

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**HOSPITAL PSIQUIATRICO “FRAY BERNARDINO  
ÁLVAREZ”**

**VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS PARA  
EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PSICÓTICOS  
EN UN MODELO DE REHABILITACIÓN**

**AUTOR:**

**DR. ANTONIO ENCISO LÓPEZ**  
Residente de Psiquiatría

**ASESORES:**

**DRA. CARMEN ROJAS RIVAS**  
Asesora teórica  
Subdirectora de Enseñanza y Capacitación  
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

**DR. FRANCISCO FRANCO LOPEZ SALAZAR**  
Asesor práctico  
Jefe de Investigación  
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Quiero dedicar esta tesis  
a mis padres, a mi esposa e hija.**

**Agradezco el apoyo brindado  
a los médicos, enfermeras y psicólogos  
del Hospital Parcial del HPFBA**

# ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| Resumen  | 1  |
| Introducción   |    |
| Conceptualización de la Calidad de Vida                          | 2  |
| Modalidades de Evaluación de Calidad de Vida                     | 4  |
| Cuestionario para Calidad de Vida de Dunbar y otros instrumentos | 6  |
| Hospital de Día  | 10 |
| Diseño   | 13 |
| Objetivo   | 13 |
| Objetivos específicos  | 13 |
| Justificación  | 12 |
| Hipótesis  | 13 |
| Material y Métodos   |    |
| Sujetos  | 14 |
| Criterios de inclusión y exclusión                               | 14 |
| Instrumentos   |    |
| Cuestionario para Calidad de Vida de Dunbar                      | 15 |
| Inventario de Beck para Depresión                                | 15 |
| Escala Análoga Visual  | 15 |
| Escala de Síntomas Positivos y Negativos para la Esquizofrenia   | 16 |
| Escala Dimascio para Síntomas Extrapiramidales                   | 16 |
| Escala de Adherencia al Medicamento                              | 17 |
| Impresión Clínica Global   | 17 |
| Procedimiento  | 18 |
| Resultados   |    |
| Características Sociodemográficas                                | 19 |
| Características Clínicas e Índices Clinimétricos                 | 18 |
| Consistencia Interna   | 20 |
| Validez Concurrente  | 20 |
| Discusión  | 21 |
| Conclusión   | 24 |
| Cuadros de resultados  | 25 |
| Bibliografía   | 31 |

## RESUMEN

La calidad de vida (CV) es una forma actual de medir el impacto de los diversos tratamientos médicos sobre la vida de los pacientes. Su medición comprende el aspecto objetivo o biológico de la enfermedad, y el subjetivo, aunque este último se ha contemplado poco en las evaluaciones. Para los enfermos psicóticos crónicos se tienen pocos instrumentos que evalúen la calidad subjetiva de vida de forma precisa, no obstante los modelos actuales de tratamiento y rehabilitación psiquiátrica tienen un enfoque biopsicosocial, por lo que se debe contar con instrumentos para evaluar sus resultados en esos mismos niveles. Ante esta situación realizamos un estudio de proceso para validar el Cuestionario para Calidad de Vida de Dunbar (CCVD), aplicando un fiel análisis de la consistencia interna y validez concurrente del instrumento. El CCVD que mide la CV subjetiva actual e ideal se aplicó en una población de 79 pacientes psicóticos en proceso de rehabilitados en el modelo de Hospital de Día, del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". En conjunto se aplicaron los siguientes instrumentos: Inventario de Beck para Depresión (IBD), Escala de Evaluación de Adherencia al Medicamento (EEAM), Impresión Clínica Global (ICG), Escala Análoga Visual (EAV), Escala de Síntomas Positivos y Negativos para la Esquizofrenia (PANNS), Escala Dimascio de Evaluación para Síntomas Extrapiramidales (EDESE). Realizándose el análisis con el  $\alpha$  de Cronbach y coeficientes de correlación. Los resultados del trabajo indican que el CCVD no es del todo válido para la población de pacientes con trastorno psicóticos a mitad de su proceso de rehabilitación por las alfas bajas, aunque si se correlaciona con otros instrumentos.

# INTRODUCCIÓN.

## CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

El concepto de la calidad de vida (CV) y su medición ha venido evolucionando cuando menos 30 años, a través de los cuales se ha intentado dar una definición conceptual y crear un método de medición de lo subjetivo que puede ser su interpretación personal (1,2,3). El concepto de la CV surge, primariamente, en el campo de la sociología con el propósito de señalar las diferencias entre el nivel de vida –bienes y recursos materiales que un sujeto posee y de los que puede hacer uso- y la valoración personal, y por tanto subjetiva, que cada sujeto hace de esos bienes y recursos (3). Pero pronto trascendió dicho ámbito y se incorporó en el campo de la salud. En este aspecto Karnofsky en 1949 fue el primero en señalar cómo el estado físico de un individuo enfermo tiene poco que ver con el nivel de funcionamiento personal y social que dicho enfermo posee. En otras palabras, la gravedad de la enfermedad guarda poca relación con el bienestar personal y social que puede manifestar un enfermo (4). El concepto de CV cae en el ámbito médico cuando se considera que tanto la enfermedad como las intervenciones médicas influyen en la cantidad y CV de un individuo (1,4). Para algunos autores la definición de la CV es esencialmente un problema filosófico: “Lo que constituye la calidad de vida es una cuestión personal e individual que lleva a una aproximación filosófica más que científica” (5). Relacionado con esto, tenemos que no puede identificarse un estándar de oro o un criterio externo para su evaluación (6,7,8). Sin embargo, otros autores consideran que la CV aunque se trata de algo subjetivo, puede definirse y ser evaluada científicamente abordándola de manera multidimensional, incluyendo factores subjetivos y objetivos (2,9,10). La formulación teórica de Bigelow et al, incluye elementos que la mayoría de los autores han considerado relevantes: elementos subjetivos y elementos objetivos (9). El componente subjetivo corresponde a las definiciones unidimensionales o globales que han sido propuestas por diferentes autores: bienestar y satisfacción (11,12). El componente objetivo incluye los factores que determinan o influyen sobre la percepción que el sujeto tiene de la calidad de su vida (la presencia o no de síntomas, el funcionamiento físico, el apoyo social, etc); estos factores se incluyen en las definiciones multidimensionales, útiles en el desarrollo de instrumentos de evaluación (9).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1947, amplió la conceptualización previa de la salud ( “...ausencia de enfermedad”), al incluir en su definición de la misma un elemento subjetivo (bienestar mental) y otro social (1,13); y se considera a este antecedente como el principal para incluir a la CV en la investigación médica. La OMS define la CV como sigue: “La CV es la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en el que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses” (14).

En el estudio realizado por Lehman et al, se encontró que el factor social (aislamiento social, pobres relaciones personales y familiares, pocas oportunidades de trabajo, bajo ingreso económico) es en el que los enfermos mentales tiene mayor grado de insatisfacción, incluso comparados con grupos sociales marginados o minoritarios (15). Baca hace referencia a la CV en el plano subjetivo e individual de la persona, pudiendo ser por consiguiente diferente para cada sujeto. Dicha diferencia se sustenta en

principio en la valoración personal que el sujeto realiza de su ambiente psicológico (percibido, no físico), valoración que a su vez y como en todo proceso psicológico consta de tres componentes: el cognitivo (conocer, percibir, pensar), el emocional (lo que el individuo siente y como responde emotivamente a lo que siente) y el conductual (lo que el individuo hace) (16). En el enfoque subjetivo lo que interesa no son tanto las necesidades que el sujeto considera relacionadas con una buena o mala calidad de vida, sino las propias experiencias subjetivas que el enfermo tiene a pesar de su enfermedad y/o precisamente a causa de ella (2,17). En este sentido la experiencia subjetiva se relaciona íntimamente con las distintas alteraciones que sufre el sujeto, ya sean de tipo físico y/o mental. Así, por ejemplo, en los esquizofrénicos la experiencia subjetiva del enfermo se ve influida por las distintas disfunciones cognitivas, emocionales y conductuales que el sujeto presenta, ya que como señala Camacho et al, el conocimiento de la realidad interna y externa se realiza conjuntamente a través de la experiencia cognitiva y emocional, siendo ésta última crucial en la relación del yo-realidad (18).

Cella y Tulskey consideran que la CV se refiere “a la apreciación que hace el paciente de su vida y al nivel de funcionamiento actual comparado con que él considera posible o ideal”(19). Por su parte Joyce enfatiza que en la evaluación de la CV, la apreciación subjetiva que tiene el sujeto de su propia vida es lo que realmente vale (20). Kelly plantea que la evaluación que hace un individuo de su CV está determinada por elementos y constructos. Siendo los elementos, los objetos dentro del pensamiento de cada individuo y los constructos, las cualidades que el individuo atribuye a cada objeto (21).

