



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA DE LA SALUD

LA DISCAPACIDAD EN LAS PERSONAS CON
TRASTORNOS ANSIOSOS, DEPRESIVOS Y
ESQUIZOFRENICOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

DOCTORA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ROSALÍA TENORIO MARTÍNEZ

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: DRA. MARÍA ELENA TERESA MEDINA MORA ICAZA

COMITÉ: DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ MAQUEO

DRA. MARÍA DEL CARMEN ELIZABETH LARA MUÑOZ

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DRA. MARÍA LUISA RASCÓN GASCA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

La presente tesis es parte de la línea de investigación
Calidad de Vida, Discapacidad y Trastornos Mentales, de la
Dra. María de Carmen E. Lara Muñoz,
a quien agradezco haya aceptado ser mi tutora.

Dedico esta tesis a mi mamá,
la Sra. María de Carmen Martínez Guerrero;
a mi papá, el Sr. Jorge Tenorio Flores (q.e.p.d.);
a mi abuela, la Sra. Carmen Guerrero Cárdenas;
a mis hermanos Georgina, Jorge (q.e.p.d.),
Gabriel y Miguel y a mis sobrinos
María José, Michel, María Fernanda, Jorge y Oliver.

AGRADECIMIENTOS

Ante todo, doy gracias a Dios por todo lo que tengo en la vida y por estar alcanzando este logro tan importante.

A la Dra. María del Carmen Lara Muñoz, por toda su asesoría, acompañamiento y apoyo a lo largo de todo el proceso del doctorado.

A la Dra. María Elena Medina Mora Icaza, por sus enormes enseñanzas, por la fe y motivación que me infundió cuando dudaba de mi capacidad para continuar en este proyecto.

A los Dres. Emilia Lucio Lucio Gómez Maqueo, Samuel Jurado Cárdenas y María Luisa Rascón Gasca, por sus valiosos comentarios y sugerencias a lo largo de la elaboración de esta tesis, los cuales enriquecieron el documento elaborado.

A la Dra. Shoshana Berenzon Gorn, por todas sus finas atenciones para revisar durante seis semestres mis avances dentro del Seminario de Investigación, y cuyas observaciones y correcciones ayudaron en gran medida a que este trabajo se estructurara de mejor forma.

Al Dr. Guillermo Loaiza Cerón, Director del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, de la Ciudad de Puebla, por todas las facilidades y apoyos proporcionados para llevar a cabo la actividad de evaluación de pacientes en el Servicio de Consulta Externa.

A la Dra. María Belem Guerrero Cabrera y al Dr. Felipe de Jesús García Martínez, por su apoyo en la selección y evaluación de los participantes del escenario clínico.

A los participantes de ambos estudios, sin cuya cooperación no hubiera sido posible alcanzar este objetivo.

A mi mamá y a mi hermana Georgina por todo su apoyo a lo largo de toda mi vida y por su gran convicción en todos los proyectos que he emprendido.

A la Dra. María del Carmen Cortés Sánchez, por toda su orientación y escucha respecto a las dificultades que iban apareciendo en el desarrollo de la investigación.

A la Mtra. María de Lourdes Torres Villegas, por su ayuda en la captura de los datos y también por escuchar las penas que de repente aparecieron en todo este largo proceso.

A la Dra. Ana Fresán Orellana por su apoyo como compañera del doctorado, ya que en los primeros semestres, de manera espontánea y desinteresada me apoyó mucho con sugerencias y obtención de material para mi proyecto.

ÍNDICE

Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
Índice	viii
Lista de Figuras	xiv
Lista de Tablas	xv

CALIDAD DE VIDA

Calidad de vida y salud	1
La medición de la calidad de vida	9
Calidad de vida y su relación con variables sociodemográficas	17
Calidad de vida y pobreza	19
Calidad de vida y su relación con las variables psicológicas y psicosociales	29
Calidad de vida en los trastornos mentales	31

DISCAPACIDAD Y TRASTORNOS ANSIOSOS, DEPRESIVOS Y ESQUIZOFRÉNICOS

Antecedentes en el estudio de la discapacidad	38
La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)	40

La medición de la discapacidad	50
La discapacidad y los trastornos mentales	53
La discapacidad en los trastornos de ansiedad	58
La discapacidad en los trastornos depresivos	73
La discapacidad en los trastornos esquizofrénicos	85

PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD Y DISCAPACIDAD EN TRASTORNOS MENTALES

La protección social en salud	98
Orígenes de la protección social en salud	99
La protección social en salud en México	100
Situación actual de la protección social en salud en México	104
Discapacidad, enfermedades profesionales y trastornos mentales	107
Protección social en salud y trastornos mentales	111
La atención de los trastornos mentales en el sistema de salud del estado de Puebla	121

FUNDAMENTACIÓN

Conclusiones del estado del arte	129
Planteamiento del problema	136
Justificación	139
Objetivos	141
Objetivos generales	142
Objetivos particulares	142
Hipótesis	143

MÉTODO

Diseño de la investigación	145
Plan de análisis de resultados	149
Escenarios de investigación	150

Primer estudio	152
Primera fase	152
Sujetos	153
Instrumento	154
Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la OMS	154
Procedimiento	155
Segunda fase	155
Sujetos	156
Instrumentos	156
Cinco viñetas clínicas de la OMS	156
CIF de la OMS	157
Procedimiento	158
Tercera fase	158
Sujetos	159
Instrumentos	159
Lista de Cotejo de la CIF	159
Cuestionario para la Evaluación de las Discapacidades de la OMS (WHO-DAS II)	163
Procedimiento	165
Análisis estadístico del primer estudio	166
Segundo estudio	168
Sujetos	169
Instrumentos	170
Psicopatología general	170
Lista de 90 Síntomas (SCL-90)	170
Intensidad de la sintomatología de los trastornos	172

Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)	172
Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D)	174
Escala del Síndrome Positivo y Negativo (PANSS)	176
Nivel socioeconómico	179
Índice de Nivel Socioeconómico (INSE)	179
Discapacidad	180
Lista de Cotejo de la CIF	180
WHO-DAS II	180
Procedimiento	180
Análisis estadístico del segundo estudio	182
Consideraciones éticas	186
RESULTADOS	
Primer estudio	188
Primera fase. Aplicabilidad de la Lista de Cotejo de la CIF en pacientes con trastornos psiquiátricos	188
Conclusión de primera fase	193
Segunda fase. Aplicabilidad de la Lista de Cotejo de la CIF en pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y psicóticos	194
Viñeta depresión mayor	194
Viñeta depresión posparto	196
Viñeta ansiedad generalizada	198
Viñeta esquizofrenia paranoide	199
Viñeta trastorno psicótico breve	202
Conclusión de la segunda fase	203
Tercera fase	204
Validez de la Lista de Cotejo de la CIF	204
Confiabilidad de la Lista de Cotejo de la CIF	208

Conclusión de la tercera fase	208
Segundo estudio	209
Intensidad de la sintomatología en los tres grupos	214
Psicopatología general	215
Discapacidad	216
WHO-DAS II	216
Lista de Cotejo de la CIF	217
Funciones Corporales	218
Limitaciones de la Actividad y Restricciones en la Participación	221
Factores Ambientales	225
Información breve sobre la salud	231
Psicopatología General e Intensidad de la Sintomatología	238
Discapacidad e Intensidad de la Sintomatología	239
Funciones Corporales e Intensidad de la Sintomatología	239
Actividades, Participación e Intensidad de la Sintomatología	242
Discapacidad y Psicopatología General	246
Funciones Corporales y Psicopatología General en el Grupo Ansiedad	246
Actividades, Participación y Psicopatología General en el Grupo Ansiedad	249
Funciones Corporales y Psicopatología General en el Grupo Depresión	252
Actividades, Participación y Psicopatología General en el Grupo Depresión	254
Funciones Corporales y Psicopatología General en el Grupo Esquizofrenia	257
Actividades, Participación y Psicopatología General en el Grupo Esquizofrenia	260
Discapacidad y Cronicidad del Trastorno	263

Funciones Corporales y Cronicidad del Trastorno en los Grupos Estudiados	263
Actividades, Participación y Cronicidad del Trastorno en los Grupos Estudiados	265
Conclusiones del Segundo Estudio	269
DISCUSIÓN	
Primer estudio	275
Segundo estudio	288
Conclusiones	308
Aportaciones al área de la salud mental	312
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	315
APÉNDICES	
Apéndice A. Glosario	348
Apéndice B. Viñetas clínicas utilizadas en la segunda fase del primer estudio	365
Apéndice C. Carta de aprobación del protocolo de investigación extendida por el Comité de Bioética del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano	370
Apéndice D. Portada de artículo publicado	371

LISTA DE FIGURAS

Número		
1	Modelos de calidad de vida	8
2	Modelo explicativo de la discapacidad de acuerdo con la CIDDMM	40
3	Interacciones entre los componentes de la CIF	42
4	El universo del “bienestar”	42
5	Aspectos positivos y negativos del funcionamiento	44
6	Estructura de la CIF	49
7	Modelo conceptual de Jette acerca de la discapacidad	52
8	Modelo propuesto para el segundo estudio	169

LISTA DE TABLAS

Número		
1	Instrumentos genéricos para medir calidad de vida	11
2	Instrumentos para medir calidad de vida en trastornos mentales	32
3	Comparación de los trastornos de ansiedad en los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-IV-TR	58
4	Comparación de los trastornos depresivos en los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-IV-TR	74
5	Las 10 enfermedades o causas de lesiones más discapacitantes en 1990 y 2020	76
6	Comparación de los trastornos esquizofrénicos en los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-IV-TR	86
7	Cuadro básico de medicamentos psiquiátricos que cubren el IMSS y el Seguro Popular	115
8	Derechohabiencia en el estado de Puebla al 13 de octubre de 2005	122
9	Egresos hospitalarios de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento, en las instituciones del sector salud durante 2006	123
10	Los 10 diagnósticos más frecuentes en pacientes atendidos en consulta externa del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano (dependiente de los SSEP), durante 2003	124

Número		
11	Los 10 diagnósticos de egreso más frecuentes en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, durante 2003	125
12	Los 10 diagnósticos más frecuentes en pacientes atendidos en consulta de psiquiatría del IMSS, en el estado de Puebla, durante 2003 (población en el rango de edad de los 20 a los 59 años)	126
13	Estructura general de interacción de las variables estudiadas con técnicas de recolección y objetivos	148
14	Comparación de WHO-DAS II con Lista de Cotejo de la CIF	164
15	Interpretación de puntuación en el HAM-A	174
16	Interpretación de puntuaciones en el HAM-D	176
17	Percentiles correspondientes a las puntuaciones directas del PANSS	179
18	Ítems de la escala Actividades y Participación elegidos por el grupo de expertos	189
19	Ítems seleccionados por el grupo de expertos para la Viñeta Depresión Mayor	195
20	Ítems elegidos por el grupo de expertos para la Viñeta Depresión Pos Parto	197
21	Ítems elegidos por el grupo de expertos para la Viñeta Ansiedad Generalizada	198
22	Ítems elegidos por el grupo de expertos para la Viñeta Esquizofrenia Paranoide	200
23	Ítems elegidos por el grupo de expertos para la Viñeta Trastorno Psicótico Breve	202

Número		
24	Correlación entre ítems de las subescalas de la Lista de Cotejo de la CIF y las subescalas de WHO-DAS II	205
25	Valores de Alfa de Cronbach de las cuatro subescalas de la Lista de Cotejo de la CIF	208
26	Frecuencias y porcentajes de trastornos psiquiátricos detectados en los pacientes captados durante el estudio	209
27	Pacientes excluidos del estudio	210
28	Características sociodemográficas de los pacientes evaluados (variables dimensionales)	211
29	Características sociodemográficas de los pacientes evaluados (variables categóricas)	212
30	Medidas de tendencia central y desviación estándar de los puntajes de los instrumentos de sintomatología	214
31	Análisis estadístico de los puntajes de SCL-90 en los grupos estudiados	215
32	Comparación de los tres grupos de pacientes en las áreas de WHO-DAS II	217
33	Comparación de los tres grupos de pacientes en déficit en Funciones Corporales	219
34	Comparación de los tres grupos de pacientes en limitaciones de la Actividad y restricciones de la Participación	222
35	Comparación de los tres grupos de pacientes en Factores Ambientales (barreras)	225
36	Comparación de los tres grupos de pacientes en Factores Ambientales (facilitadores)	228

Número		
37	Comparación de los tres grupos de pacientes acerca de cómo califican su salud física y su salud mental y emocional en los últimos 30 días	231
38	Comparación de los tres grupos de pacientes en ítems acerca de condiciones de salud	232
39	Comparación de los tres grupos de pacientes en datos dimensionales referentes a sus condiciones de salud	233
40	Comparación de los tres grupos de pacientes en datos específicos de condiciones de salud y tratamientos	236
41	Correlación entre puntuaciones de SCL-90 y de instrumentos de medición de sintomatología de trastornos	239
42	Correlación entre deficiencia en Funciones Corporales y sintomatología del trastorno	240
43	Correlación entre limitaciones en la Actividad y restricciones en la Participación y puntuaciones en intensidad de la sintomatología	244
44	Correlación entre deficiencia en Funciones Corporales y puntajes del SCL-90 en el grupo Ansiedad	247
45	Correlación entre limitación en la Actividad, restricciones de la Participación y puntajes del SCL-90 en el grupo Ansiedad	250
46	Correlación entre deficiencia en Funciones Corporales y puntajes del SCL-90 en el grupo Depresión	253
47	Correlación entre limitaciones en la Actividad y restricciones en la Participación y puntajes del SCL-90 en el grupo Depresión	255

Número		
48	Correlación entre deficiencia en Funciones Corporales y puntajes del SCL-90 en el grupo Esquizofrenia	258
49	Correlación entre limitaciones en la Actividad, restricciones en la Participación y puntajes del SCL-90 en el grupo Esquizofrenia	261
50	Correlación entre deficiencia en Funciones Corporales y cronicidad del trastorno en los grupos de pacientes estudiados	263
51	Correlación entre limitaciones en la Actividad, restricciones en la Participación y cronicidad del trastornos en los grupos de pacientes estudiados	266

RESUMEN

Antecedentes: En los últimos años se ha abordado el problema de la discapacidad desde nuevos marcos conceptuales. El más reciente es el de la OMS. Los trastornos de ansiedad son responsables de poco más del 1% de la mortalidad, pero casi del 12% del peso global de enfermedad en el mundo. Se ha proyectado que para 2020 la depresión mayor será la segunda enfermedad más discapacitante. En el caso de la esquizofrenia el predominio de síntomas negativos se ha asociado a pobre funcionamiento premórbido y a discapacidad permanente.

Objetivos generales: 1) Determinar los aspectos clinimétricos de la Lista de Cotejo de la CIF; 2) Establecer las áreas en que se presenta discapacidad en las personas con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos. **Método:** se realizaron dos estudios. El primero fue clinimétrico. En el segundo participaron 100 pacientes con diagnóstico de ansiedad, depresión o esquizofrenia. Se utilizaron WHO-DAS-II, Lista de Cotejo de la CIF, HAM-A, HAM-D, PANSS y SCL-90. **Resultados:** En el primero estudio la Lista de Cotejo demostró ser un instrumento aplicable a la evaluación de trastornos mentales, así como tener valores aceptables en validez y confiabilidad. En el segundo estudio, en el WHO-DAS-II el grupo con esquizofrenia presentó mayor promedio en dos dominios. En la Lista de Cotejo, el mismo grupo tuvo dificultades principalmente en aprendizaje y aplicación del conocimiento, comunicación y movilidad. En factores ambientales, también enfrentaban más barreras. En la relación entre discapacidad y sintomatología las correlaciones fueron bajas en general. Lo mismo se observó en la relación entre discapacidad y psicopatología general y en la relación entre discapacidad y cronicidad del trastorno. **Conclusiones:** La Lista de Cotejo de la CIF presenta adecuadas propiedades clinimétricas y permite medir de manera objetiva la discapacidad en pacientes con diferentes trastornos mentales y establecer comparaciones en cuanto a impacto de la enfermedad.

ABSTRACT

Background: In the last years disability problem has been approached from new conceptions. The latest is the ICF proposed by WHO. Anxiety disorders are responsible of a few more than 1% of mortality, but almost 12% of global burden of disease in the world. By the year 2020 depression is projected to reach second-leading cause of disability worldwide. The predominance in schizophrenia of negative symptoms is associated to poor premorbid functioning and lasting disability. **General objectives:** 1) To determine the clinimetric properties of ICF Checklist; 2) To identify the main areas of disability in people with anxiety, depressive and schizophrenic disorders. **Method:** Two studies were carried out. The first was clinimetric. In the second study participated 100 out-patients treated for anxiety, depression or schizophrenia. The questionnaires employed were WHO-DAS-II, ICF Checklist, HAM-A, HAM-D, PANSS and SCL-90. **Results:** In the first study ICF Checklist proved have been proved a feasible instrument, as well as having upper values in validity and reliability. In the second study, in WHO-DAS-II, schizophrenia group showed the highest mean in understanding and communicating and getting along with people. On ICF Checklist problems were mainly in mental functions, learning and applying knowledge, communication, mobility, self-care and domestic life. In relation to environmental factors, persons with schizophrenia faced barriers in support, attitudes and services, systems and policies. As for the relationship between disability and symptomatology, few ICF Checklist items associated significantly to HAM-A, HAM-D and PANSS. Regarding the relationship between disability and general psychopathology, there were few important associations, especially in the schizophrenia group. At last, relation between disability and disorder chronicity was weak in the three groups. **Conclusions:** ICF and ICF Checklist have adequate clinimetric properties. ICF Checklist allows an objective disability evaluation in patients with diverse mental disorders and to state impact comparisons due to illness.

CALIDAD DE VIDA

Calidad de vida y salud

En la década de los 50, un grupo de expertos creado por la ONU elaboró una propuesta mundial para determinar el nivel de vida de una persona o de una comunidad para abastecerse y disfrutar de la existencia. El resultado fue la presentación en 1961, de una definición y una lista de 12 componentes que debían ser incluidos en un índice de calidad de vida para evaluar el bienestar humano. Definió a la calidad de vida como “una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo” y los componentes que consideró fueron salud, alimentación y nutrición, educación, condiciones de trabajo, situación de empleo, consumo y ahorros agregados, transporte, vivienda, vestido, recreación y entretenimiento, seguro social y libertades humanas (Palomino y López, 2000, Palomar Lever, 2001). La idea era desarrollar indicadores para cada componente, tomando en cuenta aspectos culturales y psicológicos en el proceso de satisfacción y algo se propuso en lo que respecta a salud y alimentación y nutrición, pero en los demás componentes tuvieron muchas dificultades, en especial en el de libertades humanas. Desde entonces se ha estudiado y discutido si estos componentes constituyen verdaderamente lo que es la calidad de vida, ya que como se puede observar se enfatiza la dimensión material.

Años más tarde la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) elaboró una lista de preocupaciones sociales compartidas y un sistema que pretendía registrar periódicamente esas condiciones en los países miembros de la OCDE, sin embargo, fue un proyecto que no tuvo el efecto que se esperaba, debido a las

diferentes posiciones políticas existentes y a que el 75% de la población mundial no vivía con el nivel de los países miembros de la OCDE (Palomino y López, 2000).

Dentro del campo de la salud fue un tema que empezó a sugerirse cuando la OMS, publica en 1948, la Sexta Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-6), ya que al mencionar el concepto de bienestar se abría la posibilidad de incluir aspectos positivos de la salud en la consideración del estado de salud-enfermedad de las personas (Lorente, Ibáñez, Moro y Ruipérez, 2002).

Una definición interesante de calidad de vida en materia de salud es la propuesta por Schalock (1996), que habla de las condiciones de vida deseadas por una persona y toma en cuenta ocho necesidades que considera fundamentales: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. De las anteriores la que subraya en especial es la autodeterminación, que es un aspecto que a partir de los 70 se ha promovido en los programas de rehabilitación psicosocial, a través de la participación activa del paciente en los servicios de salud.

De acuerdo con Lara Muñoz (2001), el término como tal en la literatura médica apareció en la década de los 60, con un enfoque médico-filosófico y a finales de los 70 se desarrolló con otro enfoque, el clínico-psicométrico, a través de estudios realizados principalmente en Suecia y Estados Unidos. Esta revisión se centra en este último enfoque.

Se puede decir que en lo que están de acuerdo actualmente los expertos en el tema es en que el concepto de calidad de vida posee una multidimensionalidad que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en lo ocupacional y en la situación económica. Lara Muñoz (2001) explica que se pueden distinguir cinco aproximaciones al concepto de calidad de vida:

1. La aproximación psicológica que es la forma en que el paciente percibe su enfermedad e incluye los métodos que se utilizan para enfrentar la enfermedad tanto por parte del paciente como de la familia.
2. Las preferencias en donde se toma en cuenta la disposición del paciente a dar una determinada cantidad de su vida en una situación de salud-enfermedad.
3. El concepto comunitario de Ware en donde las variables se acomodan en círculos concéntricos: al centro van los parámetros fisiológicos de la enfermedad, después el funcionamiento personal, el malestar/bienestar psicológico, la percepción general de salud y en el círculo exterior el funcionamiento social.
4. Reintegración a la vida normal que es un concepto que se relaciona con el de calidad de vida, pero no es idéntico. Se entiende por reintegración la habilidad que tiene la persona para hacer lo que se quiere o se tiene que hacer, aunque esté enfermo.
5. El concepto de la brecha de Calman, en donde la calidad de vida se define “como la brecha entre las expectativas de los pacientes y sus logros: mientras más pequeña es la brecha, mejor es la calidad de vida”. Esta brecha varía a lo largo del tiempo ya que depende del mejoramiento o del deterioro del paciente.

Existen otros puntos de vista respecto a qué debe entenderse por calidad de vida y cómo medirla. Palomar Lever (2001) expone que lo que los investigadores llamaban en los 60, calidad de vida, actualmente otros autores llaman bienestar subjetivo y que calidad de vida equivale a lo que los economistas llaman nivel de vida, sólo que este último incluye indicadores objetivos como son educación, empleo, condiciones económicas de la vivienda, nutrición, etc. Tomando esto en cuenta, la calidad de vida se enfocó a la medición de la percepción y la evaluación subjetiva de la satisfacción en áreas como la familia, el entorno, el desarrollo personal, la recreación, los deseos y las expectativas individuales y sociales. En este sentido no sólo se ha hablado de *bienestar*, sino también

de *bienser* para referirse de algún modo a la búsqueda de una salida a lo que se consideraba en la década de los 60, “una ruta de empobrecimiento del alma: la simple lectura de las condiciones económicas y sociales” (Reyes Heróles, 1999, p. 87).

Para Abreu, Infante, Gorenc y Caso (2000) la calidad de vida se refiere a lo específicamente humano, “y a la capacidad para construir futuros de manera propositiva” (p.29), o sea proyectos de vida y con base en lo que existe construir lo que no existe. Reconocen también aspectos subjetivos y agregan que “la calidad de vida es un fenómeno dinámico no lineal que articula lo cuantitativo y lo cualitativo” (p.29).

Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002, a) dicen que la calidad de vida, de una manera operacional, se compone de sensaciones subjetivas y muy personales acerca del sentirse bien y que es lo que miden la gran cantidad de instrumentos que existen, de una manera consistente.

Dentro de la psicología, la calidad de vida ha sido más abordada bajo el concepto bienestar subjetivo y al respecto Moriwaki (1974) dice que el bienestar incluye la presencia de salud mental, por lo que felicidad implica adaptación social y psicológica.

Palomar Lever (2001) señala que dentro de la psicología, la calidad de vida se puede abordar dimensionalmente, desde algunos de los cinco tipos de teorías que a continuación se presentan:

1. *Como una dimensión del afecto positivo y negativo.* Los sentimientos de bienestar están compuestos por dos estados emocionales subjetivos, positivo y negativo, los cuales pueden variar independientemente del otro y así una persona puede sentirse mal por una enfermedad y compensar esto con experiencias y sentimientos positivos. Al respecto, entre los autores más representativos de esta corriente están Abbey, Andrews y Emmons.

2. *Como una dimensión afectiva cognitiva.* Cuando la evaluación se centra en la satisfacción de vida, se considera cognitiva; cuando se centra en la experiencia de cada día, se considera afectiva. Cognitivamente es la comparación de aspectos de la situación actual con una situación deseable. Lo relevante es definido por el individuo y la discrepancia entre afectivo y cognitivo es la medida del bienestar.
3. *Como una dimensión de frecuencia-intensidad.* Al parecer la intensidad puede ser vista como una dimensión separada del bienestar; sin embargo, Larse, Diener y Emmons (1985), encontraron en un estudio que los sujetos que puntúan alto en intensidad de los afectos, son fuertes en todos los eventos de su vida y no reportan alta frecuencia de eventos, por lo que concluyeron que la intensidad del afecto diario no está influenciada por la frecuencia de emociones de la persona.
4. *Como una dimensión dentro-fuera.* Es un concepto de Lawton, Keblan y Di Carlo, que obtuvieron a través del análisis factorial de medidas del bienestar, de donde se obtuvieron dos factores principales. El primero con afecto negativo y que contenía variables como autoestima, ansiedad social, salud y congruencia entre expectativas y logros. El otro factor era positivo y sus variables eran satisfacción con amigos, satisfacción con el lugar de residencia y calidad percibida del uso del tiempo. Para Lawton estas dimensiones reflejan el bienestar interior y exterior, respectivamente.
5. *Como una dimensión de la orientación en el tiempo.* Es un modelo propuesto por Bryant y Veroff. Las investigaciones que sustentan esta teoría han encontrado que el concepto satisfacción en la vida tiene orientación a largo plazo, mientras que el término felicidad hace referencia a un corto plazo y además que los eventos negativos son de larga duración y pueden tener consecuencias a largo plazo, lo cual no sucede con los eventos positivos.

Infante, Abreu, Reyes y Gorenc (2000) escriben que la salud es prácticamente sinónimo de calidad de vida, sin embargo, vuelve a aparecer el problema que ya se había

mencionado acerca de que quien determina esta condición de salud y de calidad de vida es el médico, sin tomar en cuenta el punto de vista del paciente. Para estos autores el problema puede ser analizado tomando en cuenta a la calidad de vida como variable independiente y a la salud como dependiente y al contrario, la salud como independiente y la calidad de vida como dependiente. En el primer caso explican que existen cuatro paradigmas al respecto:

1. Paradigma estructural. Aquí se ubican las investigaciones que demuestran “el efecto de la desigualdad social y la pobreza en la salud” (p.155), ya que no todos los estratos reciben la misma atención a la salud y también se consideran las que explican “cómo la población pobre construye estrategias para sobrevivir ante las crisis y el efecto de estas sobre la salud” (p.156).
2. Paradigma ambientalista o ecológico. Está muy relacionado con el anterior, ya que afirma que las personas con un nivel socioeconómico más bajo tienen menos recursos para enfrentarse a las demandas del ambiente, por sus pocas posibilidades y poder para cambiar el ambiente, “es decir, es un problema de equilibrio entre demandas, y el poder –control sobre los recursos- para resolverlas” (p.158).
3. Paradigma de la promoción de la salud. Asume que la participación de toda la población es importante en el proceso de la salud. Al comprometerse las personas hay un mejoramiento en sus recursos, en la prevención de las enfermedades y en los estilos de vida.
4. Paradigma de la prevención de la enfermedad o del comportamiento. Tiene apoyo en el método epidemiológico y en sus descubrimientos acerca de que hay factores de riesgo que aumentan la probabilidad de cursar con determinada enfermedad o condición de salud. De esta forma la calidad de vida se relaciona con el estilo de vida.

En lo que se refiere a la salud como variable independiente y la calidad de vida como dependiente, se encuentran los siguientes paradigmas:

1. Paradigma de la rehabilitación. Se centra en la rehabilitación como un medio para restaurar, mantener y mejorar el funcionamiento. Este enfoque se interesa por los efectos de las intervenciones en la reintegración social del paciente.
2. Enfoque subjetivista. Lo que se toma en cuenta es la evaluación que hace el paciente de la atención a la salud, en lo técnico y lo interpersonal y el efecto que esta atención ha tenido en su calidad de vida. Se puede decir que este modelo se ha desarrollado dentro del paradigma de la rehabilitación. Es un enfoque que cada vez tiene mayor relevancia dentro de la psicología, ya que permite la investigación de variables como locus de control, actitudes, autoestima, optimismo, sociabilidad, control percibido, estilos de afrontamiento, etc.
3. Paradigma de la asignación de recursos. Se centra en el análisis de la forma en que los gobiernos asignan presupuesto para el campo de la salud. Toma en cuenta indicadores como las tasas de mortalidad, esperanza de vida, el peso de la enfermedad, etc. Es un enfoque muy criticado porque reduce la importancia de la vida humana a indicadores de utilidades.

Las posiciones teóricas expuestas, se pueden ver expresadas en la sistematización de modelos propuesta por Felce y Perry (1995), en donde contemplan la existencia de cuatro tipos de modelos para abordar la calidad de vida (Figura 1).

En el primero se define por las condiciones de vida de una persona, el segundo, donde se ve la satisfacción de la persona en dichas condiciones de vida, un tercero en donde se combinan aspectos objetivos y subjetivos y por último, donde entra la escala de valores y las expectativas personales.

