** esquizofrenia.
 68. **Office of the Deputy prime Minister.** Social Exclusión Unit. In: 2004.
 69. **Ochoa S, Usall J, Haro J, et al (2001)** Estudio comparativo de las necesidades de pacientes con esquizofrenia en función del género. *revista de psiquiatría universidad de Barma*, **29**.
 70. **Overall J.E (1962)** Escala breve de evaluación psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS). pp. 48.: Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica.
 71. **Parra I, Crivilles S, and Sponheim S (2005)** Esquizofrenia familiar y esporádica; un estudio clínico comparativo. *revista de psiquiatría universidad de Barma*.

72. **Rada G and Merino T (2005)** El concepto de Epidemiología. Revista de la universidad Católica de Chile.
73. **Ritsner M, Gibel A, and Ratner Y (2006)** Determinants of changes in perceived quality of life in the course of schizophrenia. Quality of life Research.
74. **Ritsner M, Kurs R, Gibel A, et al (2003)** Predictors of quality of life in major psychoses: a naturalistic follow - up study. The journal of clinical psychiatry.
75. **Ritsner M, Modai I, Endicott J, et al (2000)** Differences in quality of life domains and psychopatologic and psychosocial factors in psychiatric patients. The journal of clinical psychiatry, **61**, -880.
76. **Ritsner M.S (2008)** Predicting quality of life impairment in chonic schizophrenia from cognitive variables. The Rappaport Faculty of Medicine.
77. **Rosales Varo C (1999a)** Estudio Geográfico de una población de esquizofrénicos y de sus necesidades en un área de Granada.
78. **Ruiloba Vallejo J, Cercós Leal C (2005)** Tratade de psiquiatría. (ed ARS Medico).
79. **Ruiz - Veguilla M, Gurpegui M, Barrigon M, et al (2008)** Fewer neurological soft sings among first episode psychosis patients with neavy cannabis use. Schizophrenia research.
80. **Smith G, Malla A, Williams R, et al (2006)** The Canadian National Outcomes Measurement Study in Schizophrenia: overview of the patient sample and methodology. Acta Psychiatric Scand, **113**.
81. **Smith T, Hull J, Goodman M, et al (1999)** The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. The Journal of nervous and mental disease, **187**, 102-108.
82. **Stephen M (1999)** Psicofarmacologia esencial: bases neurocientificas y aplicaciones clínicas. (ed Ariel S.A).
83. **Takei N, Sham P, Ocallaghan E, et al (1995)** Early risk factors in schizophrenia: place and season of birth. European Psychiatry.
84. **Unidad de salud mental del area sanitaria Cantabria (España) (2000)** Programa de prevención de la psicosis.
85. **Ussall J (2003)** Diferencias de género en la esquizofrenia. Revista de Psiquiatria Facultad de mMedicina Barma, 276-287.
86. **V.Peralta, M.J.Cuesta (2002)** Trastorno depresivo y depresión en los trastornos de espectro esquizofrenico.
87. **Vallejo Ruiloba J (2006)** Introduccion a la psicopatología y la psiquiatria. (ed Masson).

88. **Vila F, Ochoa S, Haro J, et al (2003)** Psicopatología y funcionamiento social en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que viven en la comunidad. *Psiquiatría fac de medicina Barna*, 319-323.
89. **Villalta Gil V, Vilaplana M, Ochoa S, et al (2007)** Neurocognitive performance and negative symptoms: are they equal in explaining disability in schizophrenia outpatients. *Schizophrenia research*.
90. **Vite López and Lara M (2005)** Historia de la salud mental en España. *Revista científica de psicología ICSa-UAEH*.
91. **Weinberg D (1987)** Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of general psychiatry*.
92. **Wetherell J, Palmer B, Thorp S, et al (2003)** Anxiety symptoms and quality of life in middle - aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *The journal of clinical psychiatry*, **64**.
93. **Yu Tao Xiang, Yong-Zhen weng, Chi-Ming Leung, Wai-Kwong Tang, Gabor S.** Quality of life of chinese schizophrenia outpatients in hong kong: relationship to sociodemographic factors and symptomatology. *The royal australian and New Zealand College of Psychiatrists* 2007.