Lara et al, plantean una definición igualmente multidimensional que se refiere a la CV como la evaluación global que el sujeto hace de su vida, y depende tanto de las características del sujeto (demográficas, valores, personalidad, etc) como de moduladores externos, como es el caso de la enfermedad y del tratamiento que esta requiere (1) En el trabajo de Lara y cols. se justifica la medición de la calidad de vida en medicina tomando como base la Declaración de Helsinki en su apartado sobre la investigación clínica, donde dice: “Durante el tratamiento de un paciente, el médico debe tener la libertad para utilizar un nuevo método diagnóstico o terapéutico si, en su opinión, da esperanzas de salvar la vida, restablecer la salud, o mitigar el sufrimiento.” Para Lara et al, mitigar el sufrimiento, es restaurar la CV, y es precisamente, la razón para medirla. En el caso de las enfermedades crónicas, las aportaciones médicas no deben sólo a salvar la vida del paciente sino también a mitigar el sufrimiento debido a ellas, a “...mejorar la calidad de vida”. Además, actualmente la esperanza de vida se ha prolongado como resultado del abatimiento de las enfermedades infecto-contagiosas, con lo que las enfermedades crónicas, como las enfermedades mentales (depresión, esquizofrenia), las cardiopatías, la insuficiencia renal, la diabetes, tienen un papel mayor en la salud de la sociedad. En estas enfermedades no se busca solamente la supervivencia, sino que exista la mejor CV posible (1).

Diferentes autores coinciden en algunos aspectos al incluir distintas variables en la definición de la calidad de vida. De Haes y Van Knippenberg (22,23) consideran además del bienestar global, los aspectos físicos, social, funcional (actividades que el paciente es capaz de realizar) y económico. Gilbard y Aaronsonm, entre otros, mencionan el bienestar psicológico, las interacciones sociales y el estado funcional como relevantes de la calidad de vida (24,25). Los estudios de Kiebert et al, se basan en

la consideración de la CV es la “evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo” (26).

Para Mor, la CV se refiere a los aspectos de la vida y de la función humana considerados esenciales para una vida plena (27). Wood-Dauphine y Williams definen a la CV como el bienestar de los pacientes, y comentan que los términos bienestar y calidad de vida con frecuencia se emplean sin diferenciarlos (28).

Otros autores enumeran las variables que consideran relevantes para la CV, sin proponer una definición conceptual. Las variables mencionadas pueden agruparse en las esferas física, psicológica y social. En la variable relacionada al bienestar físico se hace alusión a los síntomas producidos por la enfermedad y/o el tratamiento. La esfera psicológica incluye síntomas como ansiedad, depresión, ira o evaluaciones globales como bienestar o estado mental. El aspecto social se refiere tanto a las interacciones del paciente como el apoyo que recibe (6,7,28).



## MODALIDADES DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA.

A finales de la década de los setentas y sobretodo en la de los ochentas se consideró importante estudiar la psicopatología, no solo desde la perspectiva de los síntomas sino también desde el prisma de su repercusión en la calidad de vida. Por ejemplo, un resultado terapéutico logrado con fármacos, psicoterapia o internamiento debe poder explicarse no solo en términos de la reducción de la sintomatología sino también en cuanto a la comodidad, satisfacción o bienestar del paciente. En algunos casos, el interés de la evaluación reside en la confrontación de las opiniones, a veces divergentes, del paciente, el médico o los equipos médicos (29). Entre otros, Gérin et al, consideran indispensable integrar los indicadores de calidad de vida en la evaluación de los tratamientos psiquiátricos (30). El modelo de Lehman concede mucha importancia a los indicadores subjetivos de calidad de vida para apreciar el bienestar global (15). Para Awad (31), después de varias décadas de experiencia terapéutica con neurolépticos en pacientes esquizofrénicos, el modelo general de la calidad de vida debe tener en cuenta simultáneamente los síntomas, los efectos secundarios de los tratamientos prescritos y la evolución psicosocial de los pacientes tratados.

Los cuestionarios o escalas de autoevaluación suelen proporcionar un enfoque subjetivo de la calidad de vida. El paciente los completa después de leer las instrucciones, en condiciones lo más normalizadas posible. Este tipo de evaluación tiene la ventaja de que su utilización es sencilla, puede repetirse si fuera preciso y las respuestas no están distorsionadas por la opinión de un tercero, como sucede en las escalas de la heteroevaluación. Sin embargo, ese tipo de enfoque plantea el problema de la fiabilidad de las respuestas en pacientes con trastornos graves, en los que la percepción de la realidad está alterada por ideas delirantes o alucinaciones. En las escalas de heteroevaluación donde el enfoque es más objetivo, el evaluador completa los datos después de una entrevista. Es más fácil utilizar ese tipo de escala en los estudios clínicos, pero solo representa de forma incompleta al paciente en lo que se refiere a la calidad de vida (29).

Existen diferentes estrategias para evaluar la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos. Los instrumentos de medida varían desde la evaluación más simple, que consiste en apreciar de forma global y general la calidad de vida, hasta los instrumentos especializados elaborados incluso específicamente para enfermos mentales crónicos en forma de escalas o de cuestionarios (1).

Los instrumentos para la evaluación de la calidad de vida: escalas, índices y pruebas, pueden agruparse y clasificarse de acuerdo a varios puntos de vista (32):

- a) De acuerdo a sus objetivos, se clasifican en instrumentos que evalúan variables relacionadas con la calidad de vida e instrumentos que evalúan específicamente la CV. Estos, a su vez, pueden ser genéricos o específicos.
- b) Dependiendo del número de dimensiones que los constituyen, existen instrumentos unidimensionales y multidimensionales. Los primero evalúan el componente subjetivo de la calidad de vida de manera global. Comúnmente se pregunta al paciente que tan satisfecho se siente con su vida y su respuesta se registra mediante una escala

análoga visual o tipo likert. Los instrumentos multidimensionales, evalúan la CV a partir de las variables que la conforman: la CV es el resultado de una serie de condiciones en la vida del paciente (síntomas), su estado mental, sus relaciones sociales, etc. Es interesante mencionar que la variable incluida con mayor frecuencia es la actividad del paciente, y así, solo conocemos dos instrumentos que evalúan globalmente la calidad de vida, pero que no incluyen esta dimensión. Todos los instrumentos que mencionan variables a evaluar incluyen el nivel de actividad. Esto nos recuerda que la precursora de las escalas de evaluación es la escala de Karnosky que evalúa la capacidad funcional. El factor incluido con menos frecuencia fue el económico.

- c) De acuerdo a su forma de aplicación se clasifican en: 1) autoaplicables (la mayoría) y 2) calificados por el entrevistador: el vitagrama y el índice de Spitzer. Este último puede ser autoaplicable; sin embargo, fue diseñado para ser calificado por cualquiera (médico, enfermera, trabajadora social, familiar). La autoevaluación comparativa la realizan conjuntamente el paciente y el médico.
- d) Finalmente, un cuarto eje de clasificación dividiría a los instrumentos de acuerdo a la forma de respuesta: 1) cuestionarios con respuestas tipo likert, indicadas por el paciente o el entrevistador, dependiendo de la forma de aplicación, y 2) escalas análogas visuales calificadas por el paciente. Aunque se ha mencionado que tiene algunas ventajas, estas no parecen convincentes. Se ha dicho que son rápidas de aplicar; sin embargo en nuestro medio no son comprendidas con facilidad por lo que además de plantearse el problema de la validez, el tiempo requerido para su aplicación puede resultar largo. Además tienen un efecto de techo, lo que resulta inconveniente cuando se planea hacer mediciones subsiguientes. Las escalas análogas visuales de Priestman y Baum fueron las primeras desarrolladas para la evaluación de calidad de vida.

#### CUESTIONARIO PARA CALIDAD DE VIDA DE DUNBAR Y OTROS INSTRUMENTOS.

Es hasta la década de 1980's cuando el concepto de CV es aplicado a los enfermos mentales crónicos. La literatura indica que su CV es baja en casi todas las áreas. Generalmente, están desempleados, divorciados o solteros, sufren de síntomas residuales y discapacidades, tienen relaciones sociales escasas, permanecen distantes de sus familias, y debido a sus discapacidades no encuentran sustento económico. Aún menos se sabe de la satisfacción con sus propias vidas, aunque algunos estudios se han enfocado a evaluar la satisfacción con las situaciones vivenciales y con la vida en general. Más información acerca de su percepción de sus vidas puede ayudar a determinar las necesidades del tratamiento en vista a sus amplias necesidades y la escasez de los recursos disponibles (33,34).

La escala propuesta por Stoker y Dunbar se enfoca a lo subjetividad que percibe el individuo respecto a su propia vida, influenciada por una enfermedad y un tratamiento determinado. Es una escala auto aplicable, que lleva relativamente poco tiempo contestar, cuenta una escala análoga visual que facilita la comprensión por parte del paciente. Ya se ha aplicado a diversas poblaciones, logrando medidas certeras. Al intentar aplicar esta escala a población de enfermos psicóticos se busca comprobar su validez y consistencia interna que ha mostrado previamente en poblaciones cuyo estado mental estaba relativamente sano (34).