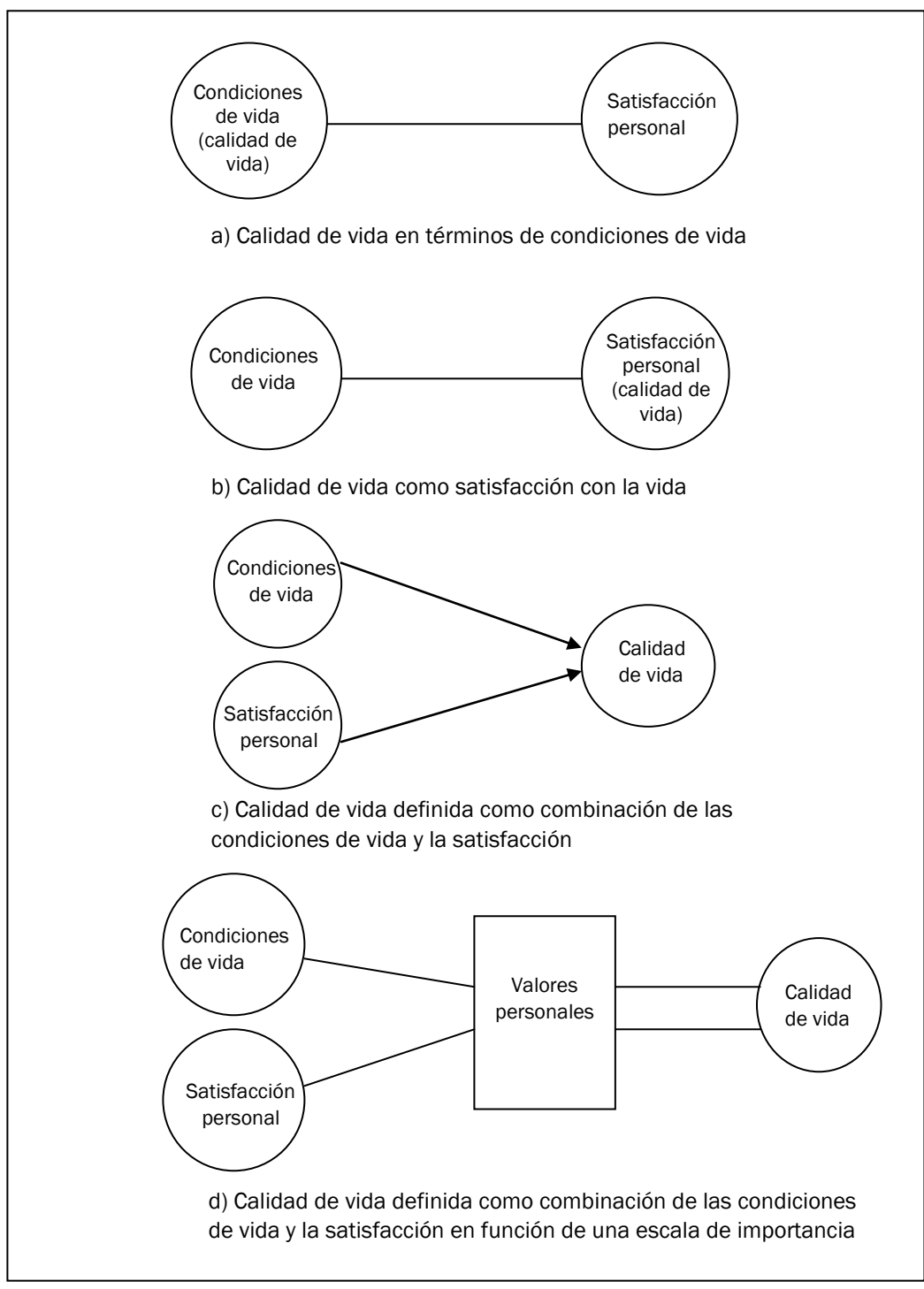


Figura No. 1. Modelos conceptuales de calidad de vida (tomado de Felce y Perry, 1995).

La medición de la calidad de vida

Hay autores que afirman que así como no existe una sola definición de calidad de vida, hasta la fecha no existe una forma de medirla exactamente y que lo más probable es que nunca exista (Palomino y López, 2000), sin embargo, se han diseñado diferentes escalas con este propósito. En las escala de calidad de vida siempre se espera una considerable variabilidad y las áreas deben medirse en dos dimensiones, una que se refiere a los componentes objetivos -como son las condiciones en que vive el paciente, su trabajo y el número de contactos sociales, esto es, de la salud funcional, y otra acerca de los componentes subjetivos –donde quedan considerados el bienestar y la satisfacción con sus condiciones de vida, entre otros-, es decir, la percepción de la salud (Lara-Muñoz, 1999, Velarde-Jurado y Ávila Figueroa, 2002, a, Grau-Abalo et al., 1996, Paloutzian y Ellison, 1982, Lorente, et al., 2002). La evaluación de la calidad de vida en términos generales se basa en encuestas en las que se pregunta acerca del inicio de la enfermedad, el diagnóstico y los cambios de síntomas en los últimos meses, sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas como suele a veces suceder con los trastornos mentales. Los cuestionarios se pueden diseñar de acuerdo con dos modelos, el Rolls-Royce y el Volkswagen (Guyatt, Bombardier y Tugwell, 1986). En ambos se analizan instrumentos que ya existen y se consulta con profesionales que atienden pacientes, pero en el modelo Rolls-Royce se agrega una revisión intensa de la literatura y se hacen entrevistas estructuradas a 50 y a veces hasta a 100 pacientes.

Lara-Muñoz (2001) dice que en la evaluación de la calidad de vida se refleja la percepción del enfermo sobre su ejecución en las siguientes cuatro áreas:

1. Funcionamiento físico. En donde generalmente se pregunta acerca de la fuerza, la energía y la capacidad para realizar actividades cotidianas.
2. Funcionamiento psicológico. Que toma en cuenta variables psicológicas como la ansiedad, la depresión y el temor.

3. Funcionamiento social. Que se refiere a la capacidad del paciente para relacionarse con su familia, con amigos cercanos, con compañeros de la escuela o del trabajo y por último con la comunidad en general.
4. Sensaciones somáticas. Se refiere a sensaciones físicas molestas y los más comunes son el dolor, la náusea y la disnea.

Algunos instrumentos incluyen un componente económico o financiero, sin embargo, no es un aspecto que se desprenda de la condición de salud, por lo cual es incorrecto considerarlo.

Hay otros autores que consideran un número mayor de aspectos que debe medir un instrumento de calidad de vida, como es el caso de Mezzich et al. (2000), quienes revisaron 21 instrumentos e identificaron como relevantes estas 10 áreas:

1. Bienestar psicológico.
2. Bienestar físico.
3. Autocuidado y funcionamiento independiente.
4. Funcionamiento ocupacional.
5. Funcionamiento interpersonal.
6. Apoyo emocional y social.
7. Apoyo comunitario y de servicios.
8. Autorrealización o plenitud personal.
9. Satisfacción espiritual.
10. Valoración global de la calidad de vida.

A pesar del intento de Mezzich et al. (2000) de ser muy específicos, se puede apreciar que muchos de los aspectos que consideran pueden ser fusionados, ya que se trata de áreas similares.

En la Tabla 1, se presentan 33 instrumentos genéricos para la medición de la calidad de vida. En ella resalta el hecho de que el malestar somático, así como el apoyo social y el entorno, son áreas que incluyen pocos instrumentos, a pesar de la importancia que tienen en la vida del paciente, ya que es ahí donde se refleja principalmente el impacto de la enfermedad.

Tabla No. 1. Instrumentos genéricos para medir calidad de vida (tomado de Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002, b y Palomar Lever, 1995).

Instrumento	Funcionamiento físico	Funcionamiento psicológico	Funcionamiento social	Malestar somático	Apoyo Social y entorno
The Sickness Impact Profile: SIP	X	X	X		
The Dartmouth - COOP (traducción al español)	X	X	X	X	X
The McMaster Health Index Questionnaire	X	X	X		
Quality of Life Index QL-Index	X	X	X		
The Nottingham Health Profile: NHP (traducción al español)	X	X	X		
The Duke Health Profile: DUKE	X	X	X	X	X
The Functional Status Index: FSI	X	X	X		
The Karnofsky Performance Status (KPS) Scale	X			X	
The General Health Questionnaire: GHA-28	X	X	X		
The Health Assessment Questionnaire: HAQ	X	X	X	X	

Instrumento	Funcionamiento físico	Funcionamiento psicológico	Funcionamiento Social	Malestar somático	Apoyo Social y entorno
The Sickness Impact Profile: SIP 68 Short					
Generic Version	X	X	X		
The Quality of Well-Being Scale: QWB	X	X	X		
The MOS-Short-form General Health Survey	X	X	X	X	
The Medical Outcomes Study Short-form Health Survey:MOS	X	X	X	X	
Cuestionario Criterio de Calidad de Vida: CCV	X	X	X	X	
The McGill Pain Questionnaire: MQOL	X	X	X		X
The European Research and Treatment Quality Life-Questionnaire: EORTC QLQ-C36	X	X	X	X	
The European Research and Treatment Quality Life-Questionnaire: EORTC QLQ-C30	X	X	X	X	
The General Health Perception: GHP	X	X	X	X	
The Wisconsin Quality of Life Index-Canadian version: CaW-QLI	X	X	X		X
The European Research Questionnaire Quality of Life: EUROQOL 5D	X	X			

Instrumento	Funcionamiento físico	Funcionamiento psicológico	Funcionamiento Social	Malestar somático	Apoyo Social y entorno
Encuesta: SF-36	X	X	X	X	
The Modified Health Assessment					
Questionnaire: M-HAQ	X	X	X		
The Multidimensional Index of Quality of Life: MIQL	X	X	X		
The RAND 36-Item Health Survey					
Questionnaire: RAND-SF-36	X	X	X		
The Perceived Quality of Life Scale: PQoL	X	X	X	X	
The World Health Organization Quality of Life: WHOQOL Instrument	X	X	X		
The Index of Well-Being: IWB	X	X	X		
The World Health Organization Quality of Life: WHOQOL-100	X	X	X		X
The Health and Activities Limitations Index: HALEX	X	X	X		
The Medical Outcomes Study Short-form Health Survey: MOS 6A	X	X	X	X	
The QL-Index LASA Scales	X	X	X	X	
Escala de Calidad de Vida de Palomar	X	X	X		X

Hay instrumentos que evalúan la calidad de vida valorando cada uno de los componentes y hay otros que en cambio evalúan la percepción global del paciente (Lara-Muñoz, 1999, Palomar-Lever, 2001). Barreto y Bayés (1990) dicen que un instrumento debe permitir evaluar la calidad de vida de forma global y por componentes, con procedimientos repetibles de autoinforme, breves y sencillos que permitan observar cambios específicos en las sucesivas evaluaciones de las áreas de funcionamiento. Sin embargo, Leelakulthanit y Day (1992) dicen que la vida es un constructo general que está compuesto por varios campos específicos, por tanto cuando alguien dice estar satisfecho con su vida, se refiere a que ha tenido muchos momentos felices y la identificación de áreas o campos específicos es arbitraria. Por su parte Stones y Kozma (1985) apoyan este punto de vista y de hecho en sus investigaciones identificaron un factor común de la calidad de vida.

A un nivel macrosocial, los instrumentos para medir calidad de vida sirven para conocer y comparar el estado de salud entre poblaciones (para estrategias y programas en políticas de salud), y para evaluar el impacto de un tratamiento a través del tiempo (Velarde-Jurado y Ávila Figueroa, 2002, b).

Actualmente se habla del concepto calidad de vida relacionada con la salud, que es utilizado en salud pública y en medicina y que connota a la salud física y mental percibida por una persona o una comunidad en el curso del tiempo y que se toma en cuenta cuando una persona cursa con una enfermedad crónica o terminal y se necesita evaluar el impacto que tiene en la forma en que se experimenta la vida y las limitaciones que acarrea (Centers for Disease Control, sin fecha). Por eso es que en la evaluación de la calidad de vida se toma en cuenta siempre el estado funcional que mide el impacto de la enfermedad en el individuo. Las consecuencias de la enfermedad pueden limitar su desempeño en el trabajo, la vida familiar y la recreación. A esto se le denomina discapacidad, la cual indica el grado de dependencia de una persona en actividades cotidianas, de alimentación, higiene, comunicación y traslado. En lo sociocultural la capacidad para adaptarse disminuye y en lo psicoafectivo no se enfrentan las crisis adecuadamente, hay baja autoestima y elevada dependencia (Velarde-Jurado y Ávila

Figuroa, 2002, a, Gelder, Gath y Mayou, 1989). El funcionamiento se puede apreciar desde diferentes puntos de vista, Groenland (1990) afirma que algunos aspectos de la calidad de vida pueden usarse como criterios de funcionamiento, por ejemplo: bienestar basado en criterios objetivos contra criterios subjetivos; bienestar individual contra bienestar grupal; bienestar basado en criterios cognitivos contra criterios afectivos; bienestar momentáneo contra bienestar a largo plazo; bienestar general contra bienestar en áreas específicas; bienestar global contra bienestar multidimensional y bienestar basado en el sujeto contra bienestar basado en los motivos.

Existen dos tipos de instrumentos para medir la calidad de vida, los genéricos que evalúan diversos grupos y poblaciones y los específicos que miden el impacto de un diagnóstico específico en condiciones crónicas. La primera escala de calidad de vida que existió fue la de Karnofsky y sólo contenía una dimensión que medía el estado funcional de los pacientes con cáncer, por sus características se le consideró genérica y posteriormente se utilizó en pacientes con otras enfermedades crónicas. A partir de esto surgieron otras escalas que varían desde aquellas cuya medición es objetiva y que se basan en parámetros clínicos o de laboratorio hasta otras que se basan en juicios subjetivos (Velarde-Jurado y Ávila Figuroa, 2002, a).

La medición de la calidad de vida enfrenta dos problemas, el primero es que se trata de una medida “blanda”, esto es, que no es exacta, no es objetiva ni dimensional, y el segundo es que no hay un valor de referencia o estándar de oro contra el que se pueda comparar (Velarde-Jurado y Ávila Figuroa, 2002, b).

Lara-Muñoz y Feinstein (1999) hacen notar que es importante considerar que calidad de vida se puede entender como un estado de salud o como un estado mental, ya que con un ambiente, apoyo y estado emocional adecuados, las personas pueden calificar su calidad de vida como excelente, a pesar de que su estado de salud sea precario; en cambio, otras personas aunque sean sanas pueden expresar que su calidad de vida es deficiente, debido a problemas que tienen en lo social, lo intrapersonal y lo económico, por ejemplo. Agregan que también se encuentra la cuestión de que muchos instrumentos

que pretenden medir calidad de vida, realmente miden otra cosa, como por ejemplo, estado de salud solamente y hay otros que centrados en lo que es calidad de vida, se construyen psicométricamente como la suma de puntajes de diversos componentes que eligió el investigador, no el paciente, lo cual tampoco refleja realmente lo que es calidad de vida.

Palomar-Lever (2001) explica que no se conocen estudios empíricos cuyo objetivo sea conocer los procesos que originan en el individuo la percepción de su calidad de vida y los que más se acercan son los “estudios en los que se hacen mediciones a través del tiempo (series de tiempo) y se comparan los resultados en cada uno de los períodos seleccionados” (p.193).

Un aspecto que ha sido importante es el estudio del costo-efectividad y el costo beneficio que son métodos que comparan los beneficios y el costo de una intervención. Los análisis costo-beneficio se expresan en términos monetarios y los resultados de los análisis costo-efectividad en tasas de mortalidad, años agregados de vida, o calidad de años de vida (Adrianzen, Mazzotti y Cárdenas, 1997). Para medir estos años se han empleado modelos matemáticos en los que se combina sobrevida y calidad de vida para predecir el impacto económico de una enfermedad, desde perspectivas sociales o institucionales. Uno de los métodos más avanzados es el de calidad de vida ajustada por el tiempo libre de síntomas de la enfermedad (Quality-Time Without Symptoms, Q-TWiST). El método separa calidad de vida y sobrevida mediante la fórmula $dQAL/dt = S(t)Q(t)$. En esta fórmula $S(t)$ es la curva de sobrevida estimada por el método estándar de Kaplan-Meier y $Q(t)$ es la calidad de vida funcional, derivada de las mediciones repetidas de calidad de vida (Velarde-Jurado y Ávila Figueroa, 2002, a, p.356).

Existen otros métodos para determinar el costo de una enfermedad. Uno de ellos se basa en la prevalencia y consiste en calcular el costo de la enfermedad y la pérdida de la productividad para un año, con lo cual se identifican los factores que más contribuyen al gasto en determinada enfermedad. Otro método se basa en la incidencia y en este se calcula el costo de la enfermedad a lo largo de la vida, desde su inicio hasta que el

paciente muere. Los gastos se calculan en dólares equivalentes al año en que inició la enfermedad en el paciente (Fitton y Benfield, 1993; Andrews, Hall, y Goldstein, 1985).

Un punto importante dentro del diseño de las políticas de salud es la consideración de los DALYs (Disability Adjusted Life Years), conocidos en México como Años de Vida Saludables (AVISA), que es un indicador diseñado por el Banco Mundial y la OMS, para contabilizar los años de vida que se pierden debido a muertes prematuras y a discapacidad. Epidemiológicamente cuantifica la carga de la enfermedad, esto es, evalúa el impacto, expresado en unidades de tiempo, de distintas enfermedades en una sociedad determinada comparando diferentes grupos de edad, géneros y estratos socioeconómicos (Frenk, González-Block y Lozano, 2000, Velarde-Jurado y Ávila Figueroa, 2002, a). En México, se ha calculado que la mayor cantidad de AVISA perdidos se da en el sexo masculino, independientemente del lugar de residencia, región y grupo de edad (Frenk, et al., 2000). Como puede apreciarse, el indicador AVISA tiene muchas ventajas en cuanto al cálculo del impacto de diferentes enfermedades, sin embargo, también presenta objeciones éticas, ya que bajo esta perspectiva, las vidas de las personas con discapacidad tienen menor valor que las de aquellas sanas y las ponderaciones de los niños y los viejos son las más bajas. Esta metodología fue la que se utilizó en el Estudio de Carga Mundial de Morbilidad y sus hallazgos en cuanto a trastornos mentales fueron contrastados con un estudio similar llevado a cabo en Australia que aplicó otro tipo de ponderación de la discapacidad y obtuvo estimaciones más detalladas y mayores en función del nivel de gravedad del trastorno mental (Vos y Mathers, 2000).

La calidad de vida y su relación con las variables sociodemográficas

Dentro de las variables sociodemográficas, se incluyen entre otras, sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, ingreso, estatus socioeconómico, antecedentes sociales, raza, ciclo vital de la familia, tamaño de la familia, intervalo de nacimiento entre los hijos, etc.

Algunas investigaciones han demostrado una débil relación entre calidad de vida y raza, sexo, edad, escolaridad, ingreso y estado civil, que incluso juntas sólo explican del 10% al 20% de la varianza de satisfacción general en la vida (Palomar Lever, 2001, Campbell, Converse y Rodgers, 1976). Otras que las relaciones significativas con la calidad de vida son las que se deducen por sentido común: que el bienestar es mayor entre los más jóvenes y en los que tienen mayores ingresos. El tema de los ingresos y su relación con la calidad de vida varía de uno a otro estudio, por ejemplo, Díaz-Guerrero (1986) encontró que el nivel socioeconómico no se relacionaba prioritariamente con el bienestar subjetivo, ya que dicha variable aparecía en cuarto lugar de importancia. Diener (1997) dice que probablemente el ingreso solamente influye en la calidad de vida en el nivel socioeconómico bajo, pero conforme este nivel socioeconómico aumenta por encima de ese estrato, el ingreso tiene poco peso. Por otra parte en un estudio llevado a cabo en la Ciudad de México (Palomar Lever, Lanzagorta Piñol y Hernández Uralde, 2004), se demostró que el bajo ingreso económico explicaba aproximadamente el 29.16% de la varianza del bienestar subjetivo, esto es, los pobres reflejaban menores niveles de satisfacción en diferentes áreas de su vida en comparación con gente de mayores ingresos económicos.

Por otra parte, la misma investigadora (Palomar Lever, 2001) encontró en otro estudio que áreas como familia, trabajo, vivienda y entorno son variables que llegan a explicar entre el 40 y el 60% de la varianza al evaluar la calidad de vida. La misma autora realizó un estudio utilizando un instrumento de calidad de vida diseñado por ella, en donde incluyó a sujetos de cuatro estratos socioeconómicos diferentes y encontró diferencias estadísticamente significativas en los factores de sociabilidad y amigos, bienestar económico, desarrollo personal, actividades recreativas y realización personal de los hijos en los cuatro estratos. Además de lo anterior, detectó una percepción más favorable en las dimensiones del bienestar subjetivo mientras mayor es el nivel jerárquico laboral, la escolaridad y el ingreso personal y familiar y cuando la edad de la persona estaba comprendida entre 21 y 35 años (Palomar-Lever, 1995, 2000).

En otro estudio Palomar-Lever (1999, a) investigó la relación existente entre la percepción del funcionamiento familiar y la calidad de vida entre un grupo de mujeres que tenía un trabajo remunerado y un grupo de amas de casa. Asimismo analizó si existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Encontró que era mayor el número de correlaciones entre los factores de funcionamiento familiar y los de la calidad de vida, en las amas de casa y que factores como el bienestar con el entorno social, con la familia de origen y con el bienestar físico, estaban en algún grado relacionados con los factores del funcionamiento familiar, lo cual no ocurrió en la muestra de mujeres que trabajaban, en las que al parecer su satisfacción laboral no estaba asociada con el ambiente familiar en que vivían. Mientras que en el grupo de amas de casa el factor de bienestar económico correlacionaba con ocho de los factores del funcionamiento familiar (relación de pareja, comunicación, cohesión, falta de reglas y apoyo –correlación negativa-, tiempo que comparte la familia, roles y trabajo doméstico, autoridad y violencia física y verbal –correlación negativa-), en las asalariadas se observó que a mayor bienestar económico mayores eran los puntajes en los factores de comunicación familiar y tiempo que compartía la familia y disminuían los puntajes en el factor falta de cooperación y de apoyo entre los miembros de la familia. En las mujeres asalariadas se observó que la satisfacción en la relación de pareja sólo se relacionó con el funcionamiento de dicha unión, en cambio en la amas de casa se vio influida por la comunicación, la cohesión familiar, el tiempo que comparte con la familia, la cooperación entre los miembros de la familia, la estructura de poder y el grado de violencia existente en la familia. Sin embargo, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los factores de funcionamiento familiar y calidad de vida, entre ambos grupos.

La Calidad de Vida y la Pobreza

Una variable sociodemográfica que merece mención aparte es la pobreza. El aspecto económico de la calidad de vida ha sido estudiado principalmente a través de las mediciones de pobreza que se llevan a cabo en todos los países. El tema es difícil, en

primer lugar porque no existe un significado único del término y en segundo lugar porque existen un gran número de metodologías para su medición.

A pesar de lo anterior, se pueden identificar elementos comunes en su estudio. En cuanto a la conceptualización del término pobreza, las diferentes definiciones que existen reconocen que los pobres no pueden alcanzar un determinado nivel de vida y esto representa una adversidad socialmente inaceptable, que se ve expresada en “la privación de elementos necesarios para la vida humana dentro de una sociedad, y de medios o recursos para modificar esta situación” (Comité Técnico para la Medición de la Pobreza, 2002, p. 17). Álvarez Maya y Martínez Herrera (2001) explican que se pueden distinguir tres grandes nociones en la conceptualización de la pobreza: como carencia o no satisfacción de necesidades básicas, como no realización de capacidades humanas y como exclusión de derechos.

En lo que respecta a la medición, Boltvinik (2001) menciona que existen métodos de medición de pobreza y medidas agregadas o índices de pobreza. Los métodos son procedimientos para identificar a los pobres y los índices son medidas que se utilizan después de que se han identificado, de estos, los más utilizados son los índices de Sen, de Creer y de Thorbecke. En cuanto a la unidad de medición empleada, hay estudios que toman en cuenta al dinero como tal y en este caso se habla de una metodología unidimensional y es usada en países desarrollados como Estados Unidos y reconocida por el Banco Mundial, que considera que una persona es pobre si sus ingresos son menores a dos dólares por día; sin embargo, lo más usual en la actualidad es el empleo de metodologías multidimensionales que toman en cuenta elementos de bienestar como son la salud, la esperanza de vida y el acceso a la educación y a servicios públicos. En América Latina, las medidas monetarias se han identificado con los métodos de Línea de Pobreza (LP) y las no monetarias con los de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Existen otros métodos llamados mixtos que integran indicadores monetarios y no monetarios, uno de ellos es el Indicador de Desarrollo Humano del PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (Comité Técnico para la Medición de la Pobreza, 2002).

Respecto a cuestiones metodológicas, aparentemente lo que interesa en el estudio de la pobreza son las condiciones económicas, pero se ha establecido una polémica al respecto y Sen (1981), es uno de los defensores de la postura de que el nivel de vida debe incluir los intereses económicos más la salud, de ahí que se hayan identificado en el abordaje del problema, necesidades que pueden ser materiales o no.

No existe un acuerdo tácito acerca de dónde empieza la pobreza, pero, Boltvinik (2001) dice que “son las condiciones sociales de producción y de consumo las que definen qué satisfactores serán indispensables para satisfacer una necesidad básica” (p. 27) y apoya lo enunciado por Adam Smith en “La riqueza de las naciones”, acerca de que, se puede saber si un satisfactor es básico si la carencia de este produce vergüenza en la gente, por ejemplo, andar sin zapatos.

Pueden distinguirse dos puntos de vista acerca de los límites de la pobreza, las concepciones absoluta y relativa, que iniciaron controversia en el Reino Unido. Peter Townsend ha sido el defensor del concepto relativo de pobreza y Amartya Sen del concepto absoluto. Cabe señalar que la pobreza absoluta no es sinónimo de hambre, sino que está basada en la concepción de la dignidad humana y los derechos humanos (Boltvinik, 2001). Para Sen la pobreza absoluta es la privación de las capacidades básicas y es universal, en cambio, la concepción relativa de la pobreza alude a la carencia de los medios considerados como apropiados en una sociedad específica para alcanzar tales capacidades (Sen, 1984).

En toda América Latina existe pobreza y peor aún, pobreza extrema, se calcula que 63 de cada 100 latinoamericanos son pobres (Campos, 1996), y esta pobreza afecta principalmente a las mujeres, a los indígenas y a los habitantes del medio rural y de las áreas periféricas de las ciudades (Rodríguez Veliz, 2001).

México es la décima economía del mundo; sin embargo, el ingreso nacional per cápita es cercano a los 9,000 dólares anuales lo cual representa el lugar 80 a nivel

internacional y en cuanto al índice de desarrollo humano ocupa el lugar 53 a nivel mundial. Además de esto, en 2001 la décima parte de la población mexicana vivía con menos de un dólar al día y una quinta parte estaba inmersa en la pobreza alimentaria (Cruz Rivero et al., 2007a).

En México, desde 1992, se ha llevado a cabo cada dos años una medición de la pobreza, por parte de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). La medición publicada en 2002 utilizó la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, en donde se muestrearon 10,108 hogares (42,535 individuos). En lo metodológico emplearon tres indicadores multidimensionales: el de NBI, el Índice de Pobreza Humana (IPH) del PNUD y el Método de Medición Integrada de la Pobreza (MMIP) de Boltvinik y establecieron los siguientes niveles de pobreza:

...el *Nivel 1 de pobreza* [o pobreza alimentaria] está referido a la imposibilidad de obtener una canasta alimentaria aún haciendo uso de todos los recursos disponibles; el *Nivel 2 de pobreza* [o pobreza de capacidades] corresponde a no alcanzar el valor de la canasta alimentaria, más una estimación de los gastos necesarios en salud, vestido, vivienda, transporte y educación [no deberían estar incluidos vestido, vivienda y transporte porque pertenecen al nivel 3]; y el *Nivel 3 de pobreza* [o pobreza de patrimonio] se asocia a no obtener el valor de la canasta alimentaria más una estimación de los gastos no alimenticios considerados como necesarios en general (Comité Técnico para la Medición de la Pobreza, 2002, p. 57).

Propusieron que debía calificarse como pobres los hogares en donde hubiera un ingreso (en pesos) per cápita inferior a \$1, 565.00 en medio urbano y de \$1, 047.33 en medio rural.

En los resultados obtuvieron lo siguiente: para el nivel 1, uno de cada cinco hogares tenían un ingreso per cápita insuficiente para comprar la canasta básica con los

requerimientos nutricionales mínimos. En el Nivel 2 casi cinco de cada 10 hogares no pueden satisfacer necesidades alimenticias, vestido, transporte, salud y educación y en el Nivel 3, cerca de seis de cada 10 hogares no pueden satisfacer el perfil de consumo de hogares con un ingreso total per cápita suficiente para comprar la canasta alimentaria. En lo que respecta a lo urbano y lo rural, en el primero 9.8% de los hogares no podían acceder a la canasta alimentaria, mientras que en el segundo, ascendía a 34.1%. El tamaño promedio de los hogares pobres era aproximadamente 40% mayor que de los hogares no pobres, y el índice de hacinamiento del doble. El porcentaje de miembros de 15 años o más con primaria incompleta fue alrededor de 2.4 veces mayor para los pobres que en los no pobres. El porcentaje de viviendas sin energía eléctrica fue 10 veces mayor en los pobres y en agua entubada fue cinco veces superior y 5.4 veces mayor en carencia de baño.

Empleando la primera línea de pobreza observaron que el porcentaje de personas de 15 años o más, analfabetas era 3.7 veces mayor que en los no pobres y esta relación se mantenía con la segunda línea, mientras que con la tercera aumentaba a 4.2. El porcentaje de viviendas con piso de tierra fue de 7.6, 9.1 y 12.5 veces mayor en los pobres, usando respectivamente las tres líneas.

La información obtenida por SEDESOL es importante, sin embargo, recibe muchas críticas, ya que se cuestiona la metodología que utiliza el comité de investigadores y por lo tanto, se ponen en entredicho sus resultados; así por ejemplo, en otras investigaciones como la de López Calva y Székely (2001), estiman que 23.3% de los mexicanos viven en extrema pobreza, mientras que Hernández Laos y Velázquez (2002) reportan que 30.1% se encuentra en pobreza extrema y 50.1% en pobreza moderada.

De acuerdo con Cruz Rivero, et al. (2007a), en 2004 la pobreza se presentó en México en los tres niveles de la siguiente manera: la pobreza alimentaria se presentó en 17.3% de la población, lo cual equivalía a \$15.40 por persona en el medio rural y \$20.90 por persona en medio urbano. La pobreza de capacidades representó al 24.6% de la población y equivalió a \$18.90 por persona en el medio rural y \$24.70 por persona en el

medio urbano. Por último, la pobreza de patrimonio se detectó en el 47% de la población mexicana, esto equivalía a \$28.10 por persona en el medio rural y a \$41.80 por persona en medio urbano.

El problema de la pobreza incumbe a toda la sociedad y a todas las disciplinas científicas. En lo que respecta a las ciencias de la salud se le ha situado en el centro del debate sobre el desarrollo, ya que la mala salud es un componente, más que una consecuencia o una causa de la pobreza (Feachem, 2002, OMS, 1999, Brandling-Bennett, 1999) y, se ha advertido que no solucionar el problema de la mala salud en los pobres, traería serias consecuencias para la economía, el orden y la justicia social a nivel mundial. Sin embargo, identificar a los pobres no es una tarea sencilla, ya que como se refleja en los estudios de medición de pobreza, se trata de una población heterogénea y dinámica, lo cual hace difícil su delimitación (Frenk, et al., 2000).

Relacionado con lo anterior está la necesidad de un mayor control, por parte de los gobiernos, de los apoyos ofrecidos a los pobres, ya que estos rara vez llegan a ellos y la mayor parte de las veces van a parar en gran medida a los que no son pobres, especialmente a la clase media, lo cual provoca inequidad (Feachem, 2000, Frenk, et al, 2000). Sen (1999) ha comentado que el crecimiento económico es un aspecto central en el desarrollo de los países, pero no debe convertirse en un fin en sí mismo, sino debe ser un medio para mejorar la vida y las libertades de las personas y, una de las libertades más importantes, la constituye no estar expuesto a enfermedades y causas de mortalidad evitables, por lo que recomienda que los gobiernos de los países pobres, aumenten la atención sanitaria, la educación y la seguridad social y disminuyan en cambio, el financiamiento de sus ejércitos (que regularmente tienen presupuestos mayores a la educación y la salud). Este punto es preocupante y debe atenderse, ya que en el mundo, más de 1, 000 millones de personas quedaron excluidas de los beneficios del desarrollo económico y de los adelantos en materia de salud humana durante el siglo XX. Quienes viven en la pobreza absoluta (indigencia), tienen una probabilidad cinco veces mayor de morir antes de los cinco años de edad y, 2.5 veces mayor de morir entre los 15 y los 59 años de edad, en comparación con personas que perciben mayores ingresos; es por esto,

que diferentes organizaciones mundiales han fijado el objetivo de reducir a la mitad para el 2015, el número de personas que viven en la pobreza absoluta (OMS, 1999).

Cruz Rivero, et al. (2007a) enfatizan componentes estructurales dentro del problema y señalan que respecto al Producto Interno Bruto (PIB) per cápita en México:

...es el componente más rezagado de los componentes que miden el bienestar y desarrollo humano, esto solamente se podrá corregir en la medida en que se genere una política de empleo, desarrollo económico y una política social en el país, dentro de la cual se enmarque la política de salud, de modo que se permita formular una adecuada redistribución del ingreso para sacar a grandes sectores del país de la miseria y la marginación (p. 13).

A pesar de las limitaciones mencionadas, sí ha habido avances dentro del sector salud mexicano, lo cual se refleja en el aumento de la esperanza de vida al nacer, la disminución de las tasas de mortalidad materna e infantil, el aumento en la cobertura de inmunizaciones y en el incremento de servicios tanto de salud reproductiva como para la salud en general, sin embargo, todavía hay cifras altas de enfermedades evitables y muertes prematuras (Velázquez, 1996). En la actualidad las enfermedades crónico-degenerativas han desplazado a las infecciosas y parasitarias como principales causas de defunción, pero a nivel de consulta de primer nivel estas enfermedades infecciosas prevalecen como los principales motivos de demanda de consulta (Rodríguez Veliz, 2001). Debido a este panorama, en ocasiones se ha hablado de una “patología de la pobreza”, esto es, de una epidemiología específica de los pobres, sin embargo, esto no es del todo cierto, ya que los pobres padecen las enfermedades que afectan a toda la población, pero no cuentan con los medios para curarse y están expuestos a una mayor carga de enfermedad debida principalmente a la falta de servicios urbanos e infraestructura. Por otra parte, el gasto en salud de las familias puede convertirse en un mecanismo generador de pobreza, ya que pone en riesgo la satisfacción de otras necesidades básicas (Frenk, et al., 2000).

Respecto a la salud mental, en una encuesta a hogares acerca de trastornos mentales y discapacidad, realizada en Santiago de Chile (Acuña, Rojas, Fritsch y Araya, 2000), se detectó que las personas con baja escolaridad tenían mayor probabilidad de presentar discapacidad. Lo mismo ocurría con las personas que habitaban viviendas en mal estado y, con las que percibían ingresos medios bajos y bajos. El trastorno detectado más incapacitante fue la depresión. En América Latina, tal y como acontece en otras partes del mundo, hay una relación inversa entre nivel socioeconómico y la tasa de trastornos mentales, además de que hay que tomar en cuenta que los factores sociales y culturales afectan su severidad y su curso. Al respecto, es importante mencionar que la atención existente para este tipo de enfermos no siempre alcanza a los más desprotegidos, ya que o bien se da una falta de acceso a los servicios o simplemente no se utilizan. En el caso de los trastornos psicóticos, la atención se brinda principalmente a través de hospitales psiquiátricos dependientes de la asistencia social, pero estos, la mayor parte de las veces, tienen una baja cobertura y la calidad de sus servicios se caracteriza por ser mala (Brandling-Bennett, 1999).

En una encuesta acerca del uso de los servicios de salud mental en población de escasos recursos de la Ciudad de México (Medina-Mora et al., 1997), se observó que el profesional al que más consultaban, tanto hombres como mujeres, era el médico general o familiar (42 por ciento), seguidos de los psicólogos (36 por ciento de los hombres y 42 por ciento de la mujeres) y los psiquiatras (35 por ciento de los hombres y 15 por ciento de las mujeres). Los investigadores concluyeron que las tasas de utilización de los servicios de salud no eran diferentes de lo reportado en Estados Unidos y la explicación que se daba a la mayor consulta con médicos generales era que los trastornos mentales en muchas ocasiones se acompañan de síntomas físicos, pero que sufrían la consecuencia de no recibir ni un diagnóstico adecuado y mucho menos el tratamiento que necesitaban.

De acuerdo con Silva Arciniega (2000), el tema de la pobreza ha sido abordado desde múltiples perspectivas, con el fin no sólo de explicarla, sino también de combatirla, sin embargo, desde la perspectiva psicosocial se ha escrito poco, ya que no se toman mucho en cuenta factores personales y sociales y se enfatiza la globalización, así

como otros indicadores económicos. Dentro de esta perspectiva, destacan los estudios que Lewis (1961, 1963) llevó a cabo entre las décadas de los 40 y los 50 en relación a la pobreza en México. En estos concluyó que la pobreza no era sólo un estado de privación económica, sino que se trataba de un patrón de vida que se transmitía de una generación a otra, en la que se expresaban características económicas, sociales y psicológicas que son universales. Lewis demostró que los rasgos económicos más característicos de la cultura de la pobreza eran los siguientes:

...lucha constante por la vida, periodos de desocupación, bajos salarios, una diversidad de ocupaciones no calificadas, trabajo infantil, ausencia de ahorros, una escasez crónica de dinero en efectivo, ausencia de reservas alimenticias en casa, el sistema de hacer compras frecuentes de pequeñas cantidades de productos alimenticios muchas veces al día a medida que se necesitan, el empeñar prendas personales, el pedir prestado a prestamistas locales a tasas usurarias de interés, servicios crediticios espontáneos e informales (tandas) organizados por vecinos, y el uso de ropas y muebles de segunda mano (Lewis, 1963, p. XVI).

Entre las características sociales y psicológicas identificó:

...vivir incómodos y apretados, falta de vida privada, sentido gregario, una alta incidencia de alcoholismo, el recurso frecuente a la violencia al zanjar dificultades, uso frecuente de la violencia física en la formación de los niños, el golpear a la esposa, temprana iniciación en la vida sexual, uniones libres o matrimonios no legalizados, una incidencia relativamente alta de abandono de madres e hijos, una incidencia relativamente alta hacia las familias centradas en la madre y un conocimiento mucho más amplio de los parientes maternos, predominio de la familia nuclear, una fuerte predisposición al autoritarismo y una gran insistencia en la solidaridad familiar, ideal que raras veces se alcanza. Otros rasgos incluyen una fuerte orientación hacia el tiempo presente con relativamente poca capacidad de posponer sus deseos y de planear para el futuro, un

sentimiento de resignación y de fatalismo basado en las realidades de la difícil situación de su vida, una creencia en la superioridad masculina que alcanza su cristalización en el machismo, o sea el culto de la masculinidad, un correspondiente complejo de mártires entre las mujeres y, finalmente, una gran tolerancia hacia la patología psicológica de todas clases (Lewis, 1963, pp. XVI-XVII).

Los estudios de Lewis fueron muy atacados en la época que se publicaron y de hecho fue demandado por la publicación del texto “Antropología de la pobreza”, por el congreso mexicano acusándolo de “calumnioso y obsceno” (Lewis, 1961), lo cual se demostró que era falso, a través de un proceso judicial que se le abrió. A pesar de esto, es innegable la importancia de Lewis al ser uno de los primeros investigadores que abordó a la pobreza mexicana desde un punto de vista social. Tal fue su trascendencia que su obra fue leída y discutida no sólo por especialistas en el tema sino por legos, debido a que la metodología cualitativa (historias de vida) que utilizó permitía una lectura similar a la de una novela.

Dentro de la perspectiva psicosocial en la década reciente hay escasos estudios al respecto, se encuentran dos llevados a cabo en la Ciudad de México, en el primero se analizó el tipo de locus de control empleado en una muestra de 900 participantes, divididos en tres grupos: 1) pobres extremos, 2) pobres moderados y 3) no pobres. Se encontró que el grupo de pobres extremos tenían mayor locus de control externo, esto implicaba que creían en el destino y la suerte y también en que ser agradable y simpático era importante para alcanzar objetivos. El grupo de pobres moderados fue más similar al de no pobres y el locus de control que manejaban ambos grupos era interno (Valdés Trejo, 2002). En el segundo estudio el objetivo era explicar el efecto mediador que tienen distintas variables psicológicas (estrategias de afrontamiento de estrés, competitividad, maestría, locus de control, depresión y autoestima). Para su realización llevaron a cabo un muestreo estratificado en el que participaron 918 personas de tres niveles socioeconómicos: pobres extremos, pobres moderados y no pobres, residentes de la Ciudad de México (Palomar Lever, et al., 2004). Los autores encontraron la

existencia de tres rutas o trayectorias a través de las que la pobreza influía sobre el bienestar subjetivo. La primera era una trayectoria directa donde el ser pobre traía carencias de todo tipo, las cuales provocan gran insatisfacción en diversos sectores de la vida. La segunda trayectoria se dio a partir del efecto que tenía la pobreza sobre las estrategias de afrontamiento del estrés y concluyeron que a medida que las personas bajan en su nivel de consumo, tienen condiciones menos favorables para ver qué es lo que les conviene hacer ante una situación estresante (sobre todo las que no reciben apoyo y comprensión de amigos y familiares). La tercera trayectoria consideró la autoestima. Apareció que la baja autoestima era una variable explicada no tanto por la condición de pobreza, sino a partir de la valoración negativa que las personas hacían de su situación laboral. Hallaron que mientras menor es el nivel de consumo de las personas, éstas tienden a ser menos competitivas, más inseguras y dependientes y por consecuencia, menos persistentes y exigentes en las tareas que realizan, lo que produce estados de frustración y tristeza, que aumenta si las personas tienen una baja autoestima.

La calidad de vida y su relación con las variables psicológicas y psicosociales

Abbey y Andrews (1985) dicen que la interacción con el mundo social afecta factores psicosociales (apoyo social, estrés, percepciones de control interno y externo, desempeño laboral y personal), que a su vez afectan a sus propios estados internos de depresión y ansiedad y su sensación de bienestar. Encontraron que los conceptos psicológicos se relacionan con las percepciones de bienestar subjetivo y que el estrés y la depresión se relacionan fuertemente de manera negativa con la percepción del bienestar subjetivo, mientras que el control interno, el desempeño y el apoyo social se relacionan moderadamente de manera positiva con la percepción del bienestar subjetivo.

Probablemente algunas variables de personalidad se relacionan de manera importante con la calidad de vida, como es el temperamento, el cual ha demostrado tener un efecto importante, ya que en estudios sobre herencia realizados en gemelos separados al nacer se encontró que tanto el afecto placentero como el displacentero tenían una

fuerte base genética y que el 80% de la variabilidad a largo plazo del afecto negativo se debe a características heredadas (Tellegen et al., 1998).

Costa y McCrae (1980) descubrieron que las personas más extrovertidas y más ajustadas son más felices. Heady y Wearing (1989) encontraron que las características de personalidad pueden predecir el nivel de bienestar, en especial la extroversión y el neuroticismo. Los eventos de la vida, tanto positivos como negativos pueden modificar el nivel de bienestar, sin embargo, las características de personalidad predominan y la persona al poco tiempo continúa con su mismo estilo de bienestar.

Paloutzian y Ellison (1982) dicen que las tasas de suicidio, crimen, alcoholismo, salud física y mental, condiciones de vivienda y soledad se pueden considerar indicadores sociales de la calidad de vida. Al respecto, Palomar-Lever (1999, b) investigó la relación existente entre dimensiones de funcionamiento familiar y las de calidad de vida en familias con un miembro alcohólico, comparados con otro grupo de familias sin el problema de alcohol. Utilizó instrumentos diseñados por ella misma y encontró que tanto en la muestra de alcohólicos como en la otra, casi la totalidad de los factores de funcionamiento estaban relacionados con al menos un factor de la calidad de vida. En la muestra de no alcohólicos los factores de la calidad de vida que estuvieron en mayor medida relacionados con el funcionamiento familiar fueron el bienestar económico, la familia de origen y el reconocimiento social y económico en el trabajo. Al comparar ambos grupos se detectó una diferencia estadísticamente significativa, en donde había una mejor calidad de vida en la muestra de no alcohólicos, excepto en los factores familia en general y bienestar físico.

En cuanto a otro factor psicosocial y/o espiritual, Campbell et al. (1976) encontraron que la fe religiosa juega un papel muy importante en la vida de los norteamericanos, ya que explicaba el 25% de la varianza para entender la experiencia de calidad de vida.

Calidad de vida en los trastornos mentales

Fue en la década de los 50, que a través de estudios epidemiológicos se establecieron ciertas relaciones entre calidad de vida y salud mental. Los estudios de New Haven, Midtown Manhattan y Stirling County encontraron una alta correlación entre bajo estatus socioeconómico y prevalencia de síntomas psiquiátricos. Al respecto se ha supuesto que vivir en la pobreza aumenta el estrés y que la patología psiquiátrica produce un desplazamiento social, en especial en las personas con esquizofrenia (Olivos Aragón, 1992).

El establecimiento de la relación entre calidad de vida y trastornos mentales resulta difícil. Tomando en cuenta que la primera se refiere a la percepción que la persona tiene de la enfermedad y el tratamiento, en el caso de las personas que cursan con un trastorno mental, esto se oscurece, por lo menos en los trastornos más frecuentes como son la ansiedad y la depresión, en donde poco se ha investigado y los estudios que existen se han enfocado en los síntomas y los afectos adversos, más que en el impacto de estos sobre el paciente (Whalley y McKenna, 1995); de hecho en el caso de la depresión a veces se confunde la medición de la severidad del trastorno, con la medición de la calidad de vida en dicho trastorno (Mendieta-Cabrera, 2002). No obstante, también se han llevado estudios en los que se analiza el impacto sobre el funcionamiento social y emocional del afectado y su capacidad de autodeterminación (Leff, O'Driscoll, Dayson, Wills y Anderson, 1990). En una investigación realizada en Argentina (Bonicatto, Zaratiegui, Lorenzo y Pesina, 2000), se relacionó la calidad de vida con los niveles de severidad de la depresión; se empleó el WHOQOL-Bref y el Inventario de Depresión de Beck, para hacer las mediciones respectivas. Los pacientes más severamente deprimidos presentaron peor calidad de vida en todos los dominios, y aún después de controlar sexo y educación como variables confusoras, los resultados no se alteraron. Concluyeron que las repercusiones negativas del síndrome depresivo mayor abarcan casi todos los aspectos de la vida que proporcionan satisfacción y bienestar en las personas.

Otro estudio realizado en México, comparó la eficacia y la seguridad de la fluoxetina contra la amitriptilina en el tratamiento de depresión con síntomas ansiosos y

la influencia de ambos tratamientos en la calidad de vida, la cual evaluaron a través de la Escala Índice de Bienestar y quedó de manifiesto que el cambio favorable fue similar en los pacientes tratados tanto con fluoxetina como con amitriptilina, esto evaluado por el propio paciente y por sus familiares (Ontiveros Sánchez de la Barquera, Brandi y Brunner, 1998).

Tabla No.2. Instrumentos para medir calidad de vida en trastornos mentales (tomado de Lara-Muñoz, 2000, a y Whalley y McKenna, 1995).

Instrumento	Funcionamiento físico	Funcionamiento psicológico	Funcionamiento social	Malestar somático	Apoyo Social y entorno
Lista para evaluar la Calidad de Vida de los Enfermos esquizofrénicos de Malm: QLS-90	X	X	X		X
Entrevista para evaluar la Calidad de Vida de Lehman	X	X	X		X
Escala de Calidad de Vida Evaluación del Síndrome de Déficit Esquizofrénico de Heinrichs		X	X		
Calidad de Vida de los Usuarios de los Programas de Salud Mental de Bigelow		X	X		X
Escala de Calidad de Vida en Depresión					

En el caso de la esquizofrenia, otro trastorno mental frecuente, es aún más difícil de medir, ya que la opinión del paciente no es confiable, debido a las características mismas de la enfermedad (Lara-Muñoz, 2001); no obstante se han diseñado

instrumentos específicos de calidad de vida para los enfermos afectados con este trastorno (Tabla 2) y en los que se toma en cuenta el número y severidad de los síntomas, así como los efectos adversos de la medicación y el rendimiento psicosocial (Fitton y Benfield, 1993). El primer instrumento que existió para este tipo fue la lista para evaluar la calidad de vida de los enfermos esquizofrénicos de Malm, en 1981 (Lara-Muñoz, 2001), en el que se evalúan las siguientes áreas, las cuales van más allá de preguntar por un sentimiento subjetivo de felicidad:

1. La calidad de vida material. Incluye habitación, ropa y lavado de ropa, alimentos, higiene, bienes de consumo, privacidad, belleza ambiental y sin contaminación.
2. Conocimientos, educación y recreación. En donde se toman en cuenta periódicos, revistas, libros, radio, televisión, deportes, teatro, cine, arte, música, educación para adultos e información pública.
3. Relaciones humanas. Como son la familia, amigos, relaciones amorosas y la discriminación.
4. Dependencia. Tanto económica como psicológica.
5. Experiencias internas. Que contempla experiencias espirituales y religiosas, armonía interior, placer de vivir, autorrealización, intereses, contacto emocional, motivos para vivir, sentimientos de identidad y paz mental.
6. Atención médica. Toma en cuenta alivio de síntomas, prevención de las recaídas y prevención y alivio de las enfermedades físicas.
7. Recreación. Se hace un recuento de las salidas al cine o a otros lugares fuera del área en que vive cotidianamente.
8. Trabajo y condiciones en las que se trabaja.

9. Religión.

En 1981, Malm detectó en una muestra de 40 pacientes esquizofrénicos insatisfacción en conocimiento y educación, relaciones humanas y recreación.

Esta lista posteriormente se convirtió en un instrumento de 100 reactivos llamado QLS-100 que evaluaba 11 áreas (vivienda, ambiente, conocimientos y educación, relaciones humanas, dependencia, experiencias internas, salud mental, salud física, recreación, trabajo y religión) (Lara-Muñoz, 2001). Este instrumento puede ser contestado por el paciente o por un observador. Al respecto es necesario establecer la diferencia que existe entre calidad de vida y estándar de vida. La primera se refiere como ya se mencionó a una evaluación subjetiva, en cambio la última es objetiva e incluye la evaluación “de las habilidades del paciente para cumplir las actividades de la vida diaria y aceptar su dependencia de los demás para vivir en la comunidad” (Lara Muñoz, 2001).

Otro instrumento para la población con esquizofrenia es la Entrevista para Evaluar la Calidad de Vida, de Lehman, que manejó el concepto como un marco para integrar la información relevante tanto para la planificación como para la evaluación de los servicios en que se atiende a los pacientes mentales crónicos. Propuso un modelo en el que consideró a la calidad de vida como un asunto subjetivo que dependía de variables tales como edad, sexo, nivel de ingresos y satisfacción con el ingreso (Lehman, 1983). El instrumento diseñado por Lehman abarca ocho áreas de la vida:

1. Situación en la vida.
2. Familia.
3. Relaciones sociales.
4. Actividades recreativas.
5. Trabajo.
6. Finanzas.
7. Seguridad personal.

8. Salud.

Lehman comparó a los pacientes con la población general de bajo nivel socioeconómico y encontró que los enfermos esquizofrénicos estaban más insatisfechos con sus condiciones generales de vida, excepto con la recreación, trabajo y servicios de atención a la salud. La mayor insatisfacción estaba en el área de relaciones familiares y seguridad personal (Lehman, 1983).

Un tercer instrumento para los enfermos psiquiátricos es la Escala de Calidad de Vida Evaluación del Síndrome de Déficit Esquizofrénico de Heinrichs, Hanlon y Carpenter (1984), investigadores que consideraban que los instrumentos de evaluación existentes se enfocaban más que nada a la sintomatología positiva. La escala consta de 21 reactivos sobre síntomas y funcionamiento en las cuatro semanas anteriores y se integra en cuatro subescalas:

1. Estructura intrapsíquica.
2. Relaciones interpersonales.
3. Desempeño de rol.
4. Posesiones y actividades.

Un último instrumento es el de Calidad de Vida de los Usuarios de los Programas de Salud Mental de Bigelow, McFarland y Olson (1991) y que se diseñó para evaluar programas de salud mental. Consta de 263 reactivos que conforman 14 componentes:

1. Malestar psicológico.
2. Bienestar psicológico.
3. Tolerancia al estrés.
4. Satisfacción de las necesidades básicas.
5. Independencia.
6. Interacciones interpersonales.

7. Papel como pareja.
8. Apoyo social.
9. Trabajo en casa.
10. Capacidad laboral.
11. Trabajo.
12. Uso recreativo del tiempo libre.
13. Consecuencias negativas del uso de alcohol.
14. Consecuencias negativas del uso de drogas.

Los diferentes estudios realizados respecto a la calidad de vida en esquizofrenia, enfatizan el papel del medicamento en la vida del paciente y a partir de estos, se recomienda cada vez más el uso de antipsicóticos atípicos como la clozapina (Telkersen y Grosser, 1990); sin embargo, además de que su costo económico no es accesible para todos los pacientes, el mejoramiento en el cuadro clínico y la calidad de vida se refleja hasta el segundo año de tratamiento.

El tratamiento psicosocial es un punto muy importante en la calidad de vida de estos enfermos y consiste en: educación sobre la enfermedad para el paciente y la familia, entrenamiento en habilidades sociales, reducción del estrés, entrenamiento para el trabajo, apoyo en vivienda y apoyo financiero.

Valencia, Saldívar y Rivera (1994 y 1997), en México llevaron a cabo seguimiento a 18 y a 30 meses del funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia. En el seguimiento a 18 meses aplicaron la Escala de Funcionamiento Psicosocial de Valencia, que evalúa cinco áreas (ocupacional, social, económica, sexual y familiar, a través de un continuo de satisfacción-insatisfacción) y encontraron que los pacientes rehospitalizados, presentaban menores niveles de satisfacción en todas las áreas, en comparación con aquellos que no habían sido rehospitalizados y en relación al uso de medicamento, los que no lo tomaban también tenían menores niveles de satisfacción en todas las áreas. En el seguimiento a 30 meses, los mismos autores obtuvieron los siguientes resultados, a través del mismo instrumento: los pacientes se encontraban satisfechos en todo, menos

en el área económica. Cabe señalar que sus niveles de satisfacción disminuyeron de los seis a los 18 meses, y de los 18 a los 30 meses. Los pacientes que usaron medicamentos disminuyeron los niveles de funcionamiento de todas las áreas. En cambio en los pacientes que no usaron medicamentos no se observaron diferencias significativas en ninguna de las áreas ni en el funcionamiento psicosocial global al comparar los niveles de funcionamiento a los seis, 18 y 30 meses de seguimiento; por otra parte presentaron mayor estabilidad en el área familiar, ya que a lo largo de los 30 meses se mantuvieron satisfechos.

DISCAPACIDAD Y TRASTORNOS ANSIOSOS, DEPRESIVOS Y ESQUIZOFRÉNICOS

Antecedentes en el estudio de la discapacidad

El tema de la discapacidad en relación a los estados de salud es muy importante. De acuerdo con datos estadísticos se estima que entre un siete y un 10 por ciento de la población mundial está afectada por un grado de discapacidad para el desempeño de sus actividades cotidianas, como consecuencia de enfermedades físicas, mentales o de déficit sensorial (Hernanova, 1985). En Estados Unidos, estudios realizados en el campo de la industria han estimado que el costo directo promedio de la discapacidad, ocupa el 6.3 por ciento de las nóminas, incluyendo costos de compensación a trabajadores, pago por enfermedad, discapacidad a corto plazo y discapacidad a largo plazo (Washington Business Group on Health and Watson Wyatt, 1999).

En trastornos neuropsiquiátricos y del comportamiento, la discapacidad a nivel mundial llega a afectar hasta a 31% de los pacientes. Este porcentaje de discapacidad varía en diversas regiones del mundo, en África es de 18% y en Europa y el continente americano alcanza el 43% (OMS, 2001b). Por otra parte, en la actualidad alrededor del 13% del total de la carga de morbilidad y discapacidad global, es causada por trastornos mentales y se proyecta que para el 2020 se incrementará al 15% de la discapacidad ajustada a los años perdidos por enfermedad (OMS, 2001b).

El tema principal de la presente investigación es la discapacidad en relación a los trastornos mentales (específicamente ansiedad, depresión y esquizofrenia) y toma como punto de referencia el trabajo que la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha

desarrollado desde la década de los setenta y que, en la actualidad se expresa en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud (CIF), la cual se considera el complemento de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Décima Edición (CIE-10).

En el texto de la CIF (OMS, 2001a) se narra que en 1972, la OMS empezó a trabajar acerca de las consecuencias de la enfermedad y lo primero que se llevó a cabo fue la diferenciación entre las deficiencias y su importancia, por ejemplo, las consecuencias funcionales y sociales. Estos ejes de información se clasificaron en diferentes campos de dígitos. Este esquema contrastó con las tradiciones de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), así que los siguientes esfuerzos se orientaron a hacer que el esquema fuera compatible con los principios subyacentes a la estructura de la CIE. En 1974, se distribuyeron clasificaciones separadas para deficiencias y minusvalías y de las discusiones surgidas se desarrollaron propuestas definitivas que se pusieron a consideración de la Conferencia Internacional para la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades en Octubre de 1975. En Mayo de 1976, se aprobó la publicación con carácter experimental de la clasificación de deficiencias y minusvalías, como suplemento de la CIE, pero no fue publicada sino hasta 1980, con el nombre de Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), la cual fue traducida a 14 idiomas y planteaba que una enfermedad o trastorno daba como consecuencia una deficiencia, esto es, una pérdida del funcionamiento, estableciendo que la anormalidad se ubicaba a nivel de un órgano, posteriormente la deficiencia se ligaba a la discapacidad, la cual concebía como una limitación en la actividad de sujeto, aquí lo anormal se encontraba en el nivel del individuo, lo cual al ubicarlo en el nivel social se traducía en lo que se denominó minusvalía, esto es, la desventaja social a la que se enfrentaba el sujeto (fig. No. 2). El modelo propuesto por la CIDDM guardaba muchas semejanza con el formulado por Nagi (1976), pero al mismo tiempo lo trascendía al introducir la noción de minusvalía, lo cual modificó la manera de considerar las discapacidades, las personas con discapacidad y el papel del entorno, así como la política social y la planificación de los servicios. Sin embargo, la CIDDM tenía el inconveniente de que en ella predominaba un aspecto

negativo que enfatizaba la deficiencia, le daba escasa atención a los aspectos sociales y contextuales, enfocaba a la discapacidad como un hecho individual y tenía una inadecuada verificación transcultural.



Figura No. 2. Modelo explicativo de la discapacidad de acuerdo con la CIDMM.

Debido a la estrechez del enfoque de la CIDDM, en 1993, se inició el proceso de su revisión, cuyos borradores se conocieron provisionalmente como CIDDM-2. Los estudios de campo y las consultas internacionales que se realizaron, tuvieron la intención de recuperar los componentes de salud que existen en las personas, así como aplicar el modelo biopsicosocial de la discapacidad, introducir un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud y establecer un lenguaje unificado y estandarizado. En congruencia con lo anterior el término minusvalía se abandonó por su connotación peyorativa y el término discapacidad se dejó de utilizar como nombre de componente y se empezó a manejar como término genérico global para las perspectivas corporal, individual y social. Una vez que se llevaron a cabo los estudios de campo, la versión prefinal de la CIDDM-2 se presentó en la reunión de revisión en noviembre de 2000 y el borrador final en la Quincuagésima Cuarta Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 2001, donde se aprobó y se cambió el nombre por el de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)

La CIF ha sido adoptada en 191 países como un estándar internacional para describir y medir la salud y la discapacidad y desafía las concepciones actualmente dominantes

acerca de estos dos temas, ya que mientras los indicadores tradicionales de salud se basan en tasas de mortalidad en poblaciones, la CIF se ha enfocado en la vida, esto es, en cómo la gente vive con sus condiciones de salud y cómo estas pueden mejorarse para alcanzar una vida productiva y satisfactoria. Esto tiene implicaciones para la práctica médica, las leyes, las políticas públicas, el mejoramiento de los tratamientos y la protección de los derechos de individuos y grupos. La CIF cambia el entendimiento acerca de la discapacidad, la cual no es presentada como el problema de un grupo minoritario o sólo de gente con deficiencias visibles, sino como una situación que puede afectar a cualquier persona en algún momento de su vida y además, provee una perspectiva de medición que hace posible enfocarse en puntos específicos para mejorar la habilidad de una persona y esto le permita un buen desempeño en los niveles laboral y comunitario. Por otra parte, es importante mencionar que la CIF coloca los trastornos mentales a la par de las enfermedades físicas, así, una persona puede faltar al trabajo debido a una enfermedad infecciosa, pero también debido a una depresión (New WHO guidelines challenge mainstream ideas on health, disability, 2001).