Fue diseñado en 1992 (SmithKline Beecham –quality of life-) tomando como base la definición unidimensional de CV propuesta por el autor (33). Se hizo pensando en aplicarla a pacientes psiquiátricos no psicóticos, pero puede tener aplicación general. Está constituido por 46 preguntas elaboradas en escalas análogas visuales para su calificación y se divide en 2 grupos de preguntas que proporcionan puntajes de 2 indicadores:

1. Calidad subjetiva de vida actual (CSVA): evalúa la percepción subjetiva e individual de la satisfacción de vida en el momento de la aplicación del índice, en 6 áreas:
  - a. Bienestar psicológico: determina la percepción subjetiva de la presencia y magnitud de problemas emocionales, sentimientos de seguridad, esperanza, satisfacción consigo mismo y fracaso.
  - b. Bienestar físico: estima la percepción subjetiva de la presencia e intensidad de alteraciones en el sueño y el apetito, incapacidad física para desplazarse, energía para realizar actividades y dolor físico.
  - c. Humor: determina la percepción subjetiva de la presencia y magnitud de irritabilidad, deseos de morir y preocupación.
  - d. Autocontrol: estima la percepción subjetiva de la jurisdicción del sujeto sobre su vida y toma de decisiones, así como la presencia de sentimientos de impotencia.
  - e. Relaciones sociales: determina la percepción subjetiva de la capacidad para hacer y mantener interacción social y laboral, autoconfianza y sentimientos de inferioridad.
  - f. Área labora y desempeño: estima la percepción subjetiva de la insatisfacción con actividades laborales o cotidianas de la vida, así como presencia y magnitud de incapacidad para realizar estas actividades.
  - g. Área económica: determina la percepción subjetiva de preocupación por estado o nivel financiero.
2. Calidad subjetiva de vida ideal (CSVI): evalúa la percepción subjetiva de la satisfacción de vida ideal (que el sujeto desearía) en términos de las áreas ya señaladas.

Por esta razón, también permite evaluar la diferencia entre el estado actual de la CV del sujeto y el ideal, lo que proporciona el conocimiento sobre el grado en que se cubren las expectativas del sujeto en un momento dado, así como si estas son verosímiles o no.

Ya se ha utilizado antes el Cuestionario de Calidad de Vida de Dunbar (CCVD) en otras poblaciones (33,34,35). Este índice fue validado en 129 sujetos diagnosticados con un episodio depresivo mayor o trastorno de ansiedad generalizada, de acuerdo al DSM III R. A todos los pacientes se les inició tratamiento, ya sea con antidepresivo o ansiolíticos, dependiendo el caso, siendo evaluados a las 6 y 12 semanas de iniciado el manejo farmacológico. Se determinó la consistencia interna por medio del alpha de Cronbach, con resultado de 0.90 para la CSVA y de 0.95 para la CSVI. La validez concurrente se estableció por el resultado de la relación del Cuestionario de Dunbar (CD) con el Sickness Impact Profile (SIP) y el General Health Questionnaire (GHQ), reportándose una  $r$  de 0.61 para el CD/SIP, y de 0.44 para CD/GHQ, por lo que el índice se considera válido (34). Más adelante, López realizó un estudio en población mexicana, en 53 pacientes con cardiopatía coronaria isquémica, a quienes aplicó el CCVD. La consistencia interna para la CSVA fue de 0.89. En tanto que el estudio de la validez concurrente mostró valores entre 0.27 y 0.43. Considerando entonces válido y confiable el CCVD en población mexicana alfabetizada (35).

En el estudio realizado en el 2000 por Cramer, et al, se midió la CV relacionada a la salud basados, tanto en la respuesta directa del paciente, como de acuerdo a entrevistas estructuradas. Para esto se compararon los resultados de tres escalas: Lehman Quality of Life Interview (LQLI), Heinrich-Carpenter-Hanlon Quality of Life Scale (HQLS) y Strauss and Carpenter Level of Function (SLOF), aplicadas en pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia resistente al tratamiento. Los resultados se compararon en función a 5 parámetros a saber: 1) Sensibilidad al cambio, 2) Sensibilidad al efecto del tratamiento, 3) Correlación con la severidad de los síntomas, 4) Correlación con las escalas clínicas globales, 5) Correlación con otras medidas de la CV relacionadas con la salud. La LDLI mostró significancia estadística moderada respecto de la sensibilidad al cambio en cuatro (descanso y relaciones familiares, residencia, finanzas y CV general) de siete sus escalas subjetivas, y en tres (actividades, victimización y funcionamiento social) de sus seis escalas objetivas); en cambio, la HQLS y la SLOF tuvieron una alta sensibilidad al cambio. En relación a la sensibilidad al tratamiento (clozapina vs haloperidol), la LQLI mostró baja sensibilidad, únicamente una de sus escalas subjetivas (finanzas) alcanzó significancia estadística. Mientras que, tanto la HQLS y la SLOF fueron muy sensibles a las diferencias entre los grupos de tratamiento. Al correlacionar las escalas con la PANSS, se encontró que la LQLI no guardó correlación con los síntomas; sin embargo, la HQLS y la SLOF tuvieron alta correlación con los síntomas. Como se vio con la PANSS, la LQLI tuvo apenas una correlación moderada con otras medidas de CV (Clinical Global Impresión o Global Assesment Scale). En contraste, la HQLS y la SLOF, mostraron una correlación de moderada a alta (36).

En el 2002, Meijer et al, publicaron otro estudio donde se compararon dos instrumentos en una población de pacientes esquizofrénicos en Ámsterdam, Holanda. Los instrumentos comparados fueron: MOS SF-36 (Medical Outcome Study 36 Item Short Form) y la Lancashire Quality of Life Profile. Ambos son instrumentos usados frecuentemente en la medición de la CV. La comparación entre ellos incluyó: 1) su factibilidad, 2) su confiabilidad, 3) la conceptualización y 4) la relación con el funcionamiento general medido por un profesional de la salud. En sus resultados, la mayoría de los pacientes fueron capaces de llenar ambos cuestionarios, lo que indica que ambos cuestionarios son factibles. La escala SF-36 obtuvo una confiabilidad del 0.71 (en su subescala de funcionamiento social) hasta de 0.89 (funcionamiento físico);

en tanto que para la entrevista LQoLP el rango de valores fue de 0.58 (para autoestima positiva), hasta 0.79 (para descanso y participación social). Sin embargo, cuando ambas escalas se correlacionaron con GAF (Global Assessment of Functioning), las dos obtuvieron un nivel de correlación de débil a moderado. Consideran que ambos instrumentos son satisfactoriamente aplicable y confiables; sin embargo no son intercambiables(37).

En el estudio realizado por Noordsy y O'keefe, en 1999, se demostró que los pacientes con trastornos mentales tratados con antipsicóticos atípicos más un modelo de rehabilitación psicosocial (rehabilitación vocacional y entrenamiento en desarrollo de habilidades sociales y tratamiento para abuso de sustancias) y manejo de caso lograron mejoría substancial de su sintomatología y de su estado cognitivo y su nivel de funcionamiento social mejoró en un 24% al cabo de seis meses de tratamiento (38).

En uno de los pocos estudios donde se tome en cuenta “la opinión de cliente”, se dio seguimiento por 4 años a 27 pacientes con enfermedades mentales crónicas que fueron egresadas después de una larga estancia hospitalaria. Todos, excepto 2, reportaron que su calidad de vida había mejorado. En otro estudio similar, que intentó parrear la satisfacción con el vivir en sociedad, se encontró que todos estaban satisfechos con su estilo de vida (39). Más recientemente, Pinkey et al, en el Hospital Psiquiátrico de Brockville, Canada, realizó un estudio para evaluar la CV de 55 pacientes que habían sido de alta de alguno de los programas de rehabilitación aplicados en ese hospital, la mayoría de los pacientes con esquizofrenia. El 96 % de los clientes entrevistados refirieron que su calidad de vida mejoró al haber salido del hospital; 78% de los clientes admitieron que el haber participado en el programa de rehabilitación había mejorado su estilo de vida y un 63% expresaron que sintieron un efecto positivo en sus actividades académicas. Sin embargo, negaron algún efecto positivo en su nivel de ingreso económico (40).

La introducción de la disfunción vocacional como parte de los criterios diagnósticos para esquizofrenia produjo un nuevo interés en la rehabilitación laboral para pacientes con enfermedades mentales (41,42). Una revisión relativamente reciente sobre rehabilitación vocacional indica que tiene un efecto modesto sobre los síntomas, la CV y otros resultados no vocacionales y un efecto mayor sobre resultados relacionados con vocaciones (43). Otras investigaciones acerca de la relación entre el trabajo y el nivel de cambios sintomáticos en enfermos mentales revelaron que la participación en programas de rehabilitación se correlaciona con disminución de los síntomas; sin embargo no se especifica que síntomas (44). Pero pocos estudios han investigado la relación entre el trabajo y conceptos más amplios como la CV o satisfacción con la vida, y los estudios no han demostrado una fuerte relación. Una de las razones posibles para estos resultados negativos es que estos estudios se han hecho con métodos transversales, que pueden ser insensibles ante relaciones tan complejas. Por ejemplo, dos autores, Lehman (1988) y Fabian (1989) no encontraron relación entre el estatus laboral y las mediciones de CV cuando se hicieron las mediciones concurrentes (45,46). Sin embargo, en un estudio posterior, Fabian (1992), encontró mejorías en la CV y sobre todo en la satisfacción con la vida, cuando hizo las mediciones en intervalos de 3 y 6 meses en pacientes contratados en empleos apoyados para ellos (47).

Parece intuitivo pensar que el tener trabajo por consecuencia aumentará la CV, ya que en la población general así es. Pero, en las personas con enfermedades mentales pueden encontrar al trabajo como una experiencia estresante, difícil, altamente demandante e inestable (48,49). En uno de los estudios más recientes, el de Bryson et al (44), se investigaron sistemáticamente la relación existente entre participar en un programa de rehabilitación y CV obtenida, medida con la Heinrichs Quality of Life Scale (50) y la Finance Scale de la Quality of Life Interview (51). Se estudiaron a 114 veteranos de guerra con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. A los estudiados se le puso en empleos de tiempo completo con remuneración proporcional por un periodo de 26 semanas. Como era de esperarse, a aquellos pacientes que trabajaban y se les pagaba, trabajaban más horas y se relacionó con mejores calificaciones en la escala de CV aplicada.

## HOSPITAL DE DÍA.

A continuación se describirá El modelo terapéutico de Hospital Parcial (52), se forjó en la primera mitad del siglo XX. Inició en la década de los 30's en Moscú, cuando Dzaharov compartió su experiencia después de tratar 80 pacientes mediante terapia laboral, ante la carencia de camas para una hospitalización, pero esto permitió ir y venir a los pacientes diariamente de sus casas a la clínica de tratamiento y viceversa. Después de casi 10 años, en 1944 se fundó el primer Hospital de Día en América, específicamente en el Instituto Psiquiátrico de Montreal en Canadá, por los esfuerzos del Dr. E. Cameron, quien decía: "aparentemente, el hospital diurno tiene la ventaja adicional de que al ir a casa cada noche y regresar al día siguiente, se reafirma diariamente la voluntad del paciente" Este concepto es fundamental y continúa vigente hasta nuestros días. Para 1970, Astrachan delineó las tareas del Hospital de Día: proporcionar una alternativa a la hospitalización ortodoxa, brindar un ambiente de cuidados transitorios que favorezcan el reingreso de los pacientes a la comunidad, suministrar una estructura que aporte servicios psiquiátricos que la comunidad defina como necesidad pública primordial. De todas las formas de hospitalización parcial, el Hospital de Día, parece ser el más utilizado en todo el mundo.

La evolución del Hospital de Día ha sido marcada por su adaptación a las necesidades de cada población, por el tipo de enfermedad, por el tipo de enfermos, por las características propias de cada sociedad, por sus filiaciones administrativas y políticas internas. La participación de la familia en el tratamiento, ahora se considera completamente necesaria, pero en los albores del Hospital de Día, la familia solo mantenía una situación de observación y control, ahora es una pieza valiosa en la rehabilitación.

En nuestro país, en la década de los 60's el primer servicio de estas características se fundó en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", en 1979. Desde entonces hace de puente entre la recién hospitalización y la reintegración a la sociedad, usando como alternativa terapéutica, la psicoeducación a la familia del enfermo para favorecer la rehabilitación. Sin embargo, en un principio los criterios de inclusión eran un tanto inespecíficos, por lo que se formaban grupos heterogéneos incluyendo enfermos con diferentes patologías, cualesquiera que fueran. A partir de esta experiencia, los criterios de inclusión restringieron el ingreso de enfermos con determinadas psicopatología, permitiendo así grupos más homogéneos e igualmente

tratamientos más específicos y actividades mejor fundamentadas, con la previa valoración y categorización clínicas. Posteriormente, se planteó una estratificación por niveles de tratamiento de acuerdo a las características del paciente y grupo, además del respaldo de la evidencia clínica en la literatura internacional respecto a grupos cerrados. Para 1995, debido a la gran demanda del servicio, se incluyó el control farmacológico de los síntomas, incluyendo cada vez más a la familia en la rehabilitación del enfermo.

Con la finalidad de cumplir las expectativas puestas sobre el servicio y darle mayor impacto a las actividades, se comenzó la capacitación continua del personal. Con esto, se desarrollaron nuevas actividades de tinte psicoterapéutico: psicodrama, psicoterapia, afrontamiento de problemas, sin dejar a un lado las actividades de rehabilitación: talleres de música, literatura, lectura de periódico y expresión corporal.

Desde el año 2000 el Hospital de Día ofrece a los enfermos ahí tratados actividades de psicoeducación, psicoterapéuticas y de rehabilitación. Los familiares constituyen una pieza fundamental en la rehabilitación del enfermo, por lo que se ha desarrollado grupos para su psicoeducación logrando así mejores niveles de integración enfermo-familia-sociedad. Entre los objetivos de Hospital de Día se pretende lograr una atención integradora además de integral. El nivel de intervención es individual, grupal y familiar. En la reestructuración del año 2000, se consideró importante intervenir sobre la “alta emoción expresada”, con la finalidad de reducir y de ser posible eliminar distorsiones cognitivas de la familia hacia el enfermo y viceversa.

Actualmente, el Hospital de Día, en su más reciente estructuración, persigue satisfacer todas las necesidades de atención psiquiátrica (excepto hospitalización continua) que requieren los pacientes, así como lograr el mayor y mejor apego terapéutico por parte del enfermo y familia. Respecto a ésta última, su participación ha sido fundamental, aunque es un requisito que se involucren en la psicoeducación, su participación muchas veces es voluntaria. Los grupos a los que se enfoca la atención de Hospital de Día, son a aquellos formados por enfermos que han sufrido un trastorno psicótico, cualquiera que sea, incluso en combinación con trastornos afectivos.

El objetivo de la atención otorgada en el Hospital de Día es proporcionarla de forma integral (diagnóstico, tratamiento y apoyo en la rehabilitación) a pacientes con problemas de tipo psicótico con el fin de disminuir recaídas y reinternamientos en hospitalización continua, asimismo favorecer e incrementar el nivel de conciencia de enfermedad, fomentar la adherencia al tratamiento, buscando un buen control sintomático y mejoría en la funcionalidad global del enfermo.

Actualmente, las actividades se organizan con la finalidad de que los enfermos y sus familiares puedan asistir al Hospital de Día, una o más veces por semana. Se manejan de forma independiente y por separado los grupos de enfermos y de familiares.

## **DISEÑO.**

Se realizó un estudio de proceso.

## **OBJETIVO.**

### GENERAL:

En este estudio se pretende validar el Cuestionario para Calidad de Vida de Dunbar (CCVD) o Smithkline Beecham Quality of Life Scale (SBQOL) en pacientes que ha sufrido o sufren de un trastorno psicótico.

### ESPECÍFICOS:

- ❖ Determinar la consistencia interna del CDCV.
- ❖ Determinar la validez concurrente del CDCV.



## **JUSTIFICACIÓN.**

La CV es un concepto que poco a poco a ganado relevancia y actualmente es un parámetro necesario para evaluar la respuesta de los pacientes a los tratamiento de distinta índole. En el caso que nos ocupa, la calidad de vida de un paciente psicótico al estar siendo rehabilitado en el HPFBA. La calidad de vida es una meta en cualquier tratamiento, y es mayor importancia en los esquizofrénicos, ya que este tipo de pacientes han sido motivo de segregación social por sus discapacidades. Panorama que está cambiando en la actualidad. Ahora los pacientes esquizofrénicos y con otras psicosis, pueden ajustarse en mayor o menor medida a las normas sociales y tener una vida productiva.

Por otra parte, el modelo de rehabilitación que se brinda en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” es uno de los dos vigentes en nuestro país. Siendo el HPFBA el hospital de concentración más grande y también uno de los puntos de referencia que influyen en el desarrollo de la psiquiatría en nuestra nación. Por lo que es importante contar con pruebas de su funcionamiento, de cómo influye en el pronóstico de los pacientes psicóticos, específicamente esquizofrénicos, y en el de sus familias.

El problema que se trata en esta tesis es el poder conocer la calidad de vida que tienen los pacientes que han enfermado de psicosis, al estar siendo rehabilitados en el Hospital de Día del HPFBA . La rehabilitación psiquiátrica lleva cuando menos 50 años de evolución, sin embargo en nuestro país aún no tiene el auge necesario para poder incluir a todo aquel paciente que sea posible y así lograr mejorar su calidad de vida al punto que pueda ser socialmente productivo y en algún momento independiente. La rehabilitación psiquiátrica puede ser en un futuro uno de los modelos de tratamiento más efectivos para los pacientes esquizofrénicos, ya que involucra a la familia y favorece el entendimiento entre el paciente y su entorno.

En la actualidad, la CV es una variable clinimétrica involucrada en la evaluación de los tratamientos para cada enfermedad. En el caso de las enfermedades mentales, la mayoría de ellas son crónicas, esto es, incurables, y de estas enfermedades, las de características psicóticas son las más graves, las que más afectan la vida personal del individuo y la relación con su medio. Conllevan al fracaso a nivel social, laboral, muchas veces familiar y personal. El objetivo del tratamiento de los trastornos mentales crónico, específicamente, los de tipo psicótico, no es la curación, sino lograr la mejor CV posible.

Cómo saber si se ha cumplido con el objetivo de mejorar la calidad de vida. Para esto, la medición de la CV debe estar implícita en la evaluación terapéutica, pero cuál es la mejor manera de medirla y qué parámetro es el más adecuado. La subjetividad, o el punto de vista del propio paciente sobre su vida es el factor más importante a considerar, ya que nos acerca a su propia visión, a su forma de sentir, a sus expectativas vitales y del tratamiento recibido, nos permite establecer prioridades y objetivos en la rehabilitación. El contar con un instrumento que pueda ser aplicable a este tipo de pacientes evaluando su subjetividad puede ayudar a los clínicos tener metas más específicas y diversas al rehabilitar a un paciente esquizofrénico

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **SUJETOS**

Los sujetos a estudiar son aquellos pacientes que están siendo rehabilitados psiquiátricamente en el Hospital de Día del HPFBA. Es una población mixta, compuesta por hombres y mujeres. Su participación fue completamente voluntaria. Los pacientes son procedentes del Distrito Federal y zonas aledañas, como algunos municipios colindantes entre el Estado de México y el Distrito Federal. El diagnóstico de psicosis se había hecho de acuerdo a lo establecido en la CIE-10 (53).