Vale la pena resaltar que la CIF “agrupa los distintos dominios de una persona en un determinado estado de salud” (OMS, 2001a, pag. 3) y no es de ninguna manera una clasificación de personas.

Es necesario mencionar a qué se refiere la OMS al hablar de funcionamiento y discapacidad. El funcionamiento incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) (OMS, OPS, IMSERSO, 2001). Por otra parte, la discapacidad incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) (OMSa, 2001). La forma en que se integran estos componentes permite tener una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social, como se observa en la figura 3.

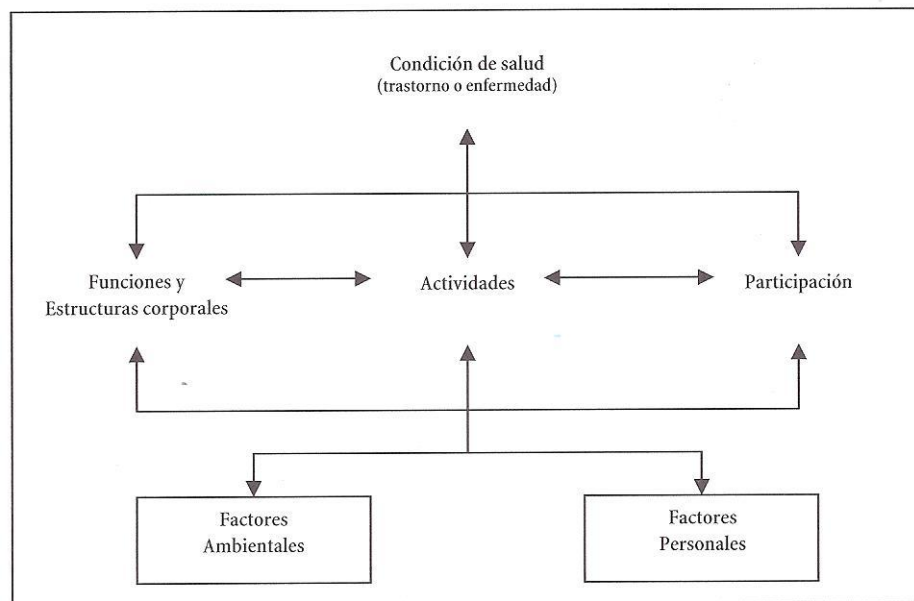


Figura No. 3. Interacciones entre los componentes de la CIF

Ligados a lo anterior se encuentran la salud y el bienestar, en donde se pueden identificar los dominios de la salud y los dominios relacionados con esta. La OMS considera que hay entre ellos una continuidad y sólo pudieran estar separados por una zona gris como se muestra en la figura número 4.

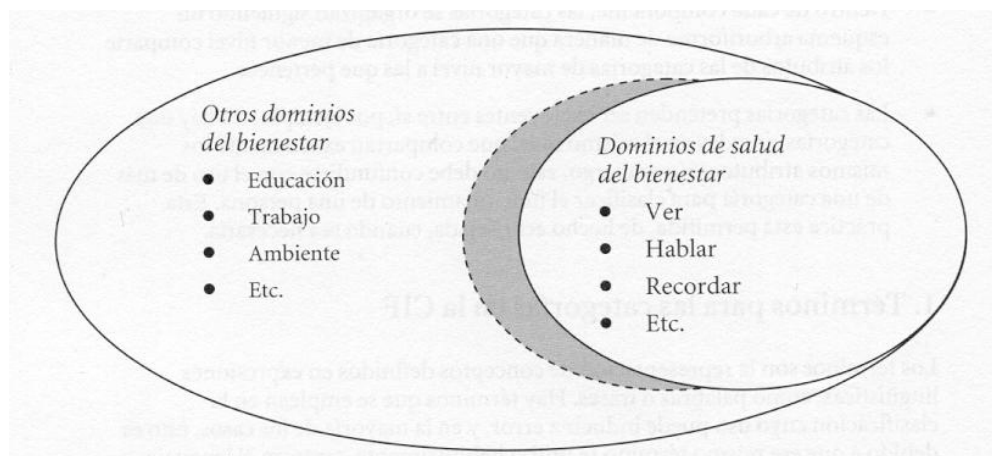


Figura No. 4. El universo del "bienestar"

Cuando una discapacidad está presente, la limitación se refleja en los otros dominios del bienestar, lo cual se observa en el caso de los trastornos mentales.

La CIF organiza la información en dos partes:

1. Funcionamiento y Discapacidad.
2. Factores contextuales.

Cada una de estas partes consta a su vez de dos componentes. Los componentes de Funcionamiento y Discapacidad son:

- a) *El Cuerpo*, que tiene una clasificación para los sistemas corporales, y otra para las estructuras del cuerpo.
- b) *Actividades y Participación*, que se relaciona con el funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social.

Cada componente puede expresarse tanto en términos positivos como negativos, como se ve en la figura número 5.

Los componentes de los Factores contextuales son:

- a) *Factores Ambientales*, que ejercen un efecto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad e incluyen tanto el entorno inmediato del individuo como el entorno general.
- b) *Factores Personales*, que no están clasificados en la CIF debido a la gran variabilidad social y cultural asociada con ellos.

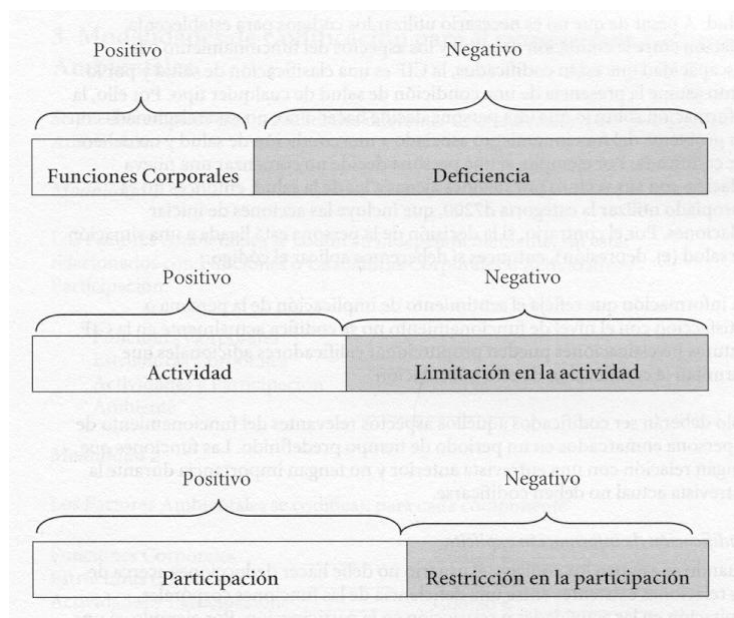


Figura No. 5. Aspectos positivos y negativos del funcionamiento.

Los componentes de la CIF están organizados por capítulos que constituyen la clasificación de primer nivel, esta se encuentra constituida de la siguiente forma:

Funciones corporales

1. Funciones mentales
2. Funciones sensoriales y dolor
3. Funciones de la voz y el habla
4. Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio
5. Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endócrino
6. Funciones genitourinarias y reproductoras
7. Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento
8. Funciones de la piel y estructuras relacionadas

Estructuras corporales

1. Estructuras del sistema nervioso
2. El ojo, el oído y estructuras relacionadas

3. Estructuras involucradas en la voz y el habla
4. Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio
5. Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endócrino
6. Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor
7. Estructuras relacionadas con el movimiento
8. Piel y estructuras relacionadas

Actividades y participación

1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento
2. Tareas y demandas generales
3. Comunicación
4. Movilidad
5. Autocuidado
6. Vida doméstica
7. Interacciones y relaciones interpersonales
8. Áreas principales de la vida
9. Vida comunitaria, social y cívica

Factores ambientales

1. Productos y tecnología
2. Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana
3. Apoyo y relaciones
4. Actitudes
5. Servicios, sistemas y políticas

A su vez, estos capítulos se organizan en una clasificación de segundo nivel que contiene códigos para identificar cada una de sus categorías, como se aprecia a continuación:

Funciones Corporales

1. Funciones mentales

Funciones mentales globales (b110-b139)

Funciones mentales específicas (b140-b189)

2. Funciones sensoriales y dolor

Vista y funciones relacionadas (b210-b229)

Funciones auditivas y vestibulares (b230-b249)

Funciones sensoriales y adicionales (b250-b279)

Dolor (b280-b289)

3. Funciones de la voz y el habla

(e310-e399)

4. Funciones de los sistemas cardiovascular hematológico, inmunológico y respiratorio

Funciones del sistema cardiovascular (b410-429)

Funciones de los sistemas hematológico e inmunológico (b430-b439)

Funciones del sistema respiratorio (b440-b449)

Funciones adicionales y sensaciones de los sistemas cardiovascular y respiratorio (b450-b469)

5. Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endócrino

Funciones relacionadas con el sistema digestivo (b510-b539)

Funciones relacionadas con el metabolismo y el sistema endócrino (b540-b559)

6. Funciones genitourinarias y reproductoras

Funciones urinarias (b610-b639)

Funciones genitales y reproductoras (b640-b679)

7. Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento

Funciones de las articulaciones y los huesos (b710-b729)

Funciones musculares (b730-b749)

Funciones relacionadas con el movimiento (b750-b789)

8. Funciones de la piel y estructuras relacionadas

Funciones de la piel (b810-b849)

Funciones del pelo y las uñas (b850-b869)

Estructuras corporales

1. Estructuras del sistema nervioso

(s110-s199)

2. El ojo, el oído y estructuras relacionadas

(s210-s299)

3. Estructuras involucradas en la voz y el habla

(s310-s399)

4. Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio

(s410-s499)

5. Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endócrino

(s510-s599)

6. Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor

(s610-s699)

7. Estructuras relacionadas con el movimiento

(s710-s799)

8. Piel y estructuras relacionadas

(s810-s899)

Actividades y participación

1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento

Experiencias sensoriales intencionadas (d110-d129)

Aprendizaje básico (d130-d159)

Aplicación del conocimiento (d160-d179)

2. Tareas y demandas generales

(d210-d299)

3. Comunicación

Comunicación-recepción (d310-d329)

Comunicación-producción (d330-d349)

Conversación y utilización de aparatos y técnicas de comunicación (d350-d369)

4. Movilidad

Cambiar y mantener la posición del cuerpo (d410-d429)

Llevar, mover y usar objetos (d430-d449)

Andar y moverse (d450-d469)

Desplazarse utilizando medios de transporte (d470-d489)

5. Autocuidado

(d510-599)

6. Vida doméstica

Adquisición de lo necesario para vivir (d610-d629)

Tareas del hogar (d630-d649)

Cuidado de los objetos del hogar y ayudar a los demás (d650-d669)

7. Interacciones y relaciones interpersonales

Interacciones interpersonales generales (d710-d729)

Interacciones interpersonales particulares (d730-d779)

8. Áreas principales de la vida

Educación (d810-d839)

Trabajo y empleo (d840-d859)

Vida económica (d860-d879)

9. Vida comunitaria, social y cívica

(d910-d999)

Factores ambientales

1. Productos y tecnología

(e110-e199)

2. Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana

(e-210-e299)

3. Apoyo y relaciones

(e-310-e399)

4. Actitudes

(e410-e499)

5. Servicios, sistemas y políticas

(e510-e599)

En su aplicación, la CIF utiliza un sistema alfanumérico para indicar los componentes de que consta. En primer lugar, estos componentes se diferencian por medio de los prefijos, como se indica a continuación:

- b** para Funciones Corporales,
- s** para Estructuras Corporales.
- d** para Actividades y Participación, y
- e** para Factores Ambientales

Después de las letras se anota un código numérico que empieza con el número del capítulo (un dígito), seguido del segundo nivel (dos dígitos) y del tercer y cuarto nivel (un dígito para cada uno). Ejemplo:

- b1 Funciones mentales (ítem de primer nivel)
- b114 Funciones de la orientación (ítem de segundo nivel)
- b1142 Orientación respecto a la persona (ítem de tercer nivel)
- b11420 Orientación respecto a uno mismo (ítem de cuarto nivel)

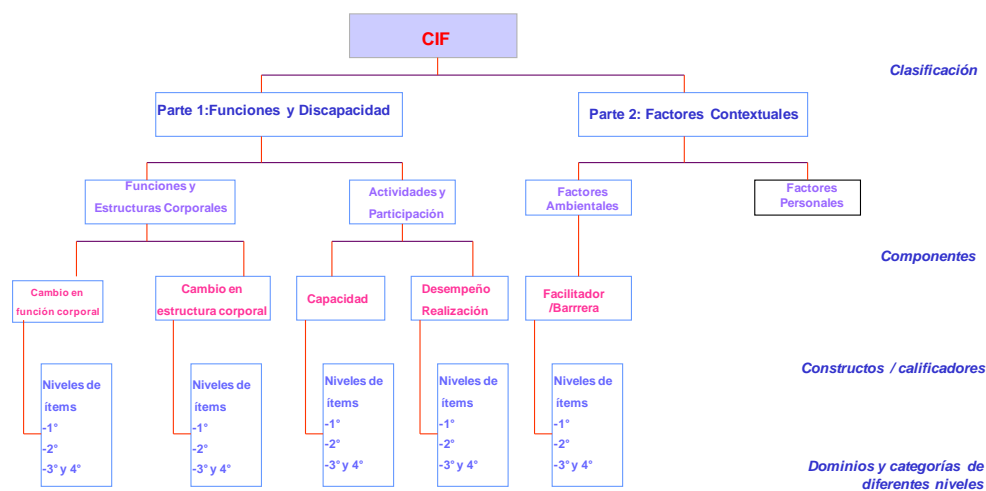


Figura No. 6. Estructura de la CIF.

La CIF aconseja emplear más de un código en cada nivel (relacionados o independientes entre sí) para describir la situación de un individuo. La visión de conjunto de la estructura de la CIF se presenta en la Figura 6.

La codificación de los dominios es para un solo momento en la vida del entrevistado, ya que su situación se va modificando, por lo que se debe especificar el marco temporal que se ha utilizado.

La medición de la discapacidad

De acuerdo con lo mencionado en el primer capítulo, la discapacidad inicialmente se midió a través de los instrumentos de calidad de vida a través de sus subescalas funcionamiento físico, funcionamiento psicológico y funcionamiento social, sin embargo, como se mencionó en dicho capítulo, el problema con los instrumentos de calidad de vida es que siempre tomarán en cuenta el elemento subjetivo del sujeto, lo cual introduce mucha variabilidad al estudiar el tema y un problema en el consenso acerca de lo que se está midiendo.

No obstante, sí se pueden distinguir enfoques para evaluar la discapacidad de manera independiente, éstos son: los autoinformes, los informes de próximos (e. g., un confidente o cuidador), las evaluaciones clínicas, la observación directa del paciente en su entorno y medidas basadas en el desempeño de tareas en marcos clínicos (Lehman, Alexopoulos, Goldman, Jeste y Üstun, 2004).

Algunos de los instrumentos que se han desarrollado para la medición de la discapacidad son la Evaluación de Tareas en la Cocina (Baum y Edwards, 1993), la Escala del Rendimiento en el Vestir (Beck, 1988), el Test de Uso de las Medicinas (Gurland, Cross, Chen, Wilder, Pine, Lantigua y Fulmer 1994), el Test de Ejecución de Actividades de la Vida Diaria (Kuriansky y Garland, 1976), la Evaluación Estructurada de Habilidades para la Vida Independiente (Mahurin, DeBettignies y Pirozzolo, 1991), la Evaluación de Habilidades Basada en la Ejecución (Patterson, Lacro, McKibbin,

Moscona, Hughs, y Jeste 2002) y la Evaluación del Rendimiento de Habilidades Sociales (Patterson, Moscona, Davison, McKibbin, Davidson, y Jeste, 2001).

La crítica que se ha hecho a este tipo de instrumentos es que tienen un foco de atención estrecho, que requieren un compromiso temporal tanto para pacientes como para investigadores y que pueden ser poco prácticos en ensayos clínicos a gran escala (Lehman et al., 2004). Debido a esto ha continuado la necesidad de contar con mejores instrumentos que midan la discapacidad y en la época en que se desarrollaban los estudios de campo de lo que provisionalmente se conocía como CIDDM-2, surgió el Cuestionario para la Evaluación de las Discapacidades, mejor conocido como WHO-DAS-II (OMS, 2000), que es un instrumento de juicio clínico cuyo mérito reside en que se trata de un instrumento que mide lo que la gente hace en diferentes áreas de su vida y distingue claramente esta información de los signos y síntomas de enfermedades, o sentimientos de bienestar subjetivo. Las áreas que evalúa son las siguientes:

1. Comprensión y comunicación (cognición).
2. Capacidad para moverse en su alrededor/entorno (movilidad).
3. Cuidado personal (atenderse en cuanto a la higiene, el vestir, la alimentación y el estar solo).
4. Relacionarse con otras personas.
5. Actividades de la vida diaria (responsabilidades domésticas, tiempo libre y trabajo).
6. Participación en sociedad (unirse a actividades comunitarias).

Este instrumento demostraba relación con el modelo propuesto por Jette (1997), quien al ampliar el modelo de Nagi (1976) incluyó la influencia que tienen los factores intraindividuales y extraindividuales en el proceso de discapacitación (fig. No. 5).

Con la publicación de la CIF en 2001, se propuso un instrumento que se desprendía de dicha clasificación y que se denominó Lista de Cotejo de la CIF. Es un instrumento de juicio clínico que se contesta tomando en cuenta tanto la información

proporcionada por el sujeto evaluado como la aportada por cuidadores o confidentes y la que se encuentra asentada en el expediente del sujeto. Evalúa las áreas del WHO-DAS-II en la sección de Limitaciones de la Actividad y Restricciones en la Participación y además consta de otras tres secciones: Deficiencias de las Funciones Corporales, Deficiencias en las Estructuras Corporales y Factores Ambientales. Se considera que esta forma de evaluar es mucho más integral y que es capaz de evaluar el grado de discapacidad que una persona tiene independientemente de los síntomas que presenta como producto de su condición de salud.

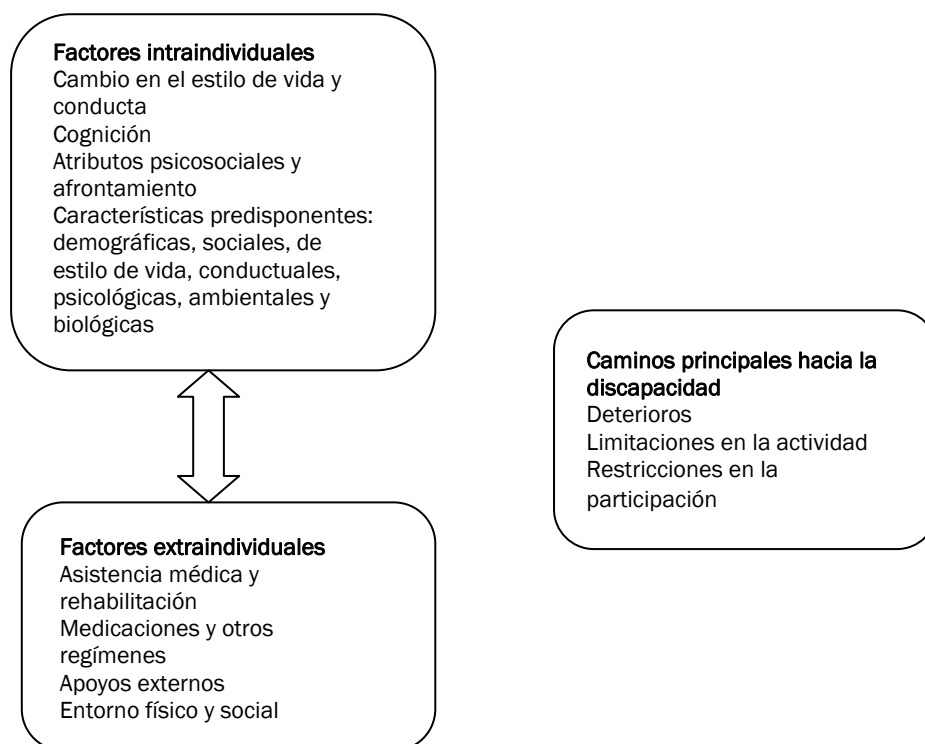


Figura No. 7. Modelo conceptual de Jette acerca de la discapacidad.

Se espera que conforme se lleven a cabo mayor número de ensayos clínicos, utilizando la Lista de Cotejo de la CIF sea posible diferenciar las áreas de discapacidad que se asocian a condiciones específicas de salud y el papel que desempeñan los factores intraindividuales (cognición, estilo de vida, afrontamiento, etc.) y el entorno en dicho proceso. Lehman et al. (2004) consideran que son deseables las medidas objetivas para la

discapacidad y la corroboración por parte de otros informantes, pero que aún así es probable que no quede claro si un paciente tiene limitaciones en la actividad a causa de un trastorno mental o bien, es debido a otra enfermedad o a factores ambientales, lo cual es apoyado por Hohmann (1999) quien concluyó que puede ser muy discapacitante el hecho de residir en lugares con oportunidades restringidas (e.g., alto nivel de desempleo, pobreza, racismo, etc.).

La discapacidad y los trastornos mentales

La información descriptiva clínica acerca de cualquier cuadro psiquiátrico, se puede separar conceptualmente en dos componentes (Lehman et al., 2004):

1. *Síntomas psiquiátricos*. Estos son producto de alteraciones en procesos psicológicos y biológicos.
2. *Deterioro funcional*. Pertenecen a este componente los efectos de los síntomas en la capacidad del paciente para funcionar, esto es, la discapacidad que acompaña al trastorno mental.

Ambos componentes son dos aspectos diferentes pero al mismo tiempo interrelacionados. De acuerdo con la OMS, la interrelación entre ambos componentes se establece con base en lo señalado tanto por la CIE-10 (componente sintomatológico), como por lo establecido en la CIF (deterioro funcional). En cambio, en el sistema DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), que es la clasificación propuesta por la Asociación Psiquiátrica Americana, se intenta evaluar los trastornos específicos mediante los ejes I, II y III y la discapacidad a través del eje V. Sin embargo, hasta la fecha el DSM no ha separado en la práctica ambos componentes (Lehman, et al., 2004).

El sistema multiaxial se empezó a manejar cuando se publicó el DSM-III (American Psychiatric Association, 1983) y se propuso al eje V como un apartado en el que se reportara el máximo nivel de adaptación del paciente en transcurso del último año

mediante una escala que iba de 1 (superior) al 7 (alteración muy importante). En el texto se concebía que el funcionamiento adaptativo se componía de tres áreas principales: relaciones sociales, vida laboral y empleo del tiempo libre.

Con la aparición del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1988), se modificó este criterio y el eje V se describió a través de la Escala de Evaluación Global (GAF), que evaluaba el continuum salud-enfermedad mental en función de las actividades laboral, social y psicológica que incluía los síntomas actuales. El agregado de sintomatología obedecía a que se pensó que facilitaba la predicción de la utilización de los servicios médicos; sin embargo no tomaba en cuenta la discapacidad debida a limitaciones físicas o ambientales. Esta misma escala se mantuvo en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), aunque en la versión en castellano se le cambió el nombre a Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (American Psychiatric Association, 1995). Otra de las modificaciones que se hicieron en el DSM-IV fue que para contrarrestar los resultados falsos positivos, se incluyó el criterio de significación clínica, que solicita para el diagnóstico malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, en más del 70% de los trastornos (Lehman, et al., 2004). Este criterio fue añadido por el requerimiento de presencia del aspecto de malestar o deterioro en la definición de trastorno mental de 1987, sin embargo, esto resulta demasiado restrictivo, ya que la definición actual de trastorno mental también tiene en cuenta el trastorno asociado a un “riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad” (American Psychiatric Association, 2002, pag. XXIX).

Al respecto Lehman et al. (2004) opinan que cuando se combinan los síntomas y el deterioro funcional en una escala como la EEAG, es imposible medir el deterioro funcional separado de los síntomas, por lo que la definición de trastorno mental no debería incluir el concepto de deterioro funcional, sin embargo, el tema no es tan sencillo, ya que los trastornos mentales tienen la desventaja de que no se pueden diagnosticar aún con base en una alteración fisiopatológica específica o en un agente infeccioso. Cuando sea posible definir un trastorno mental con base en la identificación

de su patología subyacente, entonces se seguirá “la evolución de otras enfermedades médicas y basar la presencia del trastorno solamente en la patología y no sobre el efecto que esta patología ejerce en el rendimiento individual” (Lehman, et al., 2004, p. 206).

A pesar de las limitaciones mencionadas la discapacidad que se ha identificado asociada a los trastornos mentales es de gran magnitud, tanto que se ha convertido en un problema de salud pública mayor (Von Korff, Ormel, Katon y Lin, 1992). En 1994, Frenk, Lozano y González Block, informaban que en México las discapacidades físicas y mentales afectaban de manera distinta a pobres y ricos y que existían dos discapacitados muy pobres por cada discapacitado pobre o no pobre, pero que, la atención que recibían los primeros era 50 por ciento menor que la que recibía el resto de la población.

El estudio del funcionamiento y la discapacidad en las enfermedades mentales es importante, sobre todo si se tiene en cuenta que el número de personas afectadas por trastornos mentales es alto. En 1997 se calculó que en Estados Unidos aproximadamente el 24 por ciento de los adultos habían cursado con una enfermedad mental el año anterior, y se estimaba que había generado un gasto de más de 150 miles de millones en tratamiento, servicios sociales, pagos de discapacidad, pérdida de productividad y muerte prematura (Self-reported frequent mental distress among adults-United States, 1993-1996, 1998). En otro estudio realizado en el Centro Médico Permanente Kaiser, en Oakland, California (Olfson et al. 1997), de 1,001 pacientes detectados, el 19.8% reunían los criterios para al menos uno de los trastornos bajo estudio y el 8.3% para más de un trastorno mental y era este grupo el que alcanzaba mayores puntajes en la Escala de Discapacidad de Sheehan y que tenía mayor probabilidad de reportar pérdida reciente de tiempo laboral. Es por esto que se ha reportado que el grado de discapacidad que los trastornos mentales llegan a provocar es comparable al observado en muchas condiciones físicas crónicas y cuando se combina el trastorno mental con una enfermedad física, se alcanza el máximo nivel de discapacidad que si se presentaran por separado ambas condiciones (Andrews, Sanderson y Beard, 1998, Lépine, 2001, Sanderson, Andrews y Jelsma, 2001). Un estudio realizado en Estados Unidos (Wagner, Danczyk Hawley y Reid, 2000), reflejó que los trabajadores con apoyo por discapacidad

con trastornos mentales, tendían a ser más jóvenes que los afectados por un trastorno físico y de sexo femenino; además de lo anterior, el beneficio por discapacidad se solicitaba más en la región poniente del país y el ramo en que mayormente se presentaba era en gobierno y transporte. El 50 por ciento de las personas con trastornos mentales tendían a empeorar conforme pasaba el tiempo y la mayoría presentaba trastornos del estado de ánimo, principalmente depresión mayor, y trastornos relacionados con estrés y ansiedad.

En México las investigaciones existentes han abordado el problema desde la perspectiva de la calidad de vida, pero el número de estudios es limitado; no obstante, es muy probable que el uso frecuente que hacen algunas personas de la consulta médica de primer nivel y las incapacidades laborales se relacionen con la discapacidad provocada por alguna enfermedad mental, principalmente de tipo ansioso y depresivo, como se ha reportado en la literatura de otros países (Aydin y Ulusahin, 2001, Dwight et al., 2000, Hansen, Fink, Frydenberg y Oxhoj, 2002, Kurtze, Gundersen y Svebak, 1999, Mangelli, Gribbin, Büchi, Allard y Sensky, 2002, Marcus et al., 1998, Martucci et al., 1999, Memel, Kirwan, Sharp y Hehir, 2000, Olfson, Pincus, Shear y Zarin, 1997, Ormel, Oldehinkel, Brilman y vanden Brink, 1993, Ormel, Von Korff, Van Den Brink, Brilman y Oldehinkel, 1993, Rosenberg, Lussier, Beaudoin, Kirmayer y Dufort, 2002, Roy-Byrne, 1996, Salminen, Saarijärvi y Raitasalo, 1997, Sharpe, Sensky y Allard, 2001, Von Korff, Ormel, Katon y Lin, 1992). Así, Hansen et. al. (2002), reportan que los pacientes con cualquier trastorno mental de la CIE-10 tenían tres veces de probabilidad de ser ingresados a servicios médicos no psiquiátricos, que los pacientes que no presentaban un trastorno psiquiátrico. Asimismo, los pacientes con un trastorno mental se calificaban como muy discapacitados físicamente y usaban 3.7 veces más los servicios de salud no psiquiátrica que los pacientes que no se calificaban como físicamente discapacitados. Lecrubier y Üstun (1998), dirigieron un estudio multicéntrico en 14 países y descubrieron que el 24 por ciento de las personas atendidas en servicios médicos de primer nivel cursaban con trastornos psiquiátricos y que la discapacidad que presentaban se asociaba con la enfermedad mental. En otra investigación realizada en Finlandia (Karlsson, Joukamaa y Lehtinen, 2000) se encontró que el 59.8% de los entrevistados en servicios de atención

primaria recibieron un diagnóstico psiquiátrico y la proporción de pacientes con un nivel de educación básico y vocacional fue mayor entre los casos psiquiátricos detectados. En cuanto a sexo se ha descubierto que entre los afectados por enfermedades mentales, la discapacidad solía ser mayor en las mujeres y que se incrementa con la edad (Korten y Henderson, 2000; Martucci, et al., 1999). Al respecto, en una encuesta domiciliar realizada en Santiago de Chile (Acuña, et al., 2000), se encontró que las mujeres tenían 1.4 veces mayor probabilidad de presentar discapacidad que los hombres. En la misma encuesta se observó que los casos con patología psiquiátrica menor, tenían 5.12 veces mayor probabilidad de cursar con discapacidad y los casos que resaltaban eran los aquejados por depresión (3.44 veces más).