#### Criterios de inclusión:

1. Deben ser mayores de edad.
2. Los pacientes deben padecer o haber padecido de un trastorno psicótico, como la esquizofrenia, o asociado a un trastorno afectivo, de tiempo de evolución variable, actualmente en remisión.
3. Deben contar con la red de apoyo social suficiente para garantizar su asistencia. Deben tener la capacidad personal para poder integrarse a un grupo de pacientes con el mismo problema.
4. Deben estar libres de síntomas activos psicóticos incapacitantes al momento del estudio.
5. Deben estar bajo tratamiento farmacológico, la mayoría de ellos con antipsicóticos atípicos.
6. Deben estar incluidos en el programa de rehabilitación, previa valoración médica-psiquiátrica.

#### Criterios de exclusión:

1. Pacientes menores de edad.
2. Pacientes sin un trastorno psicótico diagnosticado.
3. Pacientes con síntomas psicóticos activos.
4. Pacientes que no se apeguen a la indicaciones médicas propias del programa de rehabilitación.
5. Pacientes no incluidos en el programa de rehabilitación.

### **INSTRUMENTOS.**

Se aplicaron las siguientes escalas:

1. *Cuestionario para Calidad de Vida de Dunbar (CCVD)*: Ya se han descrito las propiedades y el modo de uso de éste instrumento (32,33,34).
2. *Inventario de Beck para Depresión (IBD)*: Es uno de los instrumentos más empleados para la evaluación de los síntomas depresivos en adolescentes y adultos (55,56). Incluye 21 reactivos, cada uno constituido por 4 afirmaciones, que evalúan la forma en se siente el paciente en la última semana. Con un mínimo de 0 y máximo de 64. La severidad de los síntomas depresivos se categoriza: de 0-9 es ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos; de 10-16 significa una

depresión media; de 17-29 una depresión moderada; de 30 a 63 es una depresión severa. Se validó en Buenos Aires, Argentina por Bonicatto et al (1998), con una consistencia interna de 0.87 y validez concurrente de 0.68 ( $p < 0.000$ ) al compararlo con la subescala de depresión del SCL-90 (56). El estudio de validez y reproducibilidad en México se llevó a cabo por Torres-Castillo et al (1991), aplicado a 96 pacientes del Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”, con una sensibilidad de 0.86 y especificidad, también de 0.86 (57). Se estandarizó en 1998 por Jurado et al, con resultados estadísticos significativos compatibles con los resultados internacionales (58).

3. *Escala Análoga Visual (EAV)*: En una hoja se traza una línea de 10 centímetros, donde el extremo izquierdo en 0 (estado clínico óptimo) y el derecho es 100 (estado clínico más grave). Las EAV son válidas en tanto que estén íntimamente ligadas a la práctica clínica general, y su confiabilidad ha demostrado ser bastante buena (57,59). Los estudios con EAV en investigación en salud mental vienen desde principios de siglo (60). Tienen la ventaja de ser autoaplicables que las hace ideales para captar la experiencia subjetiva del paciente y evalúan la forma de sentir en el momento en que se aplican. Los coeficientes de correlación se ubican en los rangos de 0.40 a 0.90 y en la mayor parte de los estudios los coeficientes fueron significativos (58). Morrison encontró coeficientes de correlación intraclase entre 0.89 y 0.96 (61).

4. *Escala de Síntomas Positivos y Negativos para la Esquizofrenia (PANNS)*: Fue diseñada con el propósito de mejorar algunos aspectos de otras escalas, como la evaluación de la severidad de los síntomas, la falta de equilibrio de los reactivos para evaluar síntomas positivos y negativos, la falta de sensibilidad para evaluar los cambios producidos por el tratamiento farmacológico y la falta de medición de la psicopatología general y su influencia en la gravedad de los síndromes positivo y negativo (62). Consta de 30 reactivos, 7 de los cuales constituyen la escala positiva, otros 7 componen la escala negativa y 16 reactivos para escala de psicopatología general. Cada apartado es evaluado en una escala del 1 (ausente) al 7 (extremadamente severo). Además, tiene la escala compuesta, que sirve para evaluar el predominio del síndrome positivo o negativo, y el total se obtiene de la diferencia entre los dos síndromes. Se califica el estado del paciente en la semana previa a la aplicación (63). En base a los grados de severidad se obtiene una calificación total de cada subescala y una global que va de 30 a 210 en la calificación global. Al no tener un punto de corte, se considera que una puntuación global de 60 o más requiere de atención. Al examinar sus propiedades, se ha encontrado correlaciones inter observadores para las tres escalas del PANSS y el total que van de 0.83 a 0.87 ( $p < 0.0001$ ); al compararse con la escala diseñada por Andreasen, la validez concurrente para la subescala positiva fue alta ( $r = 0.77$ ,  $p < 0.0001$ ) y para la subescala negativa también ( $r = 0.77$ ,  $p < 0.0001$ ) (59). La versión en español fue elaborada por los autores originales y cuenta con una reproducibilidad muy similar a la versión original. Para evaluar su validez se aplicó la versión original y ésta en español a 57 pacientes, resultando adecuada la correlación para ambas subescalas ( $r = 0.92$  para la positiva y  $r = 0.83$  para la negativa,  $p < 0.0001$ ), por lo que se puede aplicar a población de habla hispana (64).

En México se realizó un estudio de confiabilidad con la PANSS en 13 pacientes del Hospital Fray Bernardino Álvarez con el diagnóstico de esquizofrenia. La escala fue calificada por 6 diferentes evaluadores y el coeficiente de correlación inter evaluador obtuvo un rango de 0.81 a 0.99, su consistencia interna fue de 0.92 en la

calificación total. Por lo que se considera que el PANSS tiene una adecuada reproducibilidad en nuestro medio (65).

5. *Escala Dimascio de Evaluación para Síntomas Extrapiramidales (EDESE)*: Evalúa tanto el síndrome parkinsoniano, como la acatisia y la distonia. Los grados de severidad están definidos operacionalmente y van de 0 (ausencia del síntoma) al 3 (máxima severidad). Se considera que el puntaje de 4 puntos en el apartado “A” que corresponde a la evaluación de síntomas extrapiramidales, se relaciona con un síndrome parkinsoniano importante, y cuando sobrepasa dicho puntaje se recomienda reducir la dosis de neuroléptico (66). En México, el estudio de reproducibilidad interobservador se realizó al aplicarse la escala por 8 evaluadores a 5 pacientes psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Los coeficientes de correlación intraclase de 0.5 a 0.79. En general, las seis variables que incluye esta escala tuvieron un alto grado de acuerdo. El promedio de los coeficientes de correlación de Pearson fue de 0.70. La validez se evaluó en un estudio doble ciego en el que se comparó carbamazepina contra haloperidol. Al final del estudio, los pacientes tratados con haloperidol tuvieron síntomas extrapiramidales más severos, corroborando la validez de la escala (67).
6. *Impresión Clínica Global (ICG)*: Fue creada por Guy (68). Es una escala que consta con dos subescalas que evalúan la gravedad del cuadro clínico y la mejoría del mismo debido a intervenciones terapéuticas, respectivamente. Ambas subescalas constan con un único ítem que valora la gravedad usando una escala Likert de 8 valores que van desde 0 (no evaluado) a 7 (entre los pacientes más extremadamente enfermos. Solo que en el caso de la subescala de mejoría el 7 corresponde a “mucho peor”, en relación al estado basal. Existe una versión heteroaplicada y otra autoaplicada. En la heteroaplicada es el clínico que basado en su experiencia puntúa bien la gravedad o bien la mejoría del paciente. Se trata de una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre la gravedad del cuadro y sobre el cambio experimentado por el paciente con respecto al estado basal (68,69).
7. *Escala de Evaluación de Adherencia al Medicamento (EEAM)*: En inglés sus siglas son MARS (Medication Adherence Rating Scale) (70). Esta escala fue diseñada para evaluar el apego al tratamiento en pacientes psiquiátricos. Se desarrolló a partir de otras dos escalas de amplio uso en la medición del apego al tratamiento, la DAI (71) y la MAQ (72). Para su validación se aplicó a 66 pacientes con diagnósticos variados: esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión con psicosis, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme y otros. Cuenta con 10 preguntas que representan tres aspectos a saber: 1) la conducta de apego al tratamiento, 2) la subjetividad hacia la toma de medicamentos, 3) la presencia de efectos negativos y actitud ante medicamentos psicotrópicos. El análisis estadístico mostró una confiabilidad de 0.75, e igualmente obtuvo una buena validez de constructo y alta validez interna (Thompson, 2000). Algunas de las ventajas de esta escala es que reconoce que la conducta hacia la medicación no es del todo o nada, puede ser aplicada por cualquier profesional de la salud mental en cualquier escenario clínico y se lleva pocos minutos, y son preguntas que solo requieren Si o No.

## PROCEDIMIENTO.

El estudio se realiza en el periodo comprendido entre junio y julio del 2004, en las instalaciones del Hospital de Día del HPFBA. La participación por parte de los pacientes en el estudio fue completamente voluntaria. A todos se les explicó detalladamente en lo que consiste el estudio y cual sería su finalidad. Después se hizo la entrevista y la aplicación de las escalas de forma individual en lapso de tiempo de aproximadamente hora y media a dos horas.

El análisis de los datos se hizo con pruebas de resumen: medias, desviación estándar,  $\chi^2$  para comprobar proporciones. La confiabilidad se determinó por medio de alpha de Cronbach y la validez por coeficientes de correlación de Spearman.

## RESULTADOS.

### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (Cuadro 1):

Se incluyeron en el estudio 79 pacientes, siendo la mayoría del sexo masculino. La edad promedio de la muestra pacientes fue 30 años. En forma significativa hubo más sujetos afectados del sexo masculinos [ $\chi^2=15(7)$ , p .03] y a menor edad en relación con las mujeres de la muestra. La mayoría de los pacientes estudiados viven en el Distrito Federal. La mayoría de los pacientes, aunque no en forma significativa tienen estudios completos (hasta la preparatoria). La mayor parte de los pacientes no tienen pareja actualmente. Asimismo, la mayoría de los estudiados estaban viviendo aún con sus padres al momento del estudio; solo 4 vivían solos, esto es que tal vez eran completamente autosuficientes. En relación a la actividad actual, es significativo que la mayoría tienen un trabajo remunerado, pero estos eran aún más antes de padecer la enfermedad.

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E ÍNDICES CLINIMÉTRICOS (Cuadros 2 y 3):

La mayoría de los pacientes tuvieron como diagnóstico esquizofrenia y estaban siendo tratados con neurolépticos atípicos, principalmente risperidona (risperdal) y olanzapina (zyprexa). Otros diagnósticos reportados fueron: trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno de ideas delirantes, epilepsia, trastorno afectivo orgánico, trastorno depresivo grave con psicosis, trastorno esquizofreniforme orgánico. Todos los diagnósticos se hicieron de acuerdo a los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a edición. Según los resultados de la PANSS, se reportaron niveles bajos en síntomas positivos, negativos y en la psicopatología general. También se reportaron casi ausentes los síntomas extrapiramidales al aplicar la EDESE, ya que el índice de severidad promedio está por debajo del considerado para representar un síndrome parkinsonico.

No obstante, de acuerdo a las mediciones obtenidas en la escala MARS se pudo apreciar poco apego al tratamiento por parte de los pacientes. Tras aplicar el IBD se descubrió que los enfermos padecen niveles moderados de síntomas depresivos.

Respecto a la ECVD, los niveles obtenidos en la CVA fueron del 51% y su CVI, que en parte valora sus expectativas de mejoría, se reportó en menor grado, 50%.

Aunque en la ICG se reportó una impresión y funcionalidad de un 70%. De la misma manera la evaluación de la CV con EAV, que mide la calidad subjetiva de vida, resultó ser del 76%.

#### CONSISTENCIA INTERNA (Cuadro 4):

En relación a la Consistencia Interna (alpha de Cronbach) los resultados mostraron alfas significativas respecto a la psicopatología general del PANSS (0.57), para la calificación total del PANSS (0.77), para el IDB (0.62), y para la ICG (0.56). En los otros indicadores resultó bajo para comparación de grupos.

#### VALIDEZ CONCURRENTENTE (Cuadro 5):

El análisis de la validez concurrente mostró correlaciones significativas entre los indicadores de cada una de las escalas entre si. Además se observaron correlaciones también significativas entre la ICG y la sintomatología positiva (0.62), negativa (0.50), psicopatología general (0.57) y el total en el PANSS (0.70); así como con la IDB (0.25). Asimismo, hubo correlación significativa entre la EAV (criterio externo) al compararse con la sintomatología positiva, negativa (0.23), psicopatología general (0.27) y el total en el PANSS (0.30), con la IDB (0.29) y con la ICG (0.38).

## CONCLUSIÓN.

En nuestro trabajo no se observó una correlación positiva entre la CV subjetiva y la naturaleza de la enfermedad psicótica; sin embargo si entre la CV objetiva y la enfermedad. Pero el estudio se realizó prácticamente a la mitad del proceso de rehabilitación en un modelo que cubre casi todas las necesidades de los pacientes, lo que a su vez, desafortunadamente, hace a los pacientes dependientes del modelo y evita que el paciente ponga en práctica sus habilidades.

La subjetividad individual es actualmente una medida poco precisa, pero muy importante de evaluar. Proponemos que al mejorar el nivel cognitivo de los pacientes y promover el desarrollo de habilidades específicas se puede lograr una mejor CV subjetiva. Aún así, la evaluación multidimensional precisa que incluya al modelo biopsicosocial de la salud-enfermedad es un objetivo loable de alcanzar en medición de la CV. Y la mejor CV a su vez es un objetivo del tratamiento de la enfermedad psicótica.

Para que el CCVD pueda considerarse valido y confiable será necesario aplicarlo y compararlo en poblaciones con diferentes grados de severidad en la enfermedad, bajo varios tratamientos farmacológicos e incluso bajo distintos tratamientos complementarios variados, con la finalidad de tener mayor variabilidad en sus respuestas. Además, será necesario hacerlo de forma longitudinal, tanto en el periodo de la rehabilitación, como después de terminarlo, ya que el paciente trate de funcionar en sociedad por sí mismo. También, los pacientes al ser dados de alta del modelo rehabilitatorio cambiará su medicación, lo más probable a antipsicóticos típicos, lo que dará mayor variabilidad.

Finalmente, el CCDV, una escala subjetiva para la medición de la calidad de vida, es un instrumento confiable; pero aún no se puede considerar valido, sino que hace falta dar seguimiento a los pacientes evaluados. Y la CV actual en los pacientes con trastorno psicóticos se considera de baja a moderada y no solo depende del tratamiento sino también de su capacidad personal para adaptarse a un medio adverso y de las redes de apoyo social y familiar.

**CUADROS DE RESULTADOS**



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

|                         |                       | n     | %     |     |     |
|-------------------------|-----------------------|-------|-------|-----|-----|
| Sexo*                   | Femenino              | 36    |       |     |     |
|                         | Masculino             | 43    |       |     |     |
| Edad (años)**           |                       | Prom. | ds    | min | max |
|                         | Femenino              | 32    | 10    | 18  | 53  |
|                         | Masculino             | 30    | 8     | 18  | 56  |
|                         | Total                 | 30    | 9     | 18  | 56  |
| Origen                  | D.F.                  | 61    | 77.2  |     |     |
|                         | Foráneos              | 18    | 22.8  |     |     |
| Residencia              | D.F.                  | 62    | 78.5  |     |     |
|                         | Foráneo               | 17    | 21.5  |     |     |
| Escolaridad             | Estudios completos    | 52    | 66    |     |     |
|                         | Estudios incompletos  | 27    | 34    |     |     |
| Con Pareja***           |                       | 15    | 19    |     |     |
| Estado civil            | Solteros              | 67    | 81    |     |     |
|                         | Casados               | 5     | 6.3   |     |     |
|                         | Unión libre           | 2     | 2.5   |     |     |
|                         | Separados             | 6     | 7.6   |     |     |
| Con quien vive****      | Solo                  | 4     | 5.1   |     |     |
|                         | Padres                | 30    | 38    |     |     |
|                         | Familia               | 15    | 19    |     |     |
|                         | Con uno de los padres | 10    | 13    |     |     |
|                         | Hermanos              | 13    | 16.5  |     |     |
|                         | Hijos                 | 3     | 4     |     |     |
|                         | Cónyuge               | 1     | 1.3   |     |     |
|                         | Ninguna               | 22    | 28    |     |     |
| Ocupación actual*****   | Estudiante            | 11    | 14    |     |     |
|                         | Remunerada            | 31    | 39    |     |     |
|                         | Hogar                 | 15    | 19    |     |     |
| Ocupación anterior***** | Ninguna               | 2     | 2.45  |     |     |
|                         | Estudiante            | 24    | 30.3  |     |     |
|                         | Remunerada            | 48    | 60.95 |     |     |
|                         | Hogar                 | 5     | 6.3   |     |     |

\*[ Chi2=15 (7), p.03

\*\*[“t”=.81(77), p.03]

\*\*\* [Chi2=43(14), p.000]

\*\*\*\*[Chi2=123(63), p.000]

\*\*\*\*\*[Chi2=17(3), p.001]

\*\*\*\*\*[Chi2=8(3), p.05]

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

|                               |                                       | n    | %    |     |     |
|-------------------------------|---------------------------------------|------|------|-----|-----|
| Diagnóstico*                  | Esquizofrenia                         | 56   | 70.9 |     |     |
|                               | Trastorno esquizoafectivo             | 7    | 8.9  |     |     |
|                               | Trastorno bipolar                     | 5    | 6.3  |     |     |
|                               | Trastorno de ideas delirantes         | 2    | 2.5  |     |     |
|                               | Epilepsia                             | 2    | 2.5  |     |     |
|                               | Trastorno afectivo orgánico           | 2    | 2.5  |     |     |
|                               | Episodio depresivo grave con psicosis | 1    | 1.3  |     |     |
|                               | Trastorno esquizofreniforme orgánico  | 4    | 5.1  |     |     |
| Tiempo de diagnóstico (meses) |                                       | prom | ds   | min | max |
|                               |                                       | 42   | 55   | 3   | 264 |
| Tratamiento**                 | Ninguno                               | 4    |      |     |     |
|                               | Neurolépticos atípicos                | 64   |      |     |     |
|                               | Neurolépticos típicos                 | 11   |      |     |     |