Un concepto relacionado con la discapacidad que no se menciona en la CIF es el de carga (burden) de enfermedad, que Murray y Lopez definieron como la suma de la muerte prematura y los años vividos con discapacidad. Los trastornos mentales son una causa considerable de carga de enfermedad y son responsables de un cuarto de la discapacidad y del 9 por ciento de la carga total mundial. Cinco de las 10 causas principales de discapacidad alrededor del mundo son trastornos mentales: depresión mayor, uso de alcohol, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo. En países como Estados Unidos, Reino Unido y Australia se reporta que los trastornos mentales dan cuenta del 43 por ciento de la discapacidad y del 22 por ciento de la carga total de enfermedad (Andrews, Sanderson y Beard, 1998) y el Banco Mundial a finales de los noventa calculó que el 8 por ciento de los años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos en América Latina y el Caribe son atribuibles a trastornos neuropsiquiátricos y esta proporción es mayor a la relacionada con el cáncer y las enfermedades cardiovasculares (Brandling-Bennet, 1999). En los estudios de carga de enfermedad australianos, los trastornos mentales también sobrepasaron a las enfermedades cardiovasculares y al cáncer en carga de enfermedad, alcanzando DALYs de 57 por ciento (Vos y Mathers, 2000). En México, se ha estimado que los trastornos neuropsiquiátricos han pasado de duodécimo lugar al quinto como carga de enfermedad y se espera que el número de enfermos aumente debido a la pobreza, la violencia, el

abuso de drogas y otros problemas relacionados. (Frenk, Lozano y González Block, 1999).

La discapacidad en los trastornos de ansiedad

En el DSM-IV-TR, los trastornos de ansiedad aparecen bajo ese nombre, no así en la CIE-10, en donde se encuentran dentro de la categoría trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. Lo que se observa al comparar ambas clasificaciones es la mayor especificidad diagnóstica que ofrece la CIE-10, como en el caso del trastorno obsesivo-compulsivo, que en sus criterios lo que se enfatiza es la sintomatología somática y que reconoce como categoría diagnóstica al trastorno mixto ansioso-depresivo, ya que ambos diagnósticos con frecuencia establecen comorbilidad y se manifiestan como parte de un continuo dentro de la psicopatología (Tabla 3).

Tabla No. 3. Comparación de los trastornos de ansiedad en los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-IV-TR.

CIE-10	DSM-IV-TR
F40.0 Agorafobia	F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia
F40.1 Fobias sociales	F40.1 Fobia social
F40.2 Fobias específicas (aisladas)	F40.2 Fobia específica
F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica	
F40.9 Trastornos de ansiedad fóbica sin especificación	
F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)	F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia
F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada	F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo	

CIE-10	DSM-IV-TR
F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad	
F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados	
F41.9 Trastornos de ansiedad sin especificación	F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado
F42.0 Trastorno obsesivo-compulsivo con predominio de pensamientos o rumiaciones excesivas	
F42.1 Trastorno obsesivo-compulsivo con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)	
F42.2 Trastorno obsesivo-compulsivo con mezcla de pensamientos y actos obsesivos	
F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos	F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo
F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación	
F43.0 Reacción a estrés agudo	F43.0 Trastorno por estrés agudo
F43.1 Trastorno de estrés post-traumático	F43.1 Trastorno por estrés postraumático
F43.2 Trastornos de adaptación	
F43.8 Otras reacciones a estrés grave	
F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación	F06.4 Trastorno de ansiedad debido a (indicar enfermedad médica)

En la reciente Encuesta Nacional Epidemiológica Psiquiátrica de México (Medina-Mora, et al., 2003), se ubicó a los trastornos de ansiedad como los más frecuentes alguna vez (14.3%), en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días y las más afectadas eran las mujeres. En la población total, los trastornos más comunes fueron las fobias (7.1% alguna vez en la vida) y en general los trastornos de ansiedad se reportaron con edades más tempranas de inicio y las áreas metropolitanas del país (Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey), son las que registran la prevalencia más elevada en lo que a trastornos de ansiedad se refiere (3.4%). Estos resultados son muy parecidos a los reportados en otras latitudes, en un estudio realizado en Oakland, California (Olfson et al, 1997), el 11.6% cursaba con algún trastorno de ansiedad, 7.7% sufría de fobia específica y en la Encuesta Nacional Australiana de Salud Mental y Bienestar (Korten y

Henderson, 2000), se detectó que la prevalencia de trastornos de ansiedad era mayor en mujeres que en hombres, que declinaba en ambos sexos hacia la edad de 55 años y no encontraron diferencias significativas en educación y ocupación.

Las investigaciones que se han llevado a cabo acerca del tema refieren por una parte que los trastornos de ansiedad puros se asocian con mayor discapacidad que otros trastornos puros (Andrews, et al., 1998), sin embargo hay otros estudios que afirman que es menor en comparación con la que se observa en la depresión mayor (Lépine, 2001), lo cierto es que tanto en la comunidad como en servicios de atención primaria, la ansiedad y la depresión son los trastornos más frecuentes y la mayor parte de las veces se hallan combinados y son pocos los pacientes que son referidos a profesionales de la salud mental (Goldberg, 1999).

Hay que considerar en principio, que es complicado establecer el grado de discapacidad asociado a los trastornos de ansiedad, debido a la utilización de dos sistemas clasificatorios de enfermedades mentales, ya referidos al inicio del presente apartado, y en las que por ejemplo, en el caso del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el DSM-IV y la CIE-10 contienen diferentes síntomas para establecer el diagnóstico y lo desconcertante es que en un estudio transcultural se reportó una variación muy amplia, ya que en Ankara se reportaba un 0.9% y en Verona un 37% (Lépine, 2001). El DSM-IV define su grupo de síntomas con mayor énfasis en la vigilancia y escudriñamiento (por ej., estar alerta) y no con excitación/hiperactividad autónoma. Por otra parte tanto la CIE-10, como el DSM-III-R, definen su grupo con un mucho mayor número de síntomas de excitación autónoma (por ej., palpitaciones). Con base en esto, Slade y Andrews (2001) llevaron a cabo un estudio utilizando población captada a través de la encuesta Nacional Australiana de Salud Mental y Bienestar y encontraron que las personas que recibían el diagnóstico de TAG con criterios del DSM-IV estaban más discapacitadas que aquellas diagnosticadas con CIE-10, en donde el trastorno aparecía como más suave y menos discapacitante.

La información existente acerca de la ansiedad generalizada es muy variada en cuanto a sus consecuencias, incluso hay dudas acerca de su naturaleza y acerca de si es un trastorno primario o una forma ya sea prodrómica o residual de los trastornos del estado de ánimo o de ansiedad; no obstante, se considera que es un trastorno frecuente en población general y se calcula que afecta aproximadamente al tres por ciento de la población durante toda la vida, asimismo se ha reconocido que la comorbilidad es una característica fundamental en su naturaleza y curso, sobre todo con depresión y trastornos bipolares (Judd et al., 1998).

En una investigación llevada a cabo (Maier et al., 2000) para establecer si la definición de TAG de la CIE-10 era apropiada en atención primaria e investigar la discapacidad asociada con el TAG se reportó que el TAG sin otro diagnóstico psiquiátrico se asociaba con una marcada discapacidad social en el 24% de los pacientes y que era mayor cuando se comparaba con las enfermedades somáticas crónicas (34.6% vs. 25.1%, de casos severamente discapacitados). La duración de cualquier núcleo de síntomas de TAG por más de seis meses implicaba mayor discapacidad social que en las enfermedades somáticas crónicas, sobre la base de que era auto-reportada, no informada por un observador, sin embargo, en lo que respecta a los criterios diagnósticos de la CIE-10 para TAG, concluyeron que no eran completamente apropiados porque eran demasiado restrictivos y que la solución no era utilizar los criterios del DSM-IV, porque son aún más restrictivos, lo cual favorece que en atención primaria los pacientes con TAG no sean detectados.

En algunas investigaciones se reporta que el TAG produce niveles de discapacidad comparables a la depresión mayor (Kessler, Du Pont, Berglund y Wittchen, 1999) y a la observada en enfermedades somáticas crónicas (Wittchen y Hoyer, 2001), se ha encontrado una comorbilidad que va del 54% al 65% (Lépine, 2001; Blazer, Hughes, George, Swartz y Boyer 1991), y en el estudio de trastornos psiquiátricos en los Estados Unidos del Área de Captura Epidemiológica (ECA) (Blazer, et al., 1991), las personas con TAG tenían mayor probabilidad de tener un ingreso económico bajo, recibir beneficios por discapacidad y no estar casadas o haber tenido varias experiencias de

divorcio. También es el segundo trastorno más frecuente en atención primaria, después de la depresión (Wittchen y Hoyer, 2001). Hay investigaciones (Wittchen et al., 2002) que dicen que en su muestra la mayoría de los pacientes con TAG (66.7%) presentaban deterioro en el funcionamiento ocupacional (incapacidad de trabajar por al menos un día en el pasado mes a consecuencia de los síntomas experimentados).

La comorbilidad es un fenómeno que aumenta la discapacidad y entre mayor sea el número de diagnósticos psiquiátricos, mayor es la discapacidad. Un reporte de la OMS acerca de un estudio de problemas psicológicos, llevado a cabo en centros de atención primaria de cuatro países europeos (Alemania, Holanda, Gran Bretaña y Francia), en el que se utilizó el Cuestionario Breve de Discapacidad (BDQ), informó que los pacientes con TAG cursaban con mayor discapacidad que los pacientes de atención primaria sin síntomas psiquiátricos y lo mismo sucedía al analizar las condiciones en que estaba presente agorafobia sola, o trastorno de angustia solo, o ambos. En los casos de TAG se observó que cuando estaba asociado a depresión, el nivel de severidad y discapacidad aumentaba (Weiller, Bisserbe, Maier y Lecrubier, 1998).

En la Encuesta Nacional Australiana de Salud Mental y Bienestar (Andrews, Slade, Issakidis, 2002), se detectó que la mayoría de la gente que solicitaba ayuda para un trastorno mental tenía más de un trastorno y además de presentar un alto grado de discapacidad, puntuaban alto en la escala de Neuroticismo del Cuestionario de Personalidad de Eysenck. En la misma encuesta se asoció significativamente el TAG con los trastornos afectivos y con otros trastornos de ansiedad. Roy Byrne (1996) dice que se ha insistido en que la ansiedad generalizada en contraste con la crisis de angustia, no se asocia con discapacidad; sin embargo, dos tercios de los que actualmente cursan TAG tienen otro diagnóstico psiquiátrico. Al parecer el TAG hace vulnerable a la persona a otros trastornos que pueden ser clínicamente más importantes y se ha informado (Wittchen, et al., 2002), que hasta de un 87% de los pacientes que presentaban TAG no lo exponían como síntoma principal y en otra investigación (Wittchen y Hoyer, 2001) se menciona que cuando hace comorbilidad con el trastorno depresivo mayor disminuye la probabilidad de diagnóstico y tratamiento del TAG y así se favorece el incremento de la

discapacidad. En un estudio acerca de problemas psicológicos en atención de primer nivel, llevado a cabo por la OMS (Maier, et al., 2000), la discapacidad social, medida por la Escala Global de Discapacidad de Sheehan, fue significativamente más alta en el TAG con trastornos psiquiátricos comórbidos (46.3%) que en el TAG solo (25.0%) y en otra (Ormel, VonKorff y Üstun, 1994), el número promedio de días discapacitados en el pasado mes era de 4.4 en el TAG solo, pero en el TAG comórbido fue de 6.3. Se ha reportado que el TAG también puede tener comorbilidad con el trastorno por déficit de atención, la tricotilomanía y el trastorno por movimiento estereotipado (Stein, 2001). Sanderson, Wetzler y Beck (1994) encontraron en los pacientes con TAG una comorbilidad del 50% con diagnósticos del eje II y Blashfield, Noyes y Reich (1994) una asociación directa con rasgos de personalidad evitante. Andrews, et al. (1998) encontraron que la comorbilidad con trastornos de sustancias no era tan discapacitante como la comorbilidad entre trastornos afectivos, de ansiedad o personalidad. Otros autores también han encontrado asociación entre trastornos de ansiedad como las crisis de angustia/agorafobia con los trastornos de la personalidad del grupo A y entre la fobia social y los trastornos de personalidad del grupo C (Andrews, Slade, Issakidis, 2002). Por otra parte, los pacientes con TAG son una población que utiliza con más frecuencia que el promedio los servicios médicos, debido a que comúnmente presentan dolor de pecho, síndrome de fatiga crónica, colon irritable, hiperventilación, dolor de cabeza tensional y enfermedades médicas crónicas (hipertensión, diabetes y enfermedad cardíaca) (Stein, 2001), la percepción que tienen de su salud física y emocional es mala (Weisberg, Keller, Warshaw, Dolan, Culpepper y Wasson, 1999), sin embargo, Lee, Nielsen, Hirsh y Michael (1994) los compararon en cuanto deterioro funcional con enfermos de diabetes, falla cardíaca congestiva y personas sin ninguna condición médica y el deterioro físico era menor que el de aquellos que presentaban las otras condiciones y lo que resaltaba era deterioro en vitalidad, función social y salud mental, subescalas de la Forma Corta de la Encuesta de Resultados Médicos (SF-36), aunque es pertinente mencionar que los investigadores no tomaron en cuenta la comorbilidad.

El trastorno de angustia (*panic disorder*) fue estudiado por Olfson et al (1997) y en su muestra afectaba al 3%. Encontraron que los pacientes con dicho trastorno tenían

mayor probabilidad que aquellos sin trastorno mental, de reportar pérdida reciente de tiempo laboral o visitas a un servicio de salud mental; sin embargo, las asociaciones entre trastorno de angustia y la puntuación en la Escala de Discapacidad de Sheehan, no fueron significativas después del ajuste con variables demográficas y clínicas. El trastorno de angustia también fue abordado en el estudio de trastornos psiquiátricos en los Estados Unidos de la ECA (Klerman, Weissman, Ouellette, Jonson y Greenwald, 1991; Markowitz, Weissman, Ouellette, Lish y Klerman, 1989) en el que sistemáticamente se midió el deterioro funcional y la discapacidad asociada a este trastorno. Los participantes reportaron una salud física y emocional más deficiente que aquellas que no cursaban con el trastorno, buscaban más tratamiento que los afectados por cualquier otro trastorno psiquiátrico y tenían mayor probabilidad que las personas con depresión de recibir pensiones por discapacidad. Se ha reportado que este trastorno con frecuencia hace comorbilidad con depresión, lo cual eleva el grado de discapacidad y aumenta el riesgo de suicidio (Lecrubier y Üstun, 1998). Las investigaciones acerca de los tratamientos para el trastorno de angustia, usando la Escala de Discapacidad de Sheehan y otros indicadores de discapacidad y deterioro funcional (Mogotsi, et al., 2000), muestran un significativo mejoramiento en el funcionamiento después de un tratamiento con uno de varios medicamentos diferentes como la nefazodona, la fluvoxamina, la paroxetina, la fluoxetina y el alprazolam, mientras que los tratamientos psicoterapéuticos investigados han arrojado resultados heterogeneos, por ejemplo, Telch, Schmidt, Jaimez, Jacquin y Harrington (1995), encontraron que los pacientes con trastorno de angustia mostraban mejoramiento significativo en la Escala de Ajuste Social y en la Escala de Discapacidad de Sheehan después de una intervención cognitivo-conductual y el mejoramiento se mantuvo a los seis meses de seguimiento. Sin embargo, en otro estudio (Bakker, Van Dyck, Spinhoven y Van Balkom, 1999), se reportó menor mejoramiento en los puntajes de la Escala de Discapacidad de Sheehan, entre participantes que recibieron terapia cognitiva, en comparación con los que recibieron paroxetina o clormipramina. Al respecto, la terapia cognitiva no es diferente del placebo. Finalmente, Kilic, Noshirvani, Basoglu y Marks (1997), reportaron que aunque los pacientes que recibieron terapia de exposición tuvieron menor puntaje de discapacidad que los que recibieron relajación, no

presentaron diferencias significativas de los pacientes que fueron tratados con alprazolam.

Otro de los trastornos de ansiedad, la fobia social, un trastorno del que aún se tienen muchas lagunas de conocimiento, en virtud de que suele ser infradiagnosticado porque tiende a mantener comorbilidad con otros trastornos mentales, especialmente con la depresión mayor, en un 70% de los casos (Connor, Davidson, Sutherland y Weisler, 1999, Davidson, Schneir, Stein y Helstad, 2001, Katzelnick, Koback, DeLeire, Henk, Greist, 2001, Lecrubier, 1997, Stein y Kean, 2000, Westenberg, 1998), así como con agorafobia (49%), fobias simples (a las alturas o a las arañas, en un 19 %), intento de suicidio el (59%) y abuso de alcohol (19%), incluso se ha detectado que la gente con fobia social a menudo utiliza el alcohol como auto-medicación y que los alcohólicos tienen nueve veces mayor probabilidad de presentar fobia social (Brunello et al., 2000, Lecrubier, 1997, Lecrubier, 1998). Por lo importantes que también son estas condiciones, en muchas ocasiones oscurecen la presencia de la fobia social; al respecto, Lecrubier (1997) encontró que cuando hay comorbilidad con depresión, la fobia social es identificada por el médico general en 76% de los casos, en cambio, si hace comorbilidad con cualquier otro trastorno de ansiedad, sólo es detectada en 11% de los casos.

En las encuestas de salud la fobia social se detecta poco, ya que muchas de estas investigaciones se hacen en población mayor de 18 años y este tipo de trastorno tiene una edad de inicio más temprana. Lo mismo ocurre en situación clínica donde este tipo de pacientes hacen gran uso de servicios médicos (Lecrubier, 1998), pero además de que pocas veces son correctamente diagnosticados, el tratamiento que se les ofrece no suele ser el adecuado y por lo mismo se plantean dificultades para medir su recuperación (Bobes, 1998, Lecrubier, 1998, Westenberg, 1998). En el estudio de Olfson et al. (1997), el 2.9% de su muestra cursaba con fobia social y es probable que no todos los afectados fueran detectados. Otras estimaciones afirman que en población general afecta del 2.4 al 16 % de las personas (Anton y Mandic, 1997, Lecrubier, 1997).

Este trastorno fue reconocido como una entidad separada de las otras fobias y del trastorno de angustia, en la década de los sesenta (Marks y Gelder, 1966) y aún quedan muchas cosas por saber acerca de las causas, las consecuencias que acarrea y el tratamiento que requiere. A pesar de lo anterior, se han hecho estudios que demuestran que la fobia social, aún en su forma pura, tiene un impacto negativo sobre el funcionamiento y la calidad de vida, ya que se asocia con dependencia financiera, baja escolaridad, bajo ingreso económico y desempleo (Anton y Mandic, 1997, Connor et al., 1999, Lecrubier, 1998, Mogotsi et al., 2000, Wittchen, y Fehm, 2001,).

En una investigación (Schneier, Heckelman, Garfinkel, Campeas y Fallon, Gitow, 1994) desarrollaron y utilizaron el Perfil de Discapacidad y la Escala de Discapacidad Auto-reportada de Liebowitz y reportaron porcentajes significativamente altos de deterioro funcional entre los pacientes con fobia social en comparación con los controles normales. En un estudio donde se comparó a personas con fobia social, TOC y trastorno de angustia, se usó la Escala de Intrusividad de la Enfermedad, como un auto-reporte de deterioro funcional (Anthony, Roth, Swinson, Huta y Devins, 1998) y se encontró que los sujetos con fobia social reportaron más deterioro en las relaciones sociales y en la auto-expresión/auto-mejoramiento que aquellos que cursaban con TOC o con trastorno de Angustia. En otro estudio, se compararon sujetos con fobia social pura contra una muestra que había presentado historia de infección por herpes (Wittchen, et al, 1996) y el grado de deterioro funcional en varios roles sociales (días de incapacidad para trabajar, desempeño laboral reducido e interacciones sociales deterioradas) fue mayor en los sujetos con fobia social, por ejemplo la productividad laboral alcanzó un deterioro de 11.4 % vs. 1.5% ($P < 0.001$). Hay análisis que han demostrado que los pacientes con fobia social presentan deserción escolar y de adultos muchos están desempleados (Stein, McQuaid y Laffaye, 1999; Wittchen, Lieb y Schuster, 1999). La Fundación Dean llevó a cabo un estudio en el que se evaluó la utilización de servicios de salud por parte de los pacientes con fobia social y encontró que los costos asociados con la fobia social comparada con los del grupo control fueron mayores, de aproximadamente \$2,400.00 (USD), contra aproximadamente \$1,900.00 (USD) ($P=0.04$)

(Kendler, Neale y Kessler, 1992). Stein y Kean (2000), también detectaron en una muestra que la fobia social provocaba disfunción en la principal actividad.

En algunas investigaciones la fobia social aparece bajo el nombre de trastorno de ansiedad social y se han distinguido tres subtipos: trastorno de ansiedad social generalizada, en la que la persona teme a una gran cantidad de situaciones sociales, trastorno de ansiedad social no generalizada, en la que sólo se temen dos o tres situaciones y fobia a hablar en público (Westenberg, 1998). La ansiedad social generalizada como la forma más severa y discapacitante del trastorno, se acompaña de un deterioro en lo social y muchos de los afectados son solteros, divorciados o separados, además de que presentan tendencia a la depresión o al abuso de alcohol (den Boer, 2000, Katzelnick et al, 2001), por otra parte cuando hay comorbilidad con otra psicopatología, frecuentan más los servicios de salud (Katzelnick et al, 2001). Tienen la desventaja de haber alcanzado un grado elemental de escolaridad y tener un estatus socioeconómico muy bajo. En más del 70% de pacientes con comorbilidad (ansiedad social y depresión) (den Boer, 2000), había discapacidad severa o moderada en dominios relacionados con el desempeño de la rutina diaria y al igual que en el TAG, en muchas ocasiones sólo se diagnosticaba y trataba la condición que lo acompañaba. En el grupo de pacientes con trastorno de ansiedad social, pero sin depresión, la proporción de personas con el mismo nivel de discapacidad fue cercano al 30% (Pollack, 2001). Hay otros estudios como el realizado por el Centro Colaborador de la OMS en París (Weiller, Bisserbe, Boyer, Lepine y Lecrubier, 1996), cuya muestra de 2096 pacientes atendidos en primer nivel fueron elegidos de acuerdo a los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad social del DSM-III-R y el 33% de los pacientes diagnosticados también cursaban con episodio depresivo mayor y la severidad de sus síntomas era significativamente mayor (puntaje de 16.3 en el Cuestionario de Salud General de 28 ítems), comparado con los pacientes con trastorno de ansiedad social solo (4.7, $P < .01$) y con los pacientes sin el trastorno (2.9 $< .05$). Cuando los pacientes con ansiedad social al mismo tiempo estaban deprimidas, aumentaba el riesgo de intento suicida (41.3%, $P < .01$), en comparación con los pacientes que sólo estaban deprimidos (16%) o que tenían trastorno de ansiedad social como única patología (8.5%). Resulta intrigante que los

anteriores datos no fueran corroborados por un estudio de la Fundación Dean (Katzelnick et al, 2001), quienes midieron la discapacidad con la Escala de Discapacidad Auto-reportada de Liebowitz y con la Escala de Discapacidad de Sheehan y reportaron que a través de la escala Liebowitz, el trastorno de ansiedad social generalizada provocaba deterioro en lo laboral, en las relaciones familiares y en las relaciones románticas, pero no encontraron que fuera mayor a la observada en los pacientes con depresión mayor; sin embargo, en la Escala Sheehan la mayor discapacidad en trabajo, vida social, funcionamiento familiar y discapacidad total se presentaba en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada con comorbilidad psiquiátrica.

La fobia específica ha sido poco explorada en este aspecto. La Encuesta Nacional de Comorbilidad (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle y Kessler, 1996), reportó altos niveles de deterioro funcional y discapacidad (medida por auto-reportes de interferencia con el funcionamiento y mediciones de educación, ingreso económico y empleo) entre participantes con fobia específica, aún en ausencia de comorbilidad; sin embargo, el deterioro era significativamente mayor cuando había trastornos comórbidos.

En el estudio de Olfson et al (1997), el trastorno de estrés postraumático (TEPT), afectaba al 2% de su muestra y las encuestas epidemiológicas recientes hechas en Estados Unidos, señalan que el deterioro laboral que produce es similar al que produce la depresión mayor, pero menos deteriorante que el trastorno de angustia. El deterioro laboral asociado al TEPT se traduce en una pérdida de productividad anual que excede los tres billones de dólares en los Estados Unidos (Brunello et al., 2001). En otra investigación (Zatzick, Marmar, Weiss, Browner, Metzler, Golding, Stewart, Schlenger y Wells, 1997), establecieron una comparación entre veteranos de Vietnam con TEPT y veteranos sin dicho trastorno. Lo que encontraron fue que los veteranos con TEPT presentaron afectación significativa en una amplia gama de aspectos, como el empleo actual, el estado de salud, el sentido de bienestar y tenían limitaciones físicas. En la Encuesta Nacional de Comorbilidad (Kessler, Stein y Berglund, 1998), las personas con TEPT tuvieron 40% de momios elevados de fracaso en el high school y en la universidad, 30% de momios elevados de maternidad adolescente, 60% de momios

elevados de desempleo al momento de la entrevista, en comparación con la gente no afectada por TEPT. En otra investigación (Stein, McQuaid, Pedrelli, Lenox, McCahill, 2000), en que la edad promedio de los participantes fue de 43.5 años (D.E. 12.8), 12 (66.7%) eran mujeres y ocho (44.4%) estaban casadas. De la muestra total, el 61.1% presentaban comorbilidad con trastorno depresivo mayor, el 38.9% con TAG y el 16.7% con fobia social. El 22% había tenido trastorno de uso de sustancias en los 12 meses anteriores. En cuanto a deterioro en el funcionamiento, la proporción de sujetos que reportaron al menos un día de reducción en la productividad, en los 30 días anteriores fue mayor en los pacientes con TEPT y en la Escala de Discapacidad de Sheehan presentaron mayor deterioro en las tres subescalas (trabajo, familia/vida doméstica y vida social). Similares resultados obtuvieron unos investigadores de la Universidad de Columbia (Marshall, Olfson, Hellman, Blanco, Guardino y Struening, 2001), quienes estudiaron a personas que tuvieran completos o parciales los criterios para el TEPT y obtuvieron las siguientes correlaciones positivas con el número de síntomas de TEPT: deterioro, $r=0.25$; número de trastornos comórbidos, $r=0.31$; presencia de comorbilidad con trastorno depresivo mayor, $r=0.27$ (para todas las correlaciones, $p<0.0001$). Observaron que el número de trastornos comórbidos se incrementaba cuando aumentaba el número de síntomas de TEPT (de uno a cuatro). Siguiendo con el tema de la comorbilidad, una investigación realizada en Gran Bretaña que estudió las experiencias subjetivas de 70 policías, que presenciaron un desastre en el estadio de fútbol Hillsborough de Sheffield, en 1989, identificó a la depresión y a la despersonalización como los factores de mayor peso en la discapacidad psiquiátrica que presentaba la muestra y ambos correlacionaron positivamente con la severidad del TEPT (Sims y Sims, 1998).

North, Nixon, Shariat, Mallonee, McMillen, Spitznagel y Smith (1999), reportaron que la evitación y los síntomas de aturdimiento entre los sobrevivientes del bombardeo de la Ciudad de Oklahoma se asociaron con la interferencia en el funcionamiento, la insatisfacción con el desempeño laboral y los cambios negativos en las relaciones interpersonales. Warshaw, Fierman, Pratt, Hunt, Yonkers, Massion y Keller (1993), encontraron que los pacientes de consulta externa con TEPT, informaron

que su funcionamiento estaba más deteriorado y que su salud física y emocional era deficiente, en comparación con personas con historia de trauma pero sin TEPT y con aquellas sin historia de trauma. En un estudio en refugiados de Camboya (Caspi, Poole, Mollica y Frankel, 1998), descubrieron que el trauma de la muerte de un hijo se asoció de manera importante con las percepciones paternas de limitaciones en su funcionamiento físico y social (de acuerdo a una versión adaptada del SF-36 en conjunción con otras medidas), aunque no con el desarrollo de TEPT como se define en los criterios diagnósticos occidentales.

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) ha sido señalado como el décimo trastorno más discapacitante (Murray y Lopez, 1996b), no obstante existen pocos estudios que documenten el deterioro funcional de estos pacientes. En el estudio de trastornos psiquiátricos en los Estados Unidos del Área de Captura epidemiológica (Karno, Golding, Sorenson y Burnam, 1988), el TOC estuvo asociado a desempleo, separaciones o divorcio y bajo estatus socioeconómico, sin embargo, estas asociaciones no fueron significativamente diferentes de las encontradas en otros trastornos de ansiedad. En otra investigación (Calvocoressi, McDougle, Wasyluk, Goodman, Trufan y Price, 1993) reportaron que el 17% de pacientes con TOC severo en una unidad de investigación psiquiátrica general a largo plazo, tenían discapacidad relacionada a problemas tales como deficiente auto-cuidado y disrupción del ambiente doméstico.