\*[Chi2=14 (7), p.03]

\*\*[Chi2=23(14), p.05]

Cuadro 3.- Puntajes obtenidos en los índices clinimétricos aplicados (n=79)

|  |  | prom      | ds  | min | max |
|--|--|-----------|-----|-----|-----|
| Escala de síntomas positivos y negativos para esquizofrenia  | Síntomas positivos                     | 15        | 4   | 7   | 30  |
|  | Síntomas negativos                     | 18        | 5   | 7   | 32  |
|  | Sintomatología psicopatológica general | 38        | 10  | 20  | 65  |
|  | Total                                  | 72        | 17  | 42  | 119 |
| Escala Dimascio de Evaluación para síntomas extrapiramidales | Expresión facial                       | .33       | .5  | 0   | 2   |
|  | Temblor                                | .71       | .7  | 0   | 2   |
|  | Aquinesia                              | .70       | .7  | 0   | 3   |
|  | Rigidez                                | .44       | .5  | 0   | 2   |
|  | Severidad                              | 2.1       | 1.8 | 0   | 8   |
|  | Total                                  |           |     |     |     |
| Cuestionario de Dunbar                                       | Calidad subjetiva de vida actual       | 118 (51%) | 21  | 23  | 158 |
|  | Calidad subjetiva de vida ideal        | 117 (50%) | 14  | 72  | 158 |
| Escala de Evaluación de adherencia al medicamento (MARS)     |  | 32 (32%)  | 12  | 10  | 80  |
| Inventario de depresión de Beck                              |  | 16        | 12  | 0   | 56  |
| Impresión Clínica Global                                     |  | 70 (70%)  | 12  | 45  | 95  |
| Escala análoga visual  | Calidad subjetiva de vida              | 76 (76%)  | 17  | 30  | 100 |

Cuadro 4.- Consistencia Interna de los índices clinimétricos utilizados

|  |  | Alpha de Cronbach |
|--|--|-------------------|
| Escala de síntomas positivos y negativos para esquizofrenia  | Síntomas positivos                     | -.25              |
|  | Síntomas negativos                     | -.27              |
|  | Sintomatología psicopatológica general | -.57              |
|  | Total                                  | -.77              |
| Escala Dimascio de Evaluación para síntomas extrapiramidales | Expresión facial                       | -.06              |
|  | Temblor                                | -.02              |
|  | Aquinesia                              | -.07              |
|  | Rigidez                                | -.01              |
|  | Severidad                              | -.03              |
| Cuestionario de Dunbar                                       | Total                                  | -.08              |
|  | Calidad subjetiva de vida actual       | .28               |
|  | Calidad subjetiva de vida ideal        | .36               |
| Escala de Evaluación de adherencia al medicamento (MARS)     |  | .08               |
| Inventario de depresión de Beck                              |  | -.62              |
| Impresión Clínica Global                                     |  | .56               |

Cuadro5.- Matriz de correlaciones entre los índices e indicadores.

|   | Panss<br>+ | Panss<br>- | PsiP | Total | Dexf | DTem | DAca | DRig | DSev | DT   | CSVA | CSVI | MARS | IDB  | ICG  |
|---|------------|------------|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Escala de síntomas positivos y negativos para Esquizofrenia (PANSS) |            |            |      |       |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Síntomas positivos (Panss +.)                                       |            |            |      |       |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Síntomas negativos (Panss-)   | .36        |            |      |       |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Psicopatología (PsiP)   | .000       | .40        |      |       |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Total   | .000       | .000       | .89  |       |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Escala Dimascio de Evaluación para síntomas extrapiramidales        |            |            |      |       |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Expresión facial (DExf.)  |            |            |      |       |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Temblor (DTem)  | -.01       | -.01       | .07  | .04   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Acatisia (DAca)   | -.11       | .05        | -.03 | -.02  | .17  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Rígidez (DRig)  | -.17       | -.10       | .10  | .003  | .37  | .36  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Severidad (DSev)  | .18        | .02        | .02  | .08   | .39  | .28  | .38  |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Total (DT)  | .04        | .000       | .000 | .000  | .000 | .006 | .000 | .65  |      |      |      |      |      |      |      |
| Cuestionario de Dunbar  | -.07       | -.05       | .06  | .01   | .59  | .66  | .80  | .65  |      |      |      |      |      |      |      |
| Calidad subjetiva de vida actual (CSVA)                             | .000       | .000       | .000 | .000  | .000 | .000 | .000 | .000 | .94  |      |      |      |      |      |      |
| Calidad subjetiva de vida ideal (CSVI)                              | -.07       | -.08       | .04  | -.01  | .58  | .63  | .76  | .64  | .94  |      |      |      |      |      |      |
| Escala de Evaluación de adherencia al medicamento (MARS)            |            |            |      |       | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 |      |      |      |      |      |      |
| Inventario de depresión de Beck (IDB)                               | .06        | -.12       | -.08 | -.08  | -.04 | .18  | .08  | .12  | .13  | .10  |      |      |      |      |      |
| Impresión Clínica Global (ICG)                                      | -.15       | -.15       | -.08 | -.14  | -.08 | .12  | .11  | -.07 | .05  | .09  | .25  |      |      |      |      |
| Escala análoga visual   | .15        | -.07       | .10  | .08   | -.14 | -.17 | -.24 | -.14 | -.25 | -.24 | -.00 | -.11 |      |      |      |
| Calidad subjetiva de vida (CSV)                                     | .05        | .01        | .01  | .01   | .03  | -.08 | .11  | .15  | .14  | .13  | -.04 | -.01 | .01  |      |      |
| Escala análoga visual   | -.62       | -.50       | -.57 | -.70  | -.05 | .005 | .011 | -.21 | -.07 | -.02 | .06  | .15  | -.06 | -.25 |      |
| Calidad subjetiva de vida   | .000       | .000       | .000 | .000  | .000 | .000 | .000 | .02  | .00  | .02  | .12  | .12  | -.10 | -.29 | .38  |
| Calidad subjetiva de vida   | -.23       | -.17       | -.27 | -.30  | -.09 | .14  | .02  | -.04 | .00  | .02  | .12  | .12  | -.10 | -.29 | .38  |
| Calidad subjetiva de vida   | .01        | .05        | .008 | .003  |      |      |      |      |      |      |      |      |      | .004 | .000 |



## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. LARA MC, PONCE DE LEÓN S, DE LA FUENTE JR. Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer. *Rev Invest Clin.* 1995, 47;4: 315-327.
2. GINER J, IBAÑEZ E, BACA E, et al. Desarrollo de Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV). *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1997; 25: 11-23.
3. GINER J, IBAÑEZ E, CERVERA S, et al. Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia. *Actas Esp de Psiqu.* 2001; 29(4): 233-242.
4. KARNOFSKY DA. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. En: MacKad CM, ed. *Evaluation of Chemotherapeutic Agents.* New York: Columbia University Press; 1949.
5. SLEVIN ML, PLANT H, LYNCH D, et al. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Brit J Cancer.* 1988; 57: 109-12.
6. BELL DR, TANNOCK IF, BODY NF. Quality of life measurement in breast cancer patients. *Brit J Cancer.* 1985; 51: 577-80.
7. BOYD NF, SELBY PJ, SUTHERLAND HJ, et al. Measurement of the clinical status of patients with breast cancer: evidence of the validity of self assessment with linear analogue scales. *J Clin Epidemiol.* 1988; 41: 243-50.
8. SELBY PJ, CHAPMAN J-AW, ETAZADI-AMOLI J, et al. The development of a method for assessing the quality of life on cancer patients. *Brit J Cancer.* 1984; 50: 13-20.
9. BIGELOW DA, McFARLAND BH OLSON MM. Quality of life of community mental health program clients: validating a measure. *Comm Mental Health Res.* 1991; 27: 43-55.
10. WIKLUND I, LINDVALL K, SWEDBERG K. Assessment of quality of life in clinical trials. *Acta Med Scand.* 1986; 220: 1-3.
11. SCHMALE AH, MORROW GR, SCHMITT MH, et al. Well-being of cancer survivors. *Psychosom Med.* 1983; 45: 163-9.
12. BECH P. Measurement of psychological distress and well-being. *Psychother Pshycosom.* 1990; 54: 77-89.
13. Número especial sobre bioética. *Bol Oficina Sanitaria Panamericana.* 1990; 108: 619-50.
14. OMS Definición de calidad de vida. WHOQOL GROUP. Study protocol for the World Health Organization Project to develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). *Qual Life Res.* 1993; 2: 153-9.
15. LEHMAN AF, WARD NC, LINNS LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry.* 139 (10): 1271-1276.
16. BACA E. Repercusiones d la enfermedad mental sobre la Calidad de Vida. En: Vázquez-Barquero JL, ed. *Psiquiatría de Atención Primaria.* Madrid: Aula Médica; 1998.

17. WARE JE, BROOK H, DAVIES AR, LOTIR KN. Choosing measures of health status for individuals in general population. *Am J Public Health*. 1981; 71: 620-5.
18. CAMACHO M, GINER J, CABALLERO R, et al. Experiencias subjetivas, defectos y calidad de vida en la esquizofrenia. *An Psiquiatría* (en prensa).
19. CELLA DF, TULSKY DS. Measuring de quality of life today: methodological aspects. *Oncology* 1990; 4: 29-38.
20. JOYCE CRB. Report from European Standard for Clinical Trials (ESCT) meeting in Strasbourg 23-24 May 1991, on issues of concern in the standardization and harmonization of drug trials in Europe. Health – Related Quality of Life Session. *Quality of Life Newsletter*. 1992; 3:10.
21. KELLY GA. The psychology of personal constructs. Norton. 1995.
22. DE HAES JCJM, VAN KNIPPENBERG FCE. The quality of life of cancer patients: a review of literature. *Soc Swci Med*, 1985; 20: 809-17.
23. VAN KNIPPERBERG FCE, DeHAES JCJM. Measuring the quality of life of cancer; psychometrics properties of instruments. *J Clin Epid*. 1988; 41(11): 1043-1053.
24. GILBAR O. The quality of life of cancer patients who refuse chemotherapy. *Soc Sci Med*. 1991; 32: 1337-40.
25. AARONSON NK. Methodological issues in assessing the quality of life of cancer patients. *Cancer*. 1991; 67: 844-50.
26. KIEBERT GM, DE HAES JHCJM, KIEVIT J, VAN DE VALDE CJH. Effect of peri-operative chemotherapy on the quality of life of patients with early breast cancer. *Eur J Cancer*, 1990; 26 : 1038-42.
27. MOR V. Cancer patient's quality of life over the disease course: lessons from the real world. *J Chron Dis*, 1987; 40 : 535-44.
28. WOOD-DAUPHYNEE S, WILLIAMS JI. Reintegration to normal living as a proxy to quality of life. *J Chron Dis*. 1987;40: 491-9.
29. ABBADI SS, GOUREVITCH R, GUELFY JD. Métodos de evaluación de la calidad de vida. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, E-37-200-A-15. Edit. Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, 2001.
30. GERIN P, DAZORD A, CIALDELLA P, et al. Le questionnaire: Profil de la qualité de vie subjective (PQVS). *Thérapie*. 46: 131-138, 1991.
31. AWAD AG, HOGAN TP, VORUGANTIL N, et al. Patient's subjective experiences on antipsychotic medications: implications for outcome and quality of life. *Int Clin Psychopharmacol*. 10 (supl 3): 123-133, 1995.
32. Index to quality of life papers by instruments. *Medical Care*, 1990 ; 28 (Suppl 12) :ds 30-52.
33. STOKER JM, DUNBAR GC, BEAUMONT G. The Smithkline Beecham « quality of life » scale ; a validation and reliability study in patients with affective disorders. *Quality of Life Res*, 1992 ; 1 : 385-395.
34. DUNBAR GC, STOKER MJ, HODGES TCP, BEAUMONT G : The development of SBQOL, a unique scale for measuring quality of life. *Brit J Med Economics*, 1990 ; 54 : 221-228.



35. LOPEZ SFF. Validez y confiabilidad de instrumentos para evaluar calidad de vida en pacientes con cardiopatía coronaria isquémica tratados en el Instituto Nacional de Cardiología. Tesis de Subespecialidad en Psiquiatría de Enlace. Facultad de Medicina, UNAM. 1997
36. CRAMER JA, ROSENHECK, et al. Quality of life in schizophrenia: a comparison of instruments. *Schizophrenia Bulletin*. 2000, 26(3): 659-666.
37. MEIJER CJ, SCHENE AH, KOETER MW. Quality of life in schizophrenia measured by the MOS SF-36 and the Lancashire Quality of Life Profile: a comparison. *Acta Psych Scand*. 2002; 105: 293-300.
38. NOORDSY DL, O'KEEFE C. Effectiveness of combining atypical antipsychotics and psychosocial rehabilitation in a community mental health center setting. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1999; 60(supl. 19): 47-51.
39. CAMPBELL J, SCHRAIBER R, TEMKIN T, TENTUSSCHER T. The well-being project: mental health clients speak for themselves. Report to the California Department of Health. 1989.
40. PINKEY AA, GERBER GJ, LAFAVE HG. Quality of life after psychiatric rehabilitation: the clients' perspective. *Acta Psych Scand*. 1991, 83(2): 86-91.
41. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Washington: American Psychiatric Association, 1997; 146: 50-61.
42. LÓPEZ-IBOR AJ, VALDEZ MM. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª. Edición, texto revisado. Editorial Masson. España, 2002: 333-370.
43. BARONET A-M, GERBER G.J. Psychiatric rehabilitation: efficacy of four models. *Clinical Psychology Review*. 1998; 18(2): 189-228
44. BRYSON G, LYSAKER P, BELL M. Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia. 2002; 28(2):249-57.
45. LEHMAN A, WAR NC, LINN LS. A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning*. 1988; 11: 51-62.
46. FABIAN ES. Work and the quality of life. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1989; 12(4): 39-49.
47. FABIAN ES. Supported employment and the quality of life: Does a job make a difference? *Rehab Counseling Bull*. 1992; 36(2):84-97.
48. BELLAK L, BLACK BJ, LURIE A. Rehabilitation of the mentally ill through controlled transitional employment. *Am J Orthopsychiatry*. 1956; 26: 285-296.
49. BELLAK L. *Handbook of Community Psychiatry and Community Mental Health*. Grune and Straton. 1964, New York.
50. HEINRICHS DW, HANLON TE, CARPENTER WT. The quality of life scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*. 1984, 10(3): 388-398.

51. WARNER R, POLAK P. The economic advancement of mentally ill in the community: II. Economic choices and disincentives. *Comm Mental Health J.* 1995; 31: 477-492.
52. Programa anual de trabajo del servicio de hospital de día. Hospital Psiquiátrico «Fray Bernardino Álvarez», Subdirección de Servicios Ambulatorios. Secretaría de Salud. 2003
53. OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10). Madrid: Meditor. 1994.
54. HOGARTY GE. Personal Therapy: A disorder relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1992; 21(3), 379-87.
55. BECK AT, STEER RA. Beck Depression Inventory. The Psychological Corporation, San Antonio TX. 1993.
56. BONICATTO S, DEW AM, SORIA JJ. Analysis of the psychometric properties of the Spanish versions of the Beck Depression Inventory in Argentina. *Pysch Res.* 1998; 79: 227-285.
57. TORRES-CASTILLO M, HERNÁNDEZ-MALPICA E, ORTEGA SOTO H. Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental.* 1991; 14(2): 1-6.
58. JURADO S, VILLEGAS ME, MENDEZ L et al. La estandarización del Inventario para Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Saud Mental.* 1998; 21(3): 26-31.
59. APIQUIÁN A, FRESÁN A, NICOLINI H. Evaluación de la psicopatología. Escalas en español. Ed. JGH, México. 2000.
60. McCORMACK HM, SHEATEHER S. Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychol Med.* 1988; 18: 1007-1019.
61. MORRISON DP. The Crichton visual analogue scale for the assessment of behavior in the elderly. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; 68: 408-413.
62. KAY SR, OPLER LA, SPITZER RI, et al. Two-tier Diagnostic System for Psychotic Disorders. *Compr Psychiatry.* 1991; 32:355-361.
63. KAY SR, FISZBEIN A, OPLER LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987; 13(2): 261-276.
64. KAY SR, FISZBEIN A, VITAL-HERNE M, et al. Positive and Negative Syndrome Scale-Spanish Adaptation. *J Nerv Ment Dis.* 1990; 178: 510-517
65. HERRERA-ESTRELLA M, TORNER C, GONZÁLEZ G, et al. Estudio de confiabilidad de la traducción al español de la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) para valorar esquizofrenia. *Psiquis.* 1993; 2: 47-51.
66. DiMASIO A, BERNARDO DL, GREENBLAT DJ, et al. A controlled trial of amantadine in drug-induced extrapyramidal disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1976; 33: 599-602.
67. ORTEGA-SOTO HA. El síndrome extrapiramidal con el uso de psicofármacos. *Psiquiatría.* 1985; 1: 141-150.
68. GUY W. Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual. Rockville, National Institute Mental Health, 1976.

69. BOBES GJ, PORTILLA GMP, BASCARÁN FMT, et al. Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. Ed: Ars Medica, 2da edición. España, 2002: 113.
70. THOMPSON K, KULKARNI J, SERGEJEW AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research*. 2000; 42: 241-247.
71. HOGAN TP, AWAD AG, EASTWOOD R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med*. 1983; 13: 177-183.
72. MORISKY DE, GREEN LW, LEVINE DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24(1): 67-74.
73. SILBERMAN GS. Creencias y actitudes hacia la enfermedad mental en psiquiatría; estudio exploratorio. *Acta Psiq Psicol América Latina*. 1993; 39(2): 159-168.
74. KORNBLIT A. Pasos hacia la enseñanza del modelo eco-sistémico en medicina. *Salud Mental*. 1987; 10(3): 9-21.
75. VELARDE JE, AVILA-FIGUEROA C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pub México*. Jul-Ago 2002,44 ; 4 : 349-361.