Algunos investigadores se han interesado en la comorbilidad que se establece entre la ansiedad y las enfermedades físicas. Algunas investigaciones han abordado el papel de la ansiedad y la depresión en el funcionamiento, el estilo de vida y la calidad de vida de pacientes con fibromialgia. Una de ellas, realizada en el Centro Médico de la Universidad de Washington, en Seattle (Walter et al., 1997), encontró que los pacientes con fibromialgia presentaban mayor probabilidad de cursar cualquier trastorno psiquiátrico, y dentro de estos, los síntomas de ansiedad eran significativamente mayores, además de que el SF-36 indicaba que este tipo de pacientes tenía niveles de discapacidad en funcionamiento físico, emocional, familiar, social y ocupacional que excedían al observado en pacientes con enfermedad reumatológica. Kurtze, Gundersen y Svebak

(1999) estudiaron y reportaron que la interacción entre ansiedad y depresión alcanzó un efecto significativo en la cantidad de bebidas espirituosas consumidas por semana, presentando un alto consumo los participantes que puntuaron alto en ansiedad o depresión. El funcionamiento y la calidad de vida se redujeron cuando la puntuación en ansiedad y depresión eran altas. Otra investigación anterior que se había llevado a cabo en pacientes atendidos en primer nivel presentó resultados similares, ya que refería que los pacientes que presentaban ansiedad y depresión mezclada tenían mayor discapacidad sobre todo en el rol ocupacional (Ormel, Oldehinkel, Brilman y vanden Brink, 1993), lo cual fue corroborado en otro estudio realizado por la OMS en 15 centros localizados en Asia, África, Europa y toda América (Gureje, Von Korff, Simon y Gater, 1998), en el que se midió la prevalencia y el impacto del dolor persistente entre pacientes atendidos en nivel primario. El dolor era experimentado con mayor frecuencia en la espalda (47.8%), en la cabeza (45.2%) y en las articulaciones (41.7%) y descubrieron que los pacientes afectados tenían mayor probabilidad de cursar con un trastornos de ansiedad o depresivos, de acuerdo con criterios de la CIE-10 y que había una fuerte asociación de depresión y ansiedad (juntas) con el dolor persistente. Como consecuencias del dolor encontraron que el 31% de los pacientes afectados, presentaban de moderada a severa interferencia con su desempeño laboral.

Respecto a pacientes con dolor y discapacidad, las variables psicológicas juegan un papel importante como lo demuestran dos estudios, uno realizado en Chicago (McCracken, Faber y Janeck, 1998), en el que se demostró que las quejas somáticas correlacionaban altamente con la severidad del dolor, altos niveles de depresión, temor, síntomas fisiológicos de ansiedad relacionada con el dolor y más discapacidad tanto física como psicosocial, y otro llevado a cabo en Bélgica, en el que el temor al dolor era el mejor predictor de discapacidad, más que la intensidad del dolor o la condición biomédica (Crombez, Vlaeyen, Heuts y Lysens, 1999).

Tal es la importancia de la asociación entre síntomas mentales y físicos que Wu et al, del Centro Médico de la Universidad de Duke (Researchers identify, 2002), identificaron al dolor y a la fatiga como síntomas frecuentemente presentes en cuadros

ansiosos y depresivos, lo cual dificulta el acertado diagnóstico y tratamiento que requiere la persona afectada.

Las personas pueden enfrentarse a dos tipos de discapacidad, la producida por la enfermedad física que provoca limitaciones en las capacidades físicas como movilidad, visión, capacidad aeróbica y fuerza, mientras que la enfermedad psiquiátrica puede producir limitaciones cognitivas, motivacionales y en las capacidades emocionales y favorece la aparición de múltiples síntomas físicos menores (por ej. fatiga y dolor) (Ormel, Von Korff, Van Den Brink, Brilman y Oldehinkel, 1993, *Anxiety concerning*, 2001). En un estudio se examinó el efecto de la ansiedad auto-reportada en combinación con varias enfermedades físicas, tomando en cuenta la discapacidad que provocaba (Marcus, Olfson, Pincus, Shear y Zarin, 1997) y se halló que las personas que auto-reportaron ansiedad eran más viejas (media = 58 años vs. 36.0), eran mujeres, tenían ingresos menores y no trabajaban. La raza no tuvo asociación con la ansiedad y esta se presentó en 3.8% de los sujetos con cualquier condición médica general. Las personas con problemas de sistema digestivo tuvieron la prevalencia más alta de ansiedad (9.9%), seguidas de cerca por aquellas afectadas por problemas endócrinos, nutricionales y metabólicos (8.9%), problemas del sistema nervioso (8.3%) y problemas del sistema circulatorio (8.3%). Los autores explican que la ansiedad auto-reportada se asocia a 60.4 millones de días de productividad perdida. Después del ajuste para edad, sexo, raza y número de condiciones médicas generales, el análisis mostró que 17.2 millones de días se perdían a causa de la ansiedad. Cerca de tres cuartos de días en cama (media = 13.2 días) cuya condición médica general se complicaba por ansiedad auto-reportada. La ansiedad apareció antes más a menudo en personas con enfermedades infecciosas y parasitarias y con trastornos de los oídos, la nariz, la boca y la garganta. La condición médica apareció primero en personas con trastornos endócrinos, nutricionales y metabólicos y con trastornos del sistema circulatorio.

Aydin y Ulusahin (2001) también mencionan un porcentaje alto de ansiedad generalizada en pacientes con enfermedad pulmonar crónica obstructiva y en pacientes con tuberculosis resistente a múltiples medicamentos.

Relacionado con este tema se encuentran los casos en donde los síntomas físicos no tienen un correlato fisiológico, y en donde la alta prevalencia de síntomas generalizados de ansiedad en pacientes con dolor de pecho no explicado médicamente y con síntomas respiratorios y gastrointestinales, sugieren que los pacientes con TAG y ansiedad-depresión mezclada pueden presentar frecuentemente quejas de manifestaciones somáticas de su ansiedad e ignorar o negar síntomas de nerviosismo, preocupación o tensión. Esto puede dar como resultado una alta utilización de servicios médicos incluyendo exámenes costosos como escaneos de tallo, arteriogramas, endoscopia, colonoscopia y pruebas de función pulmonar (Roy-Byrne, 1996).

El problema de la discapacidad producida por trastornos como la ansiedad o la depresión en servicios médicos de primer nivel en ocasiones es subestimada por el médico, como se demuestra en una investigación (Memel, Kirwan, Sharp y Hehir, 2000) en donde se concluyó que la mayoría de los médicos generales que habían participado en el estudio carecía de conocimientos necesarios para identificar la discapacidad, la ansiedad y la depresión en sus pacientes con osteoartritis y que sólo al 46% de los pacientes severamente discapacitados le habían dado beneficios de bienestar por discapacidad. También se reporta el caso inverso (Rosenberg, Lussier, Beaudoin, Kirmayer y Dufort, 2002), en el que los médicos de primer nivel de atención médica, desperdiciaron tiempo y esfuerzo en apoyo psicológico innecesario en personas sanas, y fallaron al detectar un problema psicológico en el 43% de sus pacientes que realmente sí estaban afectados

La discapacidad en los trastornos depresivos.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes que afecta a todas las edades, pero se presenta con mayor frecuencia entre los 30 y los 50 años de edad. En general se estima que alrededor del 14% de la población general podría presentar a lo largo de su vida al menos un episodio de depresión mayor que requerirá tratamiento médico y de ese porcentaje más de la mitad sufrirá un segundo episodio (González Ruelas, 2000). En la CIE-10, la categoría trastornos del humor (afectivos) es el

equivalente de lo que en el DSM-IV-TR, se consigna como trastornos del estado de ánimo, en ambos grupos es donde se localizan los trastornos depresivos y se aprecia la misma situación que en los trastornos de ansiedad, a pesar de que las dos clasificaciones tratan de ser apegadas, en la CIE-10 hay mayor cantidad de categorías diagnósticas, sobre todo en lo que se refiere a trastorno depresivo recurrente (Tabla 4).

Tabla No. 4. Comparación de los trastornos depresivos en los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-IV-TR.

CIE-10	DSM-IV-TR
F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado	F31.3 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo leve o moderado
F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos	F31.4 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo grave sin síntomas psicóticos
F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos	F31.5 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo grave con síntomas psicóticos
	F31.7 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo en remisión parcial o total
F32.0 Episodio depresivo leve	F32.0 Trastorno depresivo mayor, episodio único leve
F32.1 Episodio depresivo moderado	F32.1 Trastorno depresivo mayor episodio único moderado
F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	F32.2 Trastorno depresivo mayor episodio único grave sin síntomas psicóticos
F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	F32.3 Trastorno depresivo mayor episodio único grave con síntomas psicóticos
	F32.4 Trastorno depresivo mayor episodio único en remisión parcial o total
F32.8 Otros episodios depresivos	
F32.9 Episodio depresivo sin especificación	F32.9 Trastorno depresivo no especificado
F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve	
F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado	
F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos	

CIE-10	DSM-IV-TR
F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos	
F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión	
F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes	
F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación	
F34.1 Distimia	F34.1 Trastorno distímico
	F06.32 trastorno del estado de ánimo debido a (especificar enfermedad médica) con síntomas depresivos
	F06.32 trastorno del estado de ánimo debido a (especificar enfermedad médica) con síntomas de depresión mayor

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México (Medina-Mora et al., 2003), se detectó que el 9.1% de la población había estado afectada por trastornos afectivos, alguna vez en la vida y este tipo de trastorno ocupó el segundo lugar en frecuencia en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, afectando principalmente a las mujeres. En la población total el episodio depresivo mayor la prevalencia fue de 3.3% y tenía una edad de inicio temprana (después de los trastornos de ansiedad). Por otro lado, se encontró que el episodio depresivo mayor presenta un pico alrededor de los 17 años, un segundo alrededor de los 32 y un tercero alrededor de los 65. En los últimos 30 días, la región centro-oeste (Aguascalientes, Jalisco <excluye el área metropolitana>, Colima, Guanajuato y Michoacán), mostró la prevalencia más elevada de trastornos afectivos (2.5%).

En el estudio de Olfson et al. (1997) el trastorno depresivo mayor afectaba al 7.3% de su muestra y cerca de dos tercios de estos pacientes presentaban además otro trastorno mental, principalmente trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia, agorafobia y fobia social. Después de controlar edad, sexo, etnia, estado civil, estado de salud física percibido y otros trastornos mentales, encontraron que los

pacientes con trastorno depresivo mayor tenían riesgo de 7.5 más veces de tener problemas maritales, 2.2 veces de tiempo laboral perdido recientemente y 1.9 veces de utilización reciente de servicios de salud mental. Encontraron también una asociación positiva significativa entre el trastorno depresivo mayor y los puntajes de la Escala de Discapacidad de Sheehan, después de ajustar las variables demográficas y clínicas.

La discapacidad secundaria a depresión mayor es una de las más impactantes, en 1990 ocupó el cuarto lugar y fue responsable del 10.7% de todos los años vividos con discapacidad alrededor del mundo (Lecrubier, 2001) y en proyecciones llevadas a cabo por la OMS (Tabla 5), se estima que en 2020 ocupará el segundo lugar en discapacidad (Murray y López, 1996a).

Tabla No. 5. Las 10 enfermedades o causas de lesiones más discapacitantes en 1990 y 2020 (Murray y López, 1996a).

1990		2020	
Lugar	Enfermedad o causa de lesión	Lugar proyectado	Enfermedad o causa de lesión
1	Infecciones de vías respiratorias bajas	1	Cardiopatía isquémica
2	Enfermedades diarreicas	2	Depresión mayor
3	Condiciones durante el periodo prenatal	3	Accidentes automovilísticos
4	Depresión mayor	4	Enfermedad cerebrovascular
5	Cardiopatía isquémica	5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
6	Enfermedad cerebrovascular	6	Infecciones de vías respiratorias bajas
7	Tuberculosis	7	Tuberculosis
8	Sarampión	8	Guerra
9	Accidentes automovilísticos	9	Enfermedades diarreicas
10	Anormalidades congénitas	10	VIH

En un estudio transcultural emprendido por la OMS en Estados Unidos, Canadá, Puerto Rico, Alemania, Taiwán, Corea, Nueva Zelanda y Francia, Italia y Líbano se

encontró que el 11.7% de la muestra cursaba con un trastorno depresivo, sin embargo, parece ser que no se percibe del mismo modo en todos los países. Üstun, Rhem y Chatterji (1999), les pidieron a profesionales de la salud y pacientes en 14 países que ordenaran por orden de importancia 17 condiciones de salud por grado de discapacidad y aunque el orden de la jerarquía fue muy parecida entre los países, algunas condiciones alcanzaron lugares opuestos, por ejemplo, mientras que en España, la depresión alcanzó el tercer lugar, en Turquía estuvo en el undécimo, lo cual refleja que la discapacidad se interpreta dentro de un contexto de expectativas culturales acerca de la salud. La comorbilidad alcanzó un porcentaje de 62% y las personas con depresión mayor tuvieron un riesgo incrementado de tener trastorno de angustia y trastorno obsesivo compulsivo en todos los países incluidos en el estudio (Lépine, 2001).

Los costos de salud y discapacidad de la enfermedad depresiva son equiparables a los de condiciones crónicas, como se demostró (Druss, Rosenheck, Sledge, 2000) en una comparación, realizada durante 1995, entre la depresión y la diabetes, la enfermedad cardiaca isquémica, la hipertensión y problemas de espalda, entre 15,153 empleados de una gran corporación estadounidense e informaron que el costo del cuidado de la salud física para los pacientes deprimidos durante ese periodo de tiempo fue de \$3,032.00 (U.S.D.) significativamente más bajo que el costo de la diabetes o de la enfermedad arterial coronaria, pero significativamente más alta que el costo para pacientes sin alguna de las cuatro condiciones médicas índice. Los pacientes que solicitaron atención por enfermedad depresiva incurrieron en una media anual total de \$5,415.00 (U.S.D.) en pagos de salud y discapacidad. Esta cantidad fue significativamente más alta que el costo de la hipertensión y similar al costo de las otras tres condiciones. Los costos globales de la depresión y la hipertensión fueron de entre dos y tres millones de dólares por año. Los costos de la enfermedad arterial coronaria, debido a su alta prevalencia y al costo promedio por empleado fueron en forma global de aproximadamente cuatro millones de dólares, mientras que los costos de la diabetes y los problemas de espalda fueron de cerca de un millón de dólares. Como se puede observar el costo de la depresión en cualquier sentido es grande y no es muy diferente de lo que obtuvieron en el Estudio de Consecuencias Médicas (Wells, Stewart, Hays, Burnam, Rogers, Daniels, Berry,

Greenfield y Ware, 1989), en que el funcionamiento físico de pacientes con síntomas depresivos fue significativamente peor ($p < .05$) que el de los pacientes con hipertensión, diabetes, artritis y problemas gastrointestinales. De manera similar, el funcionamiento de rol en pacientes deprimidos fue significativamente peor ($p < .05$) que el de los pacientes con las condiciones mencionadas, así como la de los que cursaban con problemas de pulmón y de espalda. En el estudio de Murray y Lopez (1996b), del 26 al 53% de los pacientes deprimidos o ansiosos informaron una disfunción en el rol ocupacional y casi 50% reportaron una discapacidad física, comparadas con el siete y el 12% que presentaron los pacientes no psiquiátricos, respectivamente.

En una investigación realizada en Chile, con población femenina cursando un episodio depresivo mayor (Rojas Castillo, Gaete Olivares, Fritsch Montero, Rojas Araya y Araya Baltra, 2002), se utilizó la SF-36 y la Escala de Depresión de Hamilton y se descubrió que un alto porcentaje de la muestra presentaba cuadros depresivos recurrentes, lo cual repercutía de manera negativa en su calidad de vida y se asociaba con grados importantes de discapacidad en las actividades de la vida cotidiana, a pesar de que los cuadros que presentaban eran leves y moderados.

En la Encuesta Nacional de Comorbilidad (Kessler, Zhao, Blazer y Swartz, 1997), se demostró que la carga que conlleva la depresión aumenta con la severidad de esta condición, así, mencionó que las personas que presentaran de siete a nueve síntomas de depresión mayor, experimentaban un promedio de 2.75 días de productividad laboral reducida por mes, comparada con los 0.99 días por persona con cinco o seis síntomas de depresión mayor y 0.79 días para aquellos con depresión menor.

Hay un gran número de investigaciones que han explorado la discapacidad que produce la depresión, como la de Ormel et.al. (1993) que hallaron que un cuarto de los pacientes deprimidos que habían estudiado, presentaba gran discapacidad en el rol ocupacional, mientras que en autocuidado y en rol familiar la limitación era leve. Tocante a esta discapacidad psicosocial asociada a la depresión, se ha reportado un deterioro a medida que la sintomatología depresiva aumentaba cuando se hacía seguimiento a largo

plazo (Judd et al., 2000) y este aumento progresivo en la severidad del síntoma depresivo (de asintomático a umbral, de umbral a depresión menor y de depresión menor a trastorno depresivo mayor), se asociaba a aumentos paralelos significativos en discapacidad psicosocial. Las relaciones con la pareja también se asociaban significativamente con cambios en la severidad del síntoma depresivo. La relación era satisfactoria cuando el paciente estaba asintomático, se deterioraban un poco cuando tenían síntomas umbrales y así, hasta estar muy mal cuando tenían síntomas del nivel de trastorno depresivo mayor. En cuanto al rendimiento laboral, en el Estudio de Área de Captura Epidemiológica en Carolina del Norte (Broadhead, Blazer, George y Tse, 1990), se detectó que el riesgo de discapacidad en personas con depresión mayor es 4.78 veces mayor que para individuos asintomáticos y que la depresión mayor acarrea un aumentado riesgo de días de discapacidad y días laborales perdidos. La falla en la capacidad para desempeñar una actividad laboral y solicitar pensión por discapacidad a consecuencia de un trastorno depresivo ha sido descrito en investigaciones llevadas a cabo en Finlandia en donde existe este tipo de prestación y se refiere que hasta los 70, la primera causa de pensión era la enfermedad cardiovascular. En los 80, la incidencia de trastornos psiquiátricos aumentó ligeramente y se convirtieron en causa común para recibir pensión por discapacidad, en especial la depresión. En general el número de casos psiquiátricos se incrementó de 5,375 a 5,929 (aprox. 10.2%) durante un periodo de ocho años y lo que más aumentó fue la incidencia de trastornos afectivos. El número total de nuevas pensiones por trastornos del estado de ánimo fue de 722 en 1987 y de 2,600 en 1994. La proporción de la población en edad productiva y que recibió pensión por discapacidad a causa de un trastorno psiquiátrico fue de 2.4% en 1987 y de casi 2.9% en 1994, o sea hubo un incremento de 21% en ese periodo (Salminen, Saarijärvi y Raitasalo, 1997). Los investigadores hipotetizan que las pensiones por depresión en específico, pueden deberse a la recesión económica que tuvo lugar en Finlandia durante los 90, cuando la tasa de desempleo se incrementó 20%. Otra hipótesis se refiere al cambio en el sistema diagnóstico en psiquiatría. Una tercera hipótesis se refiere a que probablemente los clínicos empezaron a tener mejor entrenamiento y mayor habilidad para reconocer la depresión, por ej., en casos de quejas somáticas crónicas e inexplicables. Una última

hipótesis se refiere a que quizás la gente ahora tenga mayor disposición para hablar de sus problemas emocionales.

Se sabe que a veces la depresión no se detecta en el sector de la discapacidad y es un factor que puede demorar el regreso del pensionado al trabajo y representar una gran pérdida en la productividad, esto llevó a Leon, Walkup y Portera (2002) a estimar los costos y los beneficios de implementar una nueva intervención para los pensionados a largo plazo por discapacidad secundaria a enfermedades médicas no psiquiátricas. La muestra incluyó sujetos que calificaron para discapacidad a largo plazo por una de las siguientes condiciones médicas: diabetes, infarto al miocardio, artritis reumatoide, evento vascular cerebral, esclerosis múltiple y cáncer. La medición se llevó a cabo en dos etapas. Primero se hizo un tamizaje y posteriormente se aplicó una entrevista estructurada llamada SCID. Participaron 1,229 solicitantes, de los que quedaron 598 después del tamizaje, quienes se ubicaron como deprimidos. Las enfermedades médicas que tuvieron los sujetos del estudio fueron: cáncer (N = 770; 62.7%), diabetes (N = 83; 6.8%), esclerosis múltiple (N = 114; 9.3%) y evento vascular cerebral (N = 139; 11.3%). Vieron que los pensionados con enfermedades médicas, se incapacitaban por más de un año, lo cual se podría ahorrar con un tratamiento para la depresión.

Cuando la depresión forma parte de un trastorno bipolar también se asocia a un alto grado de discapacidad y en un estudio se encontró que midiendo a través de la Escala de Funcionamiento en Comunidad, el 31% de los participantes no reunían los criterios de un adecuado funcionamiento y este deterioro se asociaba con una historia de abuso de alcohol y altos niveles de ansiedad (Kusznir, Cooke y Young, 2000).

Como se aprecia en todo lo anterior, la depresión con frecuencia se presenta asociada a enfermedades físicas y a su pronóstico, un ejemplo de ello se observa en los hallazgos de un estudio con pacientes cardiacos en donde aquellos que presentaban síntomas depresivos después de un infarto al miocardio, incrementaban el riesgo de presentar otro ataque del mismo tipo (Frasure-Smith, Lesperance, Juneau, Talajic y Bourassa, 1999). En relación a la discapacidad, una investigación realizada en pacientes

finlandeses pensionados (Isometsä, Katila y Aro, 2000) encontraron que dos tercios de su muestra (N=277) tenían comorbilidad psiquiátrica u otro diagnóstico médico. Los sujetos con enfermedad musculoesquelética adicional representaron el subgrupo más grande de sujetos con comorbilidad (N = 61 [22%]). La mayoría (87%) recibían prescripción antidepressiva, pero sólo el 24% recibió semanalmente psicoterapia y 4% terapia electro convulsiva. Al parecer los trastornos físicos contribuyeron en la discapacidad y probablemente las personas que sufrían de discapacidad tenían rechazo hacia los antidepressivos y la psicoterapia. En otro estudio acerca de tratamientos para disminuir la discapacidad en personas con enfermedades físicas y depresión, se reportaron los datos de dos experimentos hechos al azar para examinar el impacto del tratamiento para la depresión en la atención primaria del sufrimiento somático, la salud total, la discapacidad y la pérdida de la productividad (Simon, Katon, Rutter, von Korff, Lin, Robinson, Bush, Walter, Ludman, y Russo, 1998). Ambos programas incluyeron educación para pacientes, entrenamiento físico, consulta y seguimiento intensivo. Los pacientes se asignaron a un grupo al que se aplicó el programa de manejo y al otro se le dio el cuidado usual. En los resultados, ambas intervenciones mejoraron a los pacientes con depresión mayor y la diferencia entre grupos fue poca a los siete meses. Ambas intervenciones también propiciaron mayor adherencia al medicamento y aumento en la satisfacción del paciente con tratamiento para la depresión entre aquellos con depresión mayor. Las mediciones mostraron mejoría en ambos tipos de tratamiento. Los autores señalan que la remisión de la depresión se asoció fuertemente al mejoramiento en el funcionamiento y en una reducción de la discapacidad, lo cual refleja un punto de vista opuesto al manejado por otros autores, quienes ven a la discapacidad como una consecuencia del trastorno mental. Al final de su artículo, Simon, et. al (1998) plantean que la asociación que observaron entre depresión y discapacidad podría reflejar la influencia de un tercer factor que contribuye tanto a la depresión como a la discapacidad. Este tercer factor podría ser un trastorno de personalidad, comorbilidad médica, trauma infantil y estrés vital continuo.

Dentro del abordaje de la depresión y la discapacidad en relación a enfermedades físicas, hay autores que han localizado una relación causal entre estas condiciones y que

se demuestra en la sincronía de cambio que presentan, esto es, cuando desaparece la depresión, lo mismo ocurre con la discapacidad y hay mejor respuesta al tratamiento de la condición física y a la inversa (Von Korff, Ormel, Katon y Lin, 1992), de ahí la importancia de dar tratamiento a la depresión a la par que se atienden las enfermedades físicas dentro de los servicios médicos. Es pertinente mencionar que se ha descubierto que en los subsecuentes episodios depresivos hay un menor grado de discapacidad que el del primer episodio y la capacidad para recuperarse con mayor rapidez aumenta (Goldberg, 2000).

A pesar de lo anterior, llaman la atención los hallazgos de investigaciones en donde la discapacidad y la depresión no correlacionan significativamente, no obstante que está presente una condición médica, como la psoriasis (Richards, Fortune, Griffiths, Main, 2001), la enfermedad cardíaca coronaria (King, 2001), o el SIDA. Respecto a la psoriasis resulta interesante que a pesar de que algunos autores han reportado que alrededor del 10 por ciento de los pacientes presentan depresión (Gupta, Schork, Gupta, Kirby y Ellis, 1993) y que el grado de discapacidad que presentan es comparable al observado en personas con cáncer, artritis, hipertensión, enfermedad cardíaca y diabetes (Rapp, Feldman, Exum, Fleischer y Reboussin, 1999), se ha descubierto que la percepción de la enfermedad es la más consistente de las variables para explicar la varianza en discapacidad, depresión, preocupación y estrés relacionado a la psoriasis, pero no se asoció significativamente con ansiedad (Fortune, et al., 2002). En cuanto al SIDA, Ferrando et al. (1998), estudiaron la relación entre la enfermedad física, la fatiga, la depresión y la discapacidad y se reportó que de 162 hombres con VIH+, el 42% tenían discapacidad, en comparación con sólo el 4.2% en aquellos con VIH- (N= 46). Sólo 13 de los hombres con VIH+ tenían el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Los hombres con VIH+ deprimidos tenían mayor probabilidad de cursar con fatiga clínica, pero no reportaron más limitaciones físicas que el otro grupo y tenían poca probabilidad de presentar discapacidad. Como se esperaba, la discapacidad se correlacionó positivamente con la fatiga, los síntomas del VIH, las infecciones oportunistas y las limitaciones físicas; sin embargo, la discapacidad no se correlacionó significativamente con la depresión. Se obtuvieron resultados similares en cuanto a la

fatiga en una investigación en la que se examinó la magnitud en que fatiga y discapacidad se correlacionaban con la severidad de la sintomatología depresiva en pacientes con hepatitis C (Dwight et al., 2000). Se vio que los trastornos depresivos eran comunes en la muestra y la gravedad de los síntomas depresivos se asoció mucho con el grado de fatiga presente incluso después de controlar la enfermedad hepática y la comorbilidad médica. Aunado a esto, los pacientes deprimidos tendían a reportar otros síntomas médicamente no explicados que los pacientes no deprimidos; sin embargo, los resultados acerca de la correlación entre la gravedad de la enfermedad hepática, medida por biopsia y la discapacidad son opuestos a lo encontrado por Ferrando et.al. (1998), ya que aquí la depresión pareció tener un impacto más significativo en la fatiga y en el funcionamiento.

Es muy probable que haya otros factores, además de la fatiga y el tipo de enfermedad, que modifiquen la relación entre la depresión y la discapacidad, como son el dolor y las creencias acerca de la enfermedad física, así como el sexo de los pacientes y que han sido estudiadas en el caso de pacientes con artritis reumatoidea (Sharpe, Sensky y Allard, 2001; Mangelli, Gribbin, Büchi, Allard y Sensky, 2002). Se ha sabido que el estado de ánimo se deteriora significativamente a través del tiempo, sobre todo en los primeros dos años de la enfermedad y que la mayor parte de las personas afectadas son mujeres, pero además se descubrió que se puede predecir que las personas con altos niveles de discapacidad, que reportan mucho dolor y creen que la artritis reumatoidea conlleva consecuencias negativas serias, tienen mayor probabilidad de estar deprimidos a futuro y por ello es necesario hacer un manejo de las creencias que el paciente tiene acerca de la enfermedad física y aquí es donde entra en algunas investigaciones lo que se ha llamado auto-eficacia, que se refiere a los juicios personales acerca de qué tan bien cree esta persona que puede realizar determinadas conductas en situaciones particulares.

Estudios transversales y longitudinales han aportado evidencia de que la intensidad del dolor es el mayor predictor de la magnitud de la discapacidad (Dickens, Jayson y Creed, 2002) y los pacientes con dolor crónico, a menudo hacen comorbilidad con depresión, sin estar muy claro si el dolor es manifestación de la depresión, o si la depresión aparece posteriormente. En un estudio en que se evaluó la epidemiología del

trastorno depresivo mayor en América Latina (Knowles, Brnabic, Kruger Malpartida, Saavedra, Castillo Ruiz, Moreno, Morra y Dueñas, 2004) encontraron que 72.6% de los sujetos presentaban comorbilidad entre depresión y dolor físico, siendo el dolor muscular, el dolor cervical y la cefalea los más severos, y el 13.8% de los pacientes usaban analgésicos para aliviar los síntomas del trastorno depresivo mayor. Dentro del mismo tema, pero tomando en cuenta además la autoeficacia, se llevó a cabo un estudio (Arnstein, Caudill, Mandle, Norris, Beasley, 1999) en el que se evaluó la mediación del dolor relacionado con la discapacidad por autoeficacia y la mediación de la depresión por discapacidad. Participaron 126 personas y la intensidad del dolor se relacionó positivamente con la discapacidad ($r = 0.58$) y con la depresión ($r = 0.49$). La autoeficacia en cambio, se relacionó negativamente con la discapacidad ($r = -0.59$) y la depresión ($r = -0.52$). La discapacidad y la depresión se correlacionaron positivamente ($r = 0.50$), todo lo cual fue consistente con investigaciones anteriores, acerca de que la intensidad del dolor es el factor más importante asociado con la discapacidad y que las personas con dolor crónico se discapacitan más, debido en parte a las creencias de baja auto-eficacia, aún si el dolor es leve o moderado. Es interesante que otras características asociadas a discapacidad ($P < 0.05$) fueron ser de sexo masculino, que el dolor se manifestara en el torso, estar desempleado, recibir pensión por discapacidad y tomar opioides.

En cuanto a la presencia de fatiga, Hickie, Davenport, Issakidis y Andrews (2002) se propusieron determinar la asociación entre fatiga mental y física con la discapacidad, la comorbilidad y la utilización frecuente de los servicios de salud y para ello eligieron pacientes que fueron diagnosticados con neurastenia de acuerdo con los criterios de la CIE-10. Participaron 10,641 personas mayores de 18 años, de los que respondió el 78.1%. Contrariamente a lo esperado la prevalencia no fue mayor en mujeres y hubo mayor comorbilidad con depresión mayor, trastorno de pánico y TAG, sin embargo no se halló que estos pacientes rara vez presentan comorbilidad con una enfermedad física y además estaban poco discapacitados y usaban poco los servicios médicos.

Otro tipo de trastorno somático que hace comorbilidad con la depresión es el vértigo y Monzani, Casolari, Guidetti, y Rigatelli (2001) reportaron que en su muestra, la ansiedad y la depresión eran más frecuentes en mujeres, que había un estado de ánimo más deprimido cuando los pacientes sufrían de trastornos vestibulares centrales que en otras categorías diagnósticas, sin embargo, la limitación auto-reportada en las actividades diarias fue similar en pacientes con y sin alteraciones psicológicas.

La discapacidad en los trastornos esquizofrénicos.

Se estima que aproximadamente 20 millones de personas en el mundo sufren de esquizofrenia, con un uno por ciento de prevalencia, según los estudios de la Organización Mundial de la Salud (Otero, 2004).

La edad de inicio suele ser la adolescencia o primera juventud. Afecta aproximadamente por igual a ambos sexos. El comienzo de la enfermedad puede ser lento e insidioso, con predominio de síntomas negativos (apatía, anhedonia y aplanamiento afectivo), o de forma brusca y aguda, con predominio de síntomas positivos (ideas delirantes, alucinaciones y trastornos del pensamiento).

Haciendo una comparación de los trastornos esquizofrénicos como aparecen en la CIE-10 y el DSM-IV-TR, se observa que ambas clasificaciones están muy apegadas y únicamente se diferencian en que el tipo hebefrénico en el DSM-IV-TR se le llama desorganizado. Además de esto, la CIE-10 considera a la depresión post-esquizofrénica y a los tipos simple y sin especificación (Tabla 6).

Para algunos autores, la esquizofrenia es una enfermedad mental devastadora por las alteraciones que produce en lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual, su costo afecta tanto al individuo como a la sociedad y se presenta en todas las culturas y todos los grupos socioeconómicos. Se estima que sus costos de forma directa e indirecta fluctúan de los \$32.5 a los 65 miles de millones (Wyatt, Henter, Leary y Taylor, 1995). Los pacientes que inician más temprano con la enfermedad tienen peor pronóstico y generan mayor gasto (Andrews, et al., 1985).

Tabla No. 6. Comparación de los trastornos depresivos en los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-IV-TR.

CIE-10		DSM-IV-TR	
F20.0	Esquizofrenia paranoide	F20.0x	Tipo paranoide
F20.1	Esquizofrenia hebefrénica	F20.1x	Tipo desorganizado
F20.2	Esquizofrenia catatónica	F20.2x	Tipo catatónico
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada	F20.3x	Tipo indiferenciado
F20.4	Depresión post-esquizofrénica		
F20.5	Esquizofrenia residual	F20.5x	Tipo residual
F20.6	Esquizofrenia simple		
F20.8	Otras esquizofrenias	F20.8x	Trastorno esquizofreniforme
F20.9	Esquizofrenia sin especificación		

La esquizofrenia es un trastorno heterogéneo y aparece principalmente en la adultez joven y puede producir discapacidades de diferente índole en 25% de los pacientes (Kaplan y Sadock, 1994; Cowley y Wyatt, 1993). En el estudio de Wagner et al. (2000), del uno al dos por ciento de los solicitantes de beneficio por discapacidad, en Estados Unidos, presentaba esquizofrenia. El estudio de seguimiento de Chestnut Lodge (Fenton y McGlashan, 1991 a y b), permitió conocer la historia natural a largo plazo de la enfermedad y se encontró que la esquizofrenia paranoide se asociaba tanto a buen funcionamiento premórbido como a buen pronóstico, mientras que tanto el subtipo hebefrénico como el indiferenciado presentaban todo lo contrario y que en especial los pacientes con tipo indiferenciado terminaban con una discapacidad permanente. Además de estos datos, los autores hallaron que la sintomatología negativa se asociaba a pobre funcionamiento premórbido, inicio insidioso y discapacidad.

Se ha calculado que en Estados Unidos sólo un poco más del 20% de las personas con esquizofrenia se encuentran laborando, el 12% trabajan tiempo completo y aproximadamente dos tercios de la población afectada con la enfermedad están

enlistados en los programas federales de seguridad por discapacidad (Mechanic, Blider, McAlpine, 2002).

Los estudios existentes acerca de la discapacidad que produce la esquizofrenia han explorado la relación entre déficits cognitivos, los síntomas, el funcionamiento psicosocial y la discapacidad. Marder (1988) demostró que el deterioro cognitivo se asocia a una mala adherencia terapéutica y en otros estudios se le identificó como un factor predictor del funcionamiento social adaptativo y del resultado de las intervenciones psicosociales (Bowen, Wallace, Glyn, Nuechterlein, Lutzker y Kuehnel 1994; McKee, Hull y Smith, 1997).

En relación al tema del déficit cognitivo, en otro estudio (Ulug, 2002), no se encontró una relación significativa entre los puntajes de los tests neurocognitivos (medidos a través del Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin y Retención de Dígitos la Escala de Memoria Visual de la Escala de Memoria Revisada de Weschler) y la discapacidad (medida a través del Cuestionario para la Evaluación de las Discapacidades-II de la OMS [WHO-DAS-II]), pero sí entre la sintomatología y la discapacidad. Los síntomas positivos y negativos mostraron la correlación más alta en el dominio cuatro del WHO-DAS-II (aproximarse a la gente). No hubo correlaciones significativas entre las variables sociodemográficas y funcionamiento, sintomatología y discapacidad. Un estudio transcultural llevado a cabo por la OMS para la medición y la reducción de la discapacidad psiquiátrica (Hambrecht, Maurer y Häfner, 1992), se desarrolló de 1976 a 1980 con la participación de siete centros colaboradores (Groningen, Mannheim, Zurich, Sofía, Zagreb, Khartoum y Ankara). Utilizaron el WHO-DAS y en principio, las diferencias de género en la sintomatología mostraron diferentes patrones, la preocupación, el cansancio y la irritabilidad, fueron más frecuentes en mujeres. Un seguimiento de año y medio indicó diferencias de género en los síntomas afectivos y en las conductas sociales con una mayor incidencia de afecto aplanado, aislamiento social, abuso de alcohol y auto-descuido en hombres y más signos de ansiedad situacional y flotante y despersonalización o desrealización en mujeres. Las mujeres tenían pocas oportunidades de recibir cuidado adecuado en comparación con los hombres, a quienes

se les dio prioridad, probablemente porque tradicionalmente se considera a los hombres como los proveedores de la familia.

Walkup y Gallagher (1999) al respecto encontraron que un ligero porcentaje de hombres con esquizofrenia reportó tener una habilidad limitada para manejar dinero (del 38 al 61 %) o para ir a hacer las compras (entre 28 y 41%). Pocos hombres reportaron limitación en su cuidado personal (4 a 8%). Para las mujeres con esquizofrenia la situación fue un poco diferente. Entre el 87 y el 91% reportaron alguna limitación en su habilidad para trabajar debido a su enfermedad. Las mujeres más viejas reportaron más que las jóvenes, dificultades para manejar dinero y salir de compras. Los hombres jóvenes utilizaban con más frecuencia los servicios de salud, en comparación con los más viejos y las mujeres maduras visitaban al médico 12 veces más por año de lo que lo hacía la gente más joven. El 46% de los hombres que sobrepasaban los 55 estaban casados, comparados con menos del 10 % de los jóvenes que también lo estaban. A través de todas las categorías de edad, las mujeres reportaron vivir con alguien. Las más viejas tenían una ligera mayor probabilidad de estar casadas que las jóvenes. En cuanto a amigos, las más viejas tuvieron menor probabilidad de tener dificultad para mantener amigos y en comparación con los hombres, las mujeres estaban menos limitadas en sus habilidades para hacer y mantener amigos.

De los estudios realizados en los 80 acerca de la discapacidad social en pacientes esquizofrénicos, en uno de ellos (De Jong, Giel, Sloof, y Wiersma, 1985) utilizó el WHO-DAS, que había sido diseñado especialmente para el estudio y los resultados mostraron que más de un tercio de los pacientes (37%), tenían consecuencias desfavorables. El curso de otro 27% se consideró poco desfavorable. El restante 36% se dividió en poco favorable (18%) y favorable (18%). Los mismos investigadores (De Jong, Giel, Sloof y Wiersma, 1986) exploraron la relación entre los síntomas positivos y la discapacidad social en un cohorte holandés que participó en el Estudio de Colaboración de la OMS sobre la Medición y la Reducción de la Discapacidad Psiquiátrica. Se llevó a cabo un seguimiento a tres años con evaluaciones cada 12 meses. En dos tercios de los pacientes (64%), las consecuencias sociales tres años después del

inicio eran desfavorables, mientras que cerca de la mitad (49%) tenían malas consecuencias en términos de sintomatología. En un tercio de los casos las consecuencias favorables de la sintomatología se acompañaron de consecuencias desfavorables en el funcionamiento social. Aquí hubo un error, ya que los síntomas negativos, por su naturaleza, se asocian más con el funcionamiento social y con las consecuencias de la enfermedad. El mejor predictor fue el inicio insidioso de la enfermedad. Pocos años más tarde, se volvió a investigar la relación que guarda la discapacidad social con la sintomatología de la esquizofrenia (Rossi et al., 1989) y en los resultados hallaron que los pacientes con admisión voluntaria mostraban asociación significativa entre la severidad del cuadro clínico (evaluado con la Escala de Evaluación Psiquiátrica Breve [BPRS]) y el puntaje en la Lista Conductual Actual (CBS) ($r = -0.46$; $P < 0.05$) por una parte y por otra con conducta anormal ($r = -0.00$; $P < 0.01$). La severidad en la CBS predijo la duración de la hospitalización ($r = -0.51$; $P < 0.01$) en la admisión compulsiva más que en los pacientes con admisión voluntaria ($r = -0.29$; NS). En otro estudio donde también se utilizó el WHO-DAS (Schubart, Krumm, Biehl, Schwarz, 1986), el interés era conocer el curso de la discapacidad en pacientes esquizofrénicos, con un inicio reciente de la enfermedad e hizo un seguimiento a dos años, en los que en la primera medición en donde la muestra no mostró ningún cambio. Cuando los pacientes fueron agrupados en un grupo de consecuencias favorables, uno intermedio y otro de deficientes consecuencias, se detectaron los cambios significativos: el número de pacientes en cada uno de los dos extremos aumentó, mientras que el número de los que estaban en el intermedio disminuyó. En un segundo paso, el perfil de discapacidad se analizó sobre la base de porcentajes de roles sociales específicos. Los análisis se realizaron por separado en pacientes con episodios agudos y en pacientes en “intervalo”. Se esperaba que los pacientes en fase aguda estuvieran más discapacitados en general, debido a que su conducta de rol social estaba mucho más restringida. Comparando los roles sociales específicos dentro de los perfiles, el rol heterosexual (tanto para pacientes solteros como casados) fue el ítem con el mayor porcentaje de disfunción y le siguieron el aislamiento social y el desempeño laboral. En otros ítems como el auto-cuidado y la participación en tareas domésticas, no se reportaron disfunciones severas. La gravedad de la discapacidad no aumentó a través del tiempo y

los pacientes que estaban en episodios psicóticos agudos en el periodo de evaluación tuvieron tasas más altas de disfunción en todos los ítems.

En otra investigación transcultural (Wiersma et al., 2000) se analizó el curso de la esquizofrenia a lo largo de 15 años y de la discapacidad social que produce, y se llevó a cabo en seis países europeos (Bulgaria, Alemania, Irlanda, Holanda, la República Checa y el Reino Unido). Lo que hallaron fue que sólo el 17% de los sujetos no tenían discapacidad y 24% aún sufrían de severa discapacidad. La gran mayoría vivía con su familia, con un compañero o solo. Fue más frecuente un curso deteriorante más que de mejoramiento. El sexo, la edad, el inicio y la duración de la psicosis no tratada o el tipo de remisión durante los primeros dos años no predijeron el resultado a largo plazo de la discapacidad. En la línea base, dos tercios presentaban discapacidad en las relaciones de pareja, el desempeño laboral y se aislaban socialmente (utilizando el WHO-DAS como instrumento); sin embargo, la discapacidad en autocuidado y fricción en los contactos sociales fue menos frecuente. La proporción con discapacidad severa disminuyó gradualmente del 41% en la línea base, al 25% después de 15 años. Lo que se concluye de esto es que la discapacidad disminuye generalmente, pero menos de lo esperado. Parte de este estudio fue el emprendido por Ganev (2000), en donde reporta la evolución de los síntomas psicóticos y la discapacidad observada en pacientes esquizofrénicos de Sofía, Bulgaria. No hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres; sin embargo, los hombres tendían a un inicio más temprano de la psicosis y a tener una discapacidad global más severa, lo cual ha sido reportado en otras investigaciones. Sólo 16 sujetos (29.1%) mostraron mejoramiento, mientras que 25 (45.5%) se deterioraron en el funcionamiento social en los últimos 10 años de seguimiento. 10 de las 11 personas cuyos síntomas empeoraron en el transcurso del estudio estaban igual de mal en su funcionamiento social y ninguno presentó tendencia de mejoramiento de su discapacidad. De los 30 sujetos que mejoraron en sus síntomas, 14 disminuyeron su funcionamiento social, pero ocho mostraron un aumento de su discapacidad social y ocho no mostraron una tendencia clara en el curso de su discapacidad.

Además del WHO-DAS, también se han diseñado otros instrumentos para medir la discapacidad en la esquizofrenia, uno de ellos es el Perfil de Habilidades de Vida (LSP) (Rosen, Hadzi-Pavlovic y Parker, 1989). Que mide dominios como auto-descuido, turbulencia, habilidades sociales limitadas, comunicación deteriorada e irresponsabilidad). En un estudio llevado a cabo por Rosen et al. (1989), se validó dicho instrumento, se demostró la alta confiabilidad test-retest en tres grupos (Parker, Rosen, Emdur y Hadzi-Pavlovic, 1991) y pocos años más tarde Hadzi-Pavlovic y Parker (1995), lo aplicaron a una muestra de 61 mujeres y 57 hombres con el diagnóstico de esquizofrenia, cuyo promedio de edad era de 34.8 años (D.E. 11.8), la mayoría sin pareja, desempleados y recibiendo una pensión por invalidez. El puntaje total del LSP en la línea base se asoció débilmente con el número de admisiones ($r = -0.27$, $P < 0.05$), pero no con la duración de su estadía a lo largo de 12 meses ($r = -0.03$). Las mujeres tuvieron tres veces de probabilidad de ser readmitidas, las razones de momios indicaron que había 1.6 veces de verosimilitud aumentada de readmisión. Las variables univariadas, como no acatamiento de la medicación y desempleo, no mantuvieron su capacidad predictiva en el análisis multivariado, por lo que los autores sugirieron que eran manifestaciones o consecuencias de discapacidad significativa.

Otro instrumento para medir la discapacidad es la Escala de Evaluación de Vida para la Enfermedad Mental (LASMI), que mide cinco categorías de la vida cotidiana en pacientes mentales y se centra en las habilidades sociales. En un estudio se probó la relación entre los puntajes del LASMI y el P300 en 26 pacientes esquizofrénicos crónicos (Iwanami, Yamashina, Kazamatsuri y Kamijima, 1999). En los resultados los síntomas negativos (medidos por la Escala para Esquizofrenia de Síntomas Positivos y Negativos [PANSS]), se correlacionaron con vida cotidiana ($r = 0.622$, $P < 0.01$), relaciones interpersonales ($r = 0.608$, $P < 0.01$) y trabajo ($r = 0.451$, $P < 0.05$). Estos resultados indicaron que los síntomas negativos son una de las causas de la discapacidad en la vida cotidiana. La latencia del P300 no correlacionó con ningún puntaje del PANSS o del LASMI, a pesar de que se ha encontrado que los pacientes esquizofrénicos con trastorno del pensamiento presentan amplitud más pequeña en el P300.

La discapacidad que produce la esquizofrenia, parece ser más severa que en otro tipo de trastornos mentales; sin embargo, algunos estudios han encontrado lo contrario, por ejemplo Rahman e Indran (1997) en su estudio emplearon el WHO-DAS y compararon la frecuencia y la severidad de las discapacidades psiquiátricas entre pacientes con esquizofrenia crónica y con trastornos del estado de ánimo crónicos. Participaron 80 pacientes crónicos con esquizofrenia y 48 con trastornos de ánimo también crónicos. El 72% de los esquizofrénicos estaba desempleado, mientras que en los de estado de ánimo, el 35% ($P < 0.05$). 14% de los esquizofrénicos crónicos nunca había asistido a la escuela, comparado con el 2% de los crónicos del estado de ánimo. El aislamiento social fue el síntoma más prevalente en ambos grupos. El 65% de los esquizofrénicos crónicos tenían alguna forma de disfunción, que iba de lo mínimo a lo muy severo y en el mismo aspecto el 60% de los crónicos del estado de ánimo, estaban afectados. No hubo diferencias en la severidad de la disfunción entre los dos grupos ($P < 0.05$).

En un estudio realizado en México, se determinó el funcionamiento psicosocial y su relación con las características clínicas en un grupo de pacientes con primer episodio psicótico a un año de seguimiento (Fresán et al., 2002). Utilizaron la Escala de Funcionamiento Psicosocial y encontraron que al inicio del estudio el funcionamiento global fue similar en el grupo con esquizofrenia en relación con el grupo con psicosis afectiva; sin embargo, a los 12 meses de seguimiento, el grupo con esquizofrenia se deterioró más en su funcionamiento y había diferencias significativas respecto al grupo con psicosis afectiva. En otro estudio similar (Fresán et al., 2003), se estableció la diferencia de género en las características clínicas y el funcionamiento premórbido, así como su relación con el Período de Psicosis No Tratada (DPNT) en un grupo de pacientes con primer episodio psicótico. Utilizaron la Escala de Ajuste Premórbido y en sus resultados se observó que el promedio del período de la psicosis no tratada de la muestra fue de 60.5 a 75.3 semanas, con una mediana de 28 semanas y no se encontraron diferencias en la DPNT entre hombres y mujeres. La DPNT fue mayor en las personas con bajo funcionamiento premórbido y el funcionamiento premórbido fue más bajo en los hombres, con mayor deterioro durante la adolescencia y la edad adulta.

Dentro de la discapacidad social se habla de un modelo llamado de vulnerabilidad (Carter y Flesher, 1995) en donde los déficits neuropsicológicos y cognitivos son marcadores de esta vulnerabilidad y es crucial que el mejoramiento de estos déficits se acompañe de mejoramiento en lo social. La compleja relación entre micro-déficits de ejecución, déficits de habilidades y falla social apenas empiecen a ser explorados. Desafortunadamente, remediar los microdéficits no garantiza la adquisición de habilidades sociales. De manera similar, la adquisición de una habilidad social no garantiza un mejor funcionamiento social. Los problemas sociales de los esquizofrénicos se han enfocado a las habilidades sociales. En los pacientes esquizofrénicos es de particular interés el deterioro de la atención, un constructo relacionado a la cognición y el afecto y se ha hablado de una falla para involucrarse en un procesamiento de esfuerzo activo. Los autores hacen una distinción entre socialización primaria y socialización secundaria. La socialización primaria es la que establece los cimientos para el desarrollo del self social, la cual le permite al individuo negociar competentemente las demandas de la vida adulta. La socialización secundaria es el proceso que ocurre cuando el individuo es capaz de establecer una comunicación simbólica y desarrollar un sentido social del self. Las terapias de habilidades sociales que se usan con pacientes esquizofrénicos se dirigen principalmente a la inducción de conductas sociales primarias a través de técnicas como el ensayo, el modelamiento y el feedback. En una vía muy diferente, los tratamientos psicodinámicos parecen enfocarse en rehacer el proceso temprano de socialización, ya que se considera que las fallas en la relación objetal temprana, impactan negativamente en el subsecuente ajuste social. Muchos de estos enfoques dinámicos se centran en rehacer el proceso primario de socialización, sin embargo, pocos pacientes esquizofrénicos pueden ser candidatos a este tipo de tratamiento, porque aunque completen las tareas de la socialización primaria no se garantiza que sean capaces de negociar la socialización secundaria exitosamente.

Un factor que puede intensificar la discapacidad entre las personas con esquizofrenia es el abuso de sustancias. También se le ha asociado a mal pronóstico, ya que provoca recaídas y altas tasas de rehospitalización (Ayuso-Gutiérrez y del Río Vega,

1997). Al respecto, en una muestra de pacientes esquizofrénicos con uso y abuso de cocaína (Shaner et al., 1995), se encontró que los síntomas psiquiátricos eran más severos en los días en que la cocaína estaba presente en orina y los pacientes tendían a ser hospitalizados unos pocos días después de alcanzar un pico en el uso de la sustancia. Estos pacientes recibían una pensión por discapacidad, sin embargo, esto también era un factor que propiciaba el aumento de su discapacidad, ya que durante la última semana del mes los vendedores de droga les daban crédito y a la siguiente semana, que era cuando los pacientes esquizofrénicos recibían su pago por discapacidad, debían pasar parte de sus ingresos al vendedor. Esto es alarmante, ya que estas pensiones en lugar de proteger la dignidad de los pacientes, se convertían en una cadena de eventos en donde se involucraban el uso de cocaína, la exacerbación de síntomas, la carencia de hogar y la hospitalización psiquiátrica.

Una condición que se ha asociado con la esquizofrenia y que ha sido documentada es la discapacidad del aprendizaje, las razones de esta relación, aún son desconocidas y se ha hipotetizado que la discapacidad de aprendizaje sea una forma maligna de esquizofrenia. En un estudio (Doody et al., 1998) en el que se compararon 39 pacientes con esquizofrenia y discapacidad del aprendizaje, con otros dos grupos, uno con 34 controles que cursaban sólo con esquizofrenia y otro con 28 controles que presentaban solamente discapacidades del aprendizaje. El 44.1% de las personas con esquizofrenia vivían solas, contrastando con sólo el 12.8% de los sujetos comórbidos y el 17.9% de los sujetos con discapacidades del aprendizaje. Los que presentaban comorbilidad tuvieron mayor probabilidad de tener una historia de epilepsia que los sujetos controles con esquizofrenia, pero no más que los controles con discapacidad del aprendizaje. Cinco de los sujetos comórbidos y cuatro de los controles con discapacidades del aprendizaje tuvieron una historia de meningitis, encefalitis o de lesiones craneoencefálicas con pérdida de la conciencia. Dos sujetos comórbidos, dos sujetos controles con discapacidades del aprendizaje y cuatro controles con esquizofrenia habían estado en prisión. El grupo comórbido tenía significativamente más síntomas negativos, pero no demostró diferencias en los positivos o en los perfiles generales del grupo control con esquizofrenia. Se les aplicó el Test de Memoria Conductual de

Rivermead y los tres grupos presentaron deterioro en la memoria. El grupo comórbido y el control con discapacidad del aprendizaje mostraron signos suaves neurológicos y el 43% de los sujetos comórbidos tenían familiares de primero o segundo grado con discapacidades del aprendizaje. Los hallazgos anteriores sugerirían una etiología genética en ambos trastornos, sin embargo, es necesaria mayor investigación al respecto. Acerca de este componente genético, se llevó a cabo un estudio en el que se mapearon los puntos de quiebra cromosómicos 18 (p11.3q21.1) en tres hermanos (Hampson et al., 1999), en donde uno tenía discapacidad de aprendizaje, otro esquizofrenia crónica y el tercero sin evidencia de algún trastorno. Se encontró que el fenotipo de los tres portadores de la inversión del cromosoma 18 fue marcadamente diferente en cada caso. La co-ocurrencia de una inversión pericéntrica, inv18 (p11.3 q21.1) con manifestación de esquizofrenia en un hermano y discapacidad de aprendizaje en otro, sugiere la posibilidad de que una de estas quiebras en el cromosoma, pudo haber interrumpido la estructura o la función de un gen que juega un papel en el desarrollo o función normal del cerebro, esto predispuso al portador a desarrollar psicosis. Continuando en esta vertiente biológica, se investigó la neuroanatomía de pacientes con discapacidad del aprendizaje y esquizofrenia (Sanderson et al., 1999) y para ello se compararon 23 pacientes esquizofrénicos con un Coeficiente Intelectual (CI) premórbido de 50 a 70 contra otros dos grupos, uno de 20 sujetos con discapacidad intelectual y otro de 25 sujetos con esquizofrenia. Se les tomaron Imágenes de Resonancia Magnética (IRM) y el scan de uno de los pacientes del grupo de discapacidad del aprendizaje mostró alteración sustancial de la anatomía cerebral, probablemente como resultado de neurocirugía en el periodo posnatal. El grupo de discapacidad del aprendizaje tuvo los volúmenes ventriculares más grandes; hubo diferencias significativas entre este grupo y el de esquizofrenia, excepto en el caso del tercer ventrículo. De manera similar, en el volumen total del cerebro el grupo comórbido se asemejó al grupo comórbido más que el grupo con discapacidad del aprendizaje. La comparación de los volúmenes de la rama de los complejos amigdalohipocámpales mostró que no hubo diferencias significativas entre los grupos con esquizofrenia, discapacidad del aprendizaje o ambas. Sin embargo, después de controlar los efectos del volumen cerebral total, el análisis mostró que los complejos izquierdo y derecho amigdalohipocámpales eran significativamente más

pequeños en el grupo comórbido que en los grupos con discapacidad de aprendizaje. Estos hallazgos apoyarían la hipótesis de que la comorbilidad entre la discapacidad de aprendizaje y la esquizofrenia es una forma severa de esquizofrenia, más que una consecuencia de la discapacidad de aprendizaje. En un estudio de validación de la Lista de Medición Psiquiátrica para Adultos con Discapacidad del Desarrollo (PAS-ADD) (Moss, Prosser y Goldberg, 1996), que es una entrevista semi-estructurada diseñada específicamente para la detección de trastornos mentales en gente con discapacidad del aprendizaje y se deriva de otra entrevista llamada SCAN y la contesta un informante clave. El promedio de edad de la muestra fue de 37 años y la proporción de casos de esquizofrenia detectados por el PAS-ADD aumentó con el número de síntomas nucleares activos identificados por el informante. Cuando dos o más síntomas nucleares se indicaban, el PAS-ADD detectó un 71% de casos. El criterio cumplido más frecuentemente fueron las alucinaciones auditivas en tercera persona. Este estudio evidenció que las bases en las que los clínicos diagnostican esquizofrenia en gente con discapacidad del aprendizaje amerita más investigación y que aunque la esquizofrenia es uno de los diagnósticos más comunes en pacientes con discapacidad del aprendizaje, pueden no cumplir con los síntomas de primer rango que se consideran en la evaluación clínica y el uso de síntomas negativos para diagnosticar esquizofrenia en esta población es de cuestionable validez.

El deterioro cognitivo es considerado por muchos como la característica fundamental de la esquizofrenia. Frith, Leary, Cahill y Johnstone (1991), probaron una técnica llamada lectura de palabra irregular de Nelson que permite determinar el CI premórbido del paciente esquizofrénico. El principio de este test es que el conocimiento de palabras inglesas deletreadas irregularmente alcanza correlaciones altas con el CI y que una vez que la gente aprende como pronunciar palabras inglesas irregulares, como por ejemplo, bouquet, el conocimiento es retenido aún cuando las otras habilidades decaigan. Usando esta técnica los autores pudieron evaluar discrepancias entre CI premórbico y CI actual en 329 pacientes esquizofrénicos de un distrito de salud de Londres y descubrieron que estos pacientes no presentaban diferencia significativa en C.I. premórbido respecto a los sujetos controles cuando la media era de 100 y mostraban una

discrepancia de 16 puntos entre los valores de C.I. premórbido y actual. Resultaría interesante contar con un test equivalente al de Nelson para hispanohablantes que permitiera llevar a cabo una evaluación de CI premórbido y actual en pacientes con esquizofrenia en nuestro país.

Varios estudios se han llevado a cabo usando test conductuales, en particular de memoria y aprendizaje, así como de velocidad y en ellos se ha encontrado que los pacientes con esquizofrenia tienen peor ejecución del esperado (McKenna, Tamlyn, Lund, Mortimer, Hammond y Baddeley, 1990; Saykin, Shtasel, Gur, Kester, Mozley, Stafiniak y Gur, 1994; Nelson, Pantelis, Carruthers, Speller, Baxendale y Barnes, 1990).

Kolb y Wishaw (1983) usaron tests desarrollados en el Centro Neurológico de Montreal y lo validaron en pacientes con lesiones localizadas. Los pacientes esquizofrénicos se desempeñaron mal en las tareas de lóbulo frontal y temporal, pero no en las de lóbulo parietal. Los investigadores sugirieron que los pacientes esquizofrénicos sufrían de daño en lóbulos temporal y frontal, sin embargo, esta conclusión fue muy cuestionada y no ha sido apoyada en el mundo científico. Ha sido importante el reconocimiento del papel que juega el funcionamiento cognitivo en la expresión de la sintomatología y en el funcionamiento social, ya que con esto se evitará que algunos trastornos neurológicos sean malinterpretados como casos de esquizofrenia. Silverstein y Palumbo (1995), dicen que los casos de esquizofrenia en los que hay disfunciones en los procesos cognitivos, la afectividad y el funcionamiento social, con una historia de ajuste social premórbido deficiente, que se parecen a trastornos neurológicos del desarrollo que involucran severas discapacidades del aprendizaje no verbales.

PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD Y TRASTORNOS MENTALES

La protección social en salud

La protección social en salud se refiere a que la población tenga acceso a la protección y cuidado de su salud, a través de la asignación para ese fin de recursos de distinto origen. De acuerdo con Rosenberg y Andersson (2000) se divide en tres subsistemas, seguridad social, asistencia social y seguridad privada, que consisten en lo siguiente:

1. *Seguridad social.* Es un subsistema que protege al trabajador, principalmente al que tiene un trabajo formal y beneficia además a sus familiares dependientes. Como una prestación adicional cubre los medicamentos que necesiten los beneficiarios o asegurados. Es financiado a través de impuestos sobre la nómina, por una parte, y complementada por cuotas que aportan tanto el empleador como el Estado.
2. *Asistencia social.* Es un subsistema financiado con los recursos que el Estado recauda a través de los impuestos generales y específicos. En general cubre a toda la población y tiende a prestar servicios mediante trabajadores de la salud que son funcionarios. En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe no cubre la provisión de medicamentos.
3. *Seguridad privada.* Se refiere a seguros que son contratados por particulares. Se subdivide a su vez en dos modalidades: a través de prima económica que se paga durante determinado tiempo y mediante pagos directos de bolsillo al momento

de hacer uso de los servicios. En Chile se puede elegir entre seguro social y privado. A su vez dentro del privado pueden optar entre varias aseguradoras.

Los dos primeros subsistemas, financiados por el sector público y las cotizaciones de los trabajadores, potencialmente pueden proteger a todos los ciudadanos, sin embargo no siempre lo hacen, ya que a menudo excluyen a grupos de la población como los pobres y los trabajadores informales (Knaul, Arreola, Borja, Méndez y Torres, 2003).

Orígenes de la protección social en salud

La protección social en salud es producto de la sistematización de la atención sanitaria moderna. Sus orígenes se encuentran en el seguro médico gestionado por el Estado puesto en marcha en Alemania, por el Canciller Otto von Bismarck en 1883 (Porter, 2004). A partir de entonces los apoyos sanitarios tuvieron mucha importancia porque los políticos detectaron que era una estrategia para ganar electores, ya que gran parte de ellos tenían secuelas de daños sufridos en el frente de batalla.

En 1911, en Gran Bretaña, el político liberal y después Primer Ministro, Lloyd George lanzó su Plan Nacional de Seguridad, en el que se proponía ofrecer un seguro médico estatal a las clases trabajadoras, con contribuciones por parte del propio individuo, su empresa y el Estado. También se planteaba que los trabajadores asegurados recibieran sus tratamientos a través del médico del seguro y que tuvieran un salario benéfico en las primeras 13 semanas de inactividad por enfermedad (Porter, 2004).

Como se puede apreciar el plan de George fue muy importante en cuanto a la atención sanitaria para la clase trabajadora y en sus características generales se encuentra la forma en que opera el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), sin embargo, también presenta diferencias asociadas al momento histórico, ya que el plan de George beneficiaba más a los hombres, sólo cubría la hospitalización cuando el trabajador era ingresado a un sanatorio antituberculoso y la familia del asegurado no tenía derecho a ser

beneficiario. Como en el caso del seguro médico bismarckiano, este plan fue concedido en esa época para ganarse al electorado.

En Estados Unidos la seguridad social surgió a principios del siglo XX y tuvo que enfrentarse a la oposición de la Asociación Médica Americana (AMA), que argumentaba que era un sistema que le quitaría el pan a la medicina privada. Fue en la época de la Depresión Económica, que con el *New Deal* propuesto por el presidente Franklin D. Roosevelt que la AMA disminuyó su grado de oposición a los seguros médicos ofrecidos por la federación debido a que también surgieron los seguros privados como Blue Cross y Blue Shield donde los clientes pagaban por adelantado (Porter, 2004). Estos hechos reflejan que hasta ese momento en Estados Unidos los servicios médicos eran considerados más como un negocio por parte de los prestadores de los mismos (entre ellos médicos) y percibían como una amenaza a su economía el que los enfermos acudieran a instituciones donde recibirían la misma atención pero de manera subvencionada.

La protección social en salud en México

En México, el surgimiento de la protección social en salud se remonta a los tiempos de la colonia cuando los artesanos de un mismo oficio estaban conformados en cofradías y en cada una de estas se contaba con una caja de ahorros, con la que se ayudaba a sus miembros en caso de enfermedad, accidente, invalidez, vejez o muerte (Soberón, Kumate y Laguna, 1988). En 1879, el médico Manuel Septién y de la Llata funda en Querétaro un servicio para los trabajadores de la empresa Hércules, el cual consistía en que los trabajadores aportaban una pequeña cuota de su salario y a cambio recibían atención médica de todo tipo (Fajardo Ortiz, 2007). Septién y de la Llata también propuso que el Estado mexicano proporcionara atención médica a toda la nación (Carrillo, 2001), sin embargo, eso estaba muy lejos de lo que el Estado consideraba indispensable para la población mexicana, ya que durante el siglo XIX y principios del XX, el gobierno mexicano se limitaba a realizar acciones de control epidemiológico, sobre todo en puertos y fronteras y fue hasta la Constitución de 1917 que a través del artículo 73, se confió a los poderes nacionales la salubridad general del país y se

favoreció el surgimiento tanto del Departamento de Salubridad (actualmente Secretaría de Salud), como del Consejo de Salubridad General (López Rubí, 2002).

En la actualidad, la protección social en salud en México se compone de tres subsistemas: el institucional -que son todos los seguros sociales-, el público -compuesto por la Secretaría de Salud (SSA), el Seguro Popular, el IMSS oportunidades- y el privado.

En lo que respecta a los seguros sociales, el más importante en México es el IMSS, considerado como la institución de seguridad social más grande de América Latina. Se fundó el 19 de enero de 1943 por Manuel Ávila Camacho, Presidente de la república en aquella época. El IMSS surgió como respuesta a las aspiraciones de la clase trabajadora y tiene como finalidades:

- garantizar el derecho humano a la salud;
- la asistencia médica;
- la protección de los medios de subsistencia;
- los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo y
- el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado (Wikipedia, 2007).

En 1959 surgió el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con el objetivo de consolidar la diversidad de sistemas y pensiones. También se crearon otros sistemas de seguridad social fuera del IMSS, como el de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y el de la Comisión Federal de Electricidad (CFE), cuya existencia fragmentó el sistema de salud, ya que no existía una entidad que rigiera a todo el conjunto de instituciones de este tipo (Fernández Téllez, 2002).

Por otra parte, en 1973 disminuyó la expansión del IMSS y se acentuó la inequidad entre población asegurada y la que carecía de servicios, en especial la población campesina. Debido a esto se crearon algunos mecanismos para que este sector tuviera acceso a la seguridad social en forma parcial con recursos de los solidarios de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO). En 1979 se estableció el Programa IMSS-Coplamar, que en 1989 se transformó en IMSS-Solidaridad (Fernández Téllez, 2002).

En cuanto al subsistema público o asistencia social, en 1937 se creó la Secretaría de Asistencia, que en 1943 se fusionó con el Departamento de Salubridad Pública para dar lugar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la cual a partir de la década de 1970 se convertiría en Secretaría de Salud, usando para su identificación las mismas siglas SSA (López Rubí, 2002, Soberón et al., 1988). La Secretaría de Salubridad y Asistencia se creó el 15 de octubre de 1943 y vino a transformar el panorama de atención en salud, ya que se creó con el objetivo de asignar recursos a los servicios coordinados de salud pública de los estados y dar atención asistencial a la población sin seguridad social, lo cual promovió que a partir de entonces las acciones de tipo asistencial fueran más articuladas, y no como en el pasado en donde lo que se llevaba a cabo era a través de servicios vinculados a la caridad religiosa y a la beneficencia pública y privada, los cuales operaban en aislado (Fernández Téllez, 2002, Frenk, 2003).

Un hecho notable en materia de asistencia social fue la creación del Seguro Popular que entró en funcionamiento en 2001, apoyado en el artículo cuarto constitucional que garantiza el derecho a la salud para todos los mexicanos. El Seguro Popular inició como un programa piloto llamado Salud para Todos propuesto para atender a las personas de bajos recursos y también a aquellas que no contaban con los beneficios en salud de una institución de seguridad social, lo cual representaba un problema para el país, ya que hasta el registro del Censo de Población y Vivienda del 2000, el 57.8% de la población del país se encontraba fuera de la cobertura de la

seguridad social y era un porcentaje que se encontraba en mayor riesgo de empobrecimiento por gastos catastróficos en salud (SSA, s/f).

De acuerdo con información de la página electrónica de la SSA, el seguro popular ha respondido a tres objetivos principales:

1. Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud.
2. Crear una cultura de prepago en los usuarios del Seguro Popular de Salud.
3. Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos de salud.

El Seguro Popular actualmente ya no es un programa gubernamental, sino una ley. En abril de 2003 se aprobó la reforma a la Ley General de Salud, en la que se creaba el Sistema de Protección Social en Salud y se elevaba a rango de ley la iniciativa de ampliar el aseguramiento a toda la población mexicana (SSA, 2003, 15 de mayo). La forma en que el Seguro Popular opera es la siguiente: es financiado por una cuota social que proviene de las aportaciones solidarias federal y estatal, así como de la cuota familiar (o cuota social federal) que se determina a través de estudio socioeconómico realizado a la familia interesada, en donde se le ubica en uno de los primeros seis deciles de ingreso (SSA, s/f). La aportación solidaria federal es 1.5 veces la cuota social. A su vez, la cuota social estatal es la mitad de la cuota social federal. Esta estructura financiera intenta homologar la estructura del IMSS, ISSSTE y SSA (Knaul et al., 2003). Respecto a la cuota familiar en algunos estados de la república mexicana como Tabasco, están exentos de dicha cuota los usuarios que tengan un ingreso igual o inferior al salario mínimo, por decisión de Jaime Mier y Terán que en 2005 era Secretario de Salud de dicho estado, ya que afirmó que era demasiado costoso administrar los 20 pesos que aportarían esos usuarios y era perfectamente legítimo que no se les cobrara, así como en el IMSS no se le cobra al que gana salario mínimo (Gómez Dantés y Ortiz, 2005).

Al concluir el 2006, el Seguro Popular cubría 5 100 000 familias en todo el país y se espera cubrir a toda la población sin seguridad social para el 2010. Hasta el 2006, el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) cubría 255 intervenciones médicas y 285 claves de medicamentos. El 1 de Diciembre de 2006 empezó a funcionar el Seguro Médico para una Nueva Generación, que tiene como objetivo proteger eficazmente en salud a todos los niños mexicanos nacidos en territorio nacional a partir de esa fecha (SSA, s/f).

Situación actual de la protección social en salud en México

En México, tanto en la Constitución como en sus reformas, la salud siempre fue considerada desde el referente de la salubridad. Esto cambió el 3 de febrero de 1983, cuando se publicó en el Diario Oficial de la Federación, una reforma a la Constitución de 1917 en la que se incluyó el derecho a la protección en salud. En esta reforma se consideró el concepto de la Constitución de la OMS de 1946 en la que se expresa que la salud es un bien social y cultural que el Estado sólo podrá proteger, acrecentar y restaurar con la participación de la sociedad (Aarún Ramé, 2002).

La salud es una garantía que se encuentra contemplada en el artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2001) y a la letra dice:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución (p. 3).

Un evento muy importante a nivel mundial en materia de salud fue la declaración del 12 de septiembre de 1978 de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata, en la entonces Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), en dicha conferencia se hizo un llamado a los gobiernos, agentes de

salud y de desarrollo, así como a la comunidad mundial, para que adoptaran de manera urgente medidas para promover y proteger la salud de todos los seres humanos. En las consideraciones principales de la Declaración se sostenía que la salud era un derecho que no se cubría con mero asistencialismo y que para promoverla era imprescindible reconocer el derecho a la participación de la comunidad (Aarún Ramé, 2002).

Uno de los compromisos de México en la reunión mundial de Alma-Ata fue que en el año 2000 todos los mexicanos deberían tener acceso al paquete básico de servicios de salud (Aarún Ramé, 2002), lo cual de alguna manera se cumplió hasta el 2001 con la entrada en funcionamiento del programa piloto Salud para Todos, que en poco tiempo se transformaría en el Seguro Popular.

A pesar de lo anteriormente expuesto, existen situaciones que deben mejorarse en relación a la protección social en salud. Rosenberg et al., (2000) dicen que en América Latina y el Caribe la protección social en salud no ha funcionado de la manera debida ya que excluye socialmente a grandes segmentos de la población.

Una primera medida de exclusión que consideran es el gran número de personas que no gozan de seguridad social. En América Latina y el Caribe, la seguridad social cubre a los trabajadores formales, a los que se les retiene una parte de su ingreso y ya sea, el gobierno o el empleador cofinancia la prima del seguro que cubre tanto la jubilación como las prestaciones de salud. Esta situación es la que ha prevalecido en México hasta el presente, sin embargo, no es un modelo deseable, ya que de acuerdo con Rosenberg et al., (2000), este tipo de sistemas de seguridad social excluyen a cerca del 40 por ciento de la población en América Latina y el Caribe. En México nada menos que de 47 millones de persona económicamente activas, sólo 16 millones gozan de seguridad social (Martínez Villalba, 2007). Una expresión de este tipo de exclusión es el hecho de que en nuestro país el aseguramiento, el gasto público en salud y por consecuencia, la infraestructura y los recursos humanos en salud se concentran en los estados más ricos, ubicados al norte de país (Knaul et al., 2003).

Una segunda medida considera las disparidades de acceso, ya que aunque una persona tenga derecho a los servicios de salud, por ubicación geográfica no puede llegar adonde están dichos servicios o no existen en su comunidad. El número de estas personas está estimado en 107 millones y se ha asociado este fenómeno a la pobreza. Sin embargo, la cifra podría ser aún mayor, ya que se ha ponderado que el número de personas que viven por debajo de la línea de pobreza en América Latina y el Caribe asciende a 121 millones. Por otra parte considerando el porcentaje de población que no tiene acceso al agua potable y alcantarillado, indicadores que sirven para medir el acceso al saneamiento básico, el número podría aumentar a 152 millones de personas excluidas de los servicios de salud.

Los problemas mencionados son un reto para los gobiernos de América Latina y el Caribe, los cuales se complican aún más cuando se toma en cuenta la discapacidad que acompaña a la enfermedad de los usuarios de los subsistemas de protección social en salud.

La situación que se ha presentado en México en relación a los subsistemas de protección en salud ha sido inequitativa y durante algunos años con errores en su coordinación, como la que se observó a partir de la década de 1950 cuando surgieron diferentes sistemas de seguridad social aislados entre sí.

En general, en México se ha presentado un problema muy grave que es la falta de coordinación del sistema de salud, situación que ha traído como consecuencia bajos rendimientos en calidad de servicios, duplicidad e insuficiencia de cobertura (Fernández Téllez, 2002).

De acuerdo con la OMS (2000), el principal problema de salud en México es el de la Justicia y Equidad en la contribución financiera, lo cual se ve reflejado en el informe sobre la salud en el mundo, ya que ocupó el lugar 144 de entre 191 países en cuanto a contribución financiera como protección contra el riesgo financiero. Esto quiere decir que a lo largo del siglo XX se estructuró un sistema en salud muy

inequitativo en términos financieros, lo cual ha propiciado que los pobres gasten en salud proporcionalmente más de su precario ingreso en comparación con los ricos (Cruz Rivero, Luna Ruiz, Coello Levet, Stabridis Arana, Mexicano Melgar y Morales Barrero, 2007a).

Estableciendo una comparación con otros países, se encuentra por ejemplo, que en 2002, países como Canadá, Costa Rica, Francia, Japón y Reino Unido, hicieron un gasto gubernamental en salud del 70% y privado del 30%. En el mismo año sucedió lo contrario en México, el gasto público fue de 44.9% y el gasto privado fue de 55.9%. Esto pone al descubierto que en nuestro país el Gasto de bolsillo de los hogares es el pilar básico del financiamiento de los servicios de salud, lo que es extremadamente inequitativo e ineficiente; así en el 2002 el gasto de bolsillo de las familias representó el 94.6% del total del gasto privado, en cambio los sistemas prepagados tan sólo representaron el 5.4% del gasto privado en salud.

Debido a lo anterior se estimó necesario ampliar la cobertura del seguro popular (Cruz Rivero et al., 2007a, SSA, 2003), sobre todo para que los usuarios reciban sus medicamentos dentro de la atención, ya que de acuerdo con el Plan Nacional de Salud (SSA, 2001), el 52% de la población hace ese gasto, lo cual genera diversas consecuencias económicas cuando el desembolso es grande, principalmente en la población de menos ingresos económicos. Además, es sabido que los gastos catastróficos en salud están relacionados con las enfermedades crónicas, las cuales son más comunes entre los hogares pobres (Knaul et al., 2003).

Discapacidad, enfermedades profesionales y trastornos mentales

En México, la Constitución Política, en su Artículo 4º. habla del derecho de toda persona dentro del territorio nacional a la protección de su salud por parte de las instituciones oficiales. En materia de salud mental, la Ley General de Salud aborda la atención de estos problemas en el Artículo 74 y comprende dos puntos:

- I. La atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas;
- II. La organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales.

Ambos puntos se pueden contemplar tanto en los tratamientos que se ofrecen a nivel de asistencia social, a través de instituciones como la SSA y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), como a nivel de seguridad social que en el país se brinda a través del IMSS y el ISSSTE, principalmente o a través de la modalidad del Seguro Popular.

Lo que se refiere a la protección que otorga la seguridad social a las personas que cursan con una discapacidad secundaria a una condición de salud, se expresa en la Ley del Seguro Social (Última actualización del 5 de marzo de 2004), y lo que cubre son las denominadas enfermedades de trabajo, que define en el Artículo 43 y especifica en el Artículo 45, como se ve a continuación:

Artículo 43. Enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajo se vea obligado a prestar sus servicios. En todo caso serán enfermedades de trabajo las consignadas en la Ley Federal del Trabajo.

Artículo 45. La existencia de estados anteriores tales como discapacidad física, mental o sensorial, intoxicaciones o enfermedades crónicas, no es causa para disminuir el grado de la incapacidad temporal o permanente, ni las prestaciones que correspondan al trabajador.

En la Ley Federal del Trabajo, lo relacionado a las enfermedades de trabajo, se aborda en el título noveno en los artículos 473, 475, 478, 479, 480, 481 y 513. Respecto a estos, el Artículo 475 enuncia lo mismo que el Artículo 43 de la Ley del Seguro Social y el 481, lo mismo que el Artículo 45 de la mencionada Ley. Los artículos 478, 479 y 480 definen incapacidad temporal, incapacidad permanente parcial e incapacidad permanente total, como se aprecia a continuación:

Artículo 478. Incapacidad temporal es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo.

Artículo 479. Incapacidad permanente parcial es la disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar.

Artículo 480. Incapacidad permanente total es la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo durante el resto de su vida.

El Artículo 513, enumera todas las enfermedades de trabajo y las profesiones a las que se asocian. De un total de 162 categorías, únicamente la número 161 se refiere a una enfermedad de tipo mental, que aparece denominada como neurosis y aparece asociada a pilotos, aviadores, telefonistas y otras actividades similares, con lo cual se restringe en gran medida el número de incapacidades que pueden ser expedidas a diferentes sectores de la población trabajadora debido a una enfermedad mental. Así por ejemplo, en un estudio realizado con información del IMSS, se identificó que entre los trabajadores de la maquila no se reportan enfermedades profesionales, sin embargo, las cifras de demanda de consulta son elevadas.

En el caso de dos empresas de la electrónica que fueron incluidas en un estudio, se reportaron tasas de 246.3 y 247.4 por cien años persona (Villegas, Noriega, Martínez y Martínez, 1997); para el caso de una procesadora de mariscos, la tasa correspondiente fue

de 441 (Villegas et al., 1997). En el mismo estudio también se analizaron las patologías asociadas al trabajo. Las relacionadas con el estrés ocuparon el primer lugar de las causas de consulta. En las trabajadoras de la maquila de mariscos, los trastornos psíquicos y psicosomáticos representaron casi el 50% de la morbilidad reportada a través de los expedientes de la seguridad social. En la maquila de electrónica, predominaron neurosis, cefalea tensional, gastritis, colitis, hipertensión, mialgias y neuralgias. Sin embargo, los resultados de estos estudios contrastan con la información oficial, ya que en esas estadísticas se diagnosticó un promedio de nueve casos de neurosis por año durante el periodo de 1984 a 1994. Estas cifras representaron en 1994 el 0.3% del total de enfermedades profesionales contabilizadas, lo cual evidentemente no refleja lo que está ocurriendo entre los trabajadores.

De acuerdo con lo enunciado en la Ley Federal de Trabajo, es un número muy reducido de profesiones las que pueden afectarse debido a una condición mental de salud, en específico de neurosis, o sea que constituye una enfermedad no profesional en la mayoría de los trabajos como sucede por ejemplo, en los trabajadores de la maquila que se mencionan líneas arriba.

Consultando la jurisprudencia, se encontró que tres amparos presentados en 2001 ante el Segundo Tribunal Colegiado en Materia de Trabajo del Sexto Circuito, tuvieron un fallo a favor al acreditar la relación causal entre la enfermedad no profesional y el medio laboral, con apoyo en el Artículo 782. Esto es significativo, ya que si se gana un amparo más, es posible que dicho tema se convierta en Ley y entonces se reconocería que una enfermedad no profesional también podría ser causada por el medio laboral, con lo que el trabajador tendría derecho a ser cubierto por algún tipo de incapacidad. En el campo de la salud mental que nos ocupa esto resulta controvertido, ya que entonces cualquier trabajador podría reclamar su derecho a por cursar con alguna condición psicopatológica relacionada por lo menos con alguna categoría de ansiedad o depresión (que pueden ser consideradas formas de neurosis). Sin embargo, esto implica un análisis más amplio y cabe preguntarse si se reproduciría la misma situación que se ha dado en otros países donde a partir de que los trastornos mentales son cubiertos por la seguridad

social, llegan en ocasiones a rebasar en demanda de beneficios tanto monetarios como de servicios, a las condiciones de salud física, lo cual se ilustra en la siguiente sección.

Protección social en salud y trastornos mentales

La atención a la salud mental es un tema muy importante, ya que prácticamente todas las personas tienen riesgo de presentar un problema de este tipo en algún momento de su vida, ya que la salud mental es un proceso dinámico que puede ser afectado por factores biológicos y psicosociales y no necesariamente se manifiesta en la forma de un trastorno mental (Escandón Carrillo, 2000, Valencia Collazos, 2007).

A pesar de lo relevante de esto, la atención sólo ha llegado a minorías, dentro de las poblaciones que la necesitan. La OMS (2001b) al respecto ha revelado que más del 40% de los países carecen de política de salud mental, más del 30% de los países carecen de un programa de salud mental, más del 25% de los países carecen de medicación psiquiátrica básica en la atención primaria de salud y el 70% de la población mundial tiene acceso a menos de un psiquiatra por 100 000 habitantes.

Esta situación puede ser mejorada a través del desarrollo de servicios y políticas gubernamentales que hagan coincidir las intervenciones eficaces y las intervenciones disponibles, y que se integre la salud mental en los servicios de salud general, específicamente en la atención primaria de salud, con lo cual se reduciría la carga que representan los problemas de salud mental (OMS, 2001b). En algunos países se han hecho modificaciones de este tipo y entonces se vio que la demanda de protección social en salud para este tipo de problemas era muy alta.

En Estados Unidos desde la década de los 80, tanto la utilización de beneficios de seguridad social, como de asistencia social y de contratación de seguros privados, se debe principalmente a trastornos mentales (Druss, Rosenheck y Sledge, 2000, Perrin, Kuhlthau, McLaughlin, Ettner y Gortmaker, 1999). Una situación similar tuvo lugar en Finlandia, donde durante la misma década la principal causa de pensión por discapacidad era la enfermedad musculo-esquelética, lo cual se modificó en los 90, cuando pudieron

ser cubiertos los trastornos mentales y entonces se colocaron en primer lugar (Salminen, Saarijärvi y Raitasalo, 1997).

En general los trastornos mentales necesitan una gran cantidad de presupuesto del sistema de protección social, que obviamente está ligado estrechamente con el desarrollo económico de los países, lo cual se ve reflejado en el complejo habitacional público de Kitaku, Tokio, que entró en auge en los 70, época del gran desarrollo económico del Japón. En ese tiempo también se promulgó la Ley de Protección a la Vida, que benefició con alojamiento y pensión a individuos en desventaja social. El 75% de los residentes de estas viviendas eran pacientes psiquiátricos, especialmente sujetos con esquizofrenia, quienes vivían como si estuvieran en una prolongación espacial del hospital psiquiátrico. Estas personas previamente habían tenido la experiencia de vivir solos, eran solteros, habían cursado con el trastorno mental por más de 10 años y contaban con múltiples hospitalizaciones (Hayashi, Ochi y Komine, 1986).

Este gran consumo de recursos económicos a través del sistema de protección social en salud, presente en la atención de los trastornos mentales también se ha observado en América Latina. En una revisión de expedientes de 1985 a 1990 del Instituto Peruano de Seguridad Social, los autores revisaron 6,239 expedientes de invalidez por enfermedad común, de los archivos de la Comisión Médica de Evaluación del Sistema de Pensiones y Regímenes Especiales y encontraron que el retraso mental (16.8%) era la primera causa de invalidez definitiva por enfermedad y en segundo lugar se ubicó la esquizofrenia (13.1%). El 43.5% de los pensionados inválidos por enfermedad común cobraban pensión por invalidez definitiva, y el 34% tardaban entre uno y tres años para recuperar su capacidad laboral. Los servicios médicos donde se hicieron más trámites por invalidez fueron: neurología (25.4%), psiquiatría (18.6%), neumología (13.2%) y ortopedia (10.7%). El 47.4% de los casos de gran invalidez correspondieron a patología neurológica y el 20.6% a ceguera (Tenorio Maureira y Portocarrero Navarrete, 1990).

En México la evolución que ha tenido la protección social en salud en lo que se refiere a lo mental es la siguiente: en 1945, la Secretaría de Salubridad y Asistencia puso en funcionamiento el Hospital para Enfermos Crónicos de Tepexpan, estado de México y la granja para Enfermos Mentales en León, Guanajuato (López Rubí, 2002). Esto representó una ampliación en los servicios ofrecidos por el gobierno, ya que desde 1910 se había dado atención únicamente a través del Manicomio General, situado en Mixcoac, más conocido en el imaginario mexicano como la Castañeda, debido a la hacienda del mismo nombre que una vez allí estuvo. El Manicomio General albergó en un inicio a los pacientes que hasta ese momento habían residido en los asilos manicomiales San Hipólito y la Canoa, de la Ciudad de México (Ramos de Viesca y Viesca, 1998), aunque con el correr de los años recibió a enfermos mentales de todo el país.

En 1959, la Secretaría de Salubridad y Asistencia creó la Dirección de Neurología, Psiquiatría y Salud Mental, así como los hospitales granja en Tlalpan, D.F.; Zoquiapan y Tepexpan, estado de México; Villahermosa, Tabasco; Oaxaca, Oaxaca y Hermosillo, Sonora. Como parte de la reforma psiquiátrica llamada Operación Castañeda iniciada en 1963 y que culminó con el cierre y demolición del antiguo Manicomio General, entre 1965 y 1976, se inauguraron los hospitales psiquiátricos Adolfo M. Nieto y José Sáyago en Tepexpan, estado de México, Fernando Ocaranza en Tizayuca, Hidalgo, el Hospital Granja La Salud Tlazolteotl, en Ixtapaluca Zoquiapan, estado de México, Samuel Ramírez Moreno en Santa Catarina Tláhuac, Distrito Federal, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en Tlalpan, Distrito Federal, el Instituto Nacional de Neurología y el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, en el Distrito Federal y el Hospital Campestre Rafael Serrano, en El Batán, Puebla. Este conjunto de instituciones psiquiátricas representaron un avance en la atención de trastornos mentales (López Rubí, 2002), sin embargo algunas de estas instituciones presentaron limitaciones, en específico los hospitales granja y campestres, ya que a los pocos años de funcionamiento evidenciaron deficiencias por errores en su administración.

En el 2000 tiene lugar otra reforma psiquiátrica que se inicia en el estado de Hidalgo con el cierre del Hospital Psiquiátrico Campestre Dr. Fernando Ocaranza, que hasta entonces había tenido una función asilar para pacientes psiquiátricos, en su mayoría abandonados y que presentaban un grado avanzado de deterioro global en las funciones mentales. El resultado fue la propuesta del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, impulsado en conjunto por la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental, I.A.P. (Institución de Asistencia Privada), el gobierno Federal a través de la SSA y el gobierno del estado de Hidalgo. El resultado inicial fue la inauguración de Villa Ocaranza y dos casas de medio camino en Pachuca (CONSAME, 2007). La estructura general del modelo se conformó en tres áreas de trabajo (Servicios de Salud de Hidalgo, 2006):

1. *Prevención.* Está constituida por Consulta Externa, Centro de Salud con módulo de salud mental y Centro de Salud con Núcleo Básico.
2. *Hospitalización.* Consta de casas de Villa Ocaranza, Unidad para Agudos y Unidad de Psiquiatría en Hospital General. La hospitalización está planeada para estancia breve.
3. *Reintegración social.* Funciona a través de Casas de Medio Camino, Talleres Protegidos, Cooperativa Benedetto y Terapia Intermedia (que también se brinda en Villa Ocaranza).

A partir del funcionamiento de Villa Ocaranza se ha intentado difundir el Modelo Hidalgo al resto del país, sin embargo, el mismo modelo no ha planteado qué ha de hacerse con los pacientes crónicos que sufren una discapacidad en todas las áreas de la vida y cuya única solución que dio tras el cierre del Hospital Psiquiátrico Campestre Dr. Fernando Ocaranza, fue trasladar a los pacientes asilares a otras unidades.

Además de lo anterior, actualmente en México tanto en el subsistema de seguridad social (principalmente IMSS) como en el de prepago (Seguro Popular), los

pacientes con trastornos mentales son atendidos tanto en consulta de medicina familiar como en consulta de especialidad. Tienen derecho a la provisión de medicamentos que se encuentra en los cuadros básicos de ambos subsistemas, que se ilustran en la Tabla 7, tanto para el IMSS como para el Seguro Popular.

Como se puede apreciar, el IMSS otorga un mayor número de medicamentos psiquiátricos, un total de 37, en comparación con el Seguro Popular que sólo cubre 20. El tipo de medicamentos que no se incluyen en el cuadro básico del Seguro Popular son los antidepresivos modernos y más caros como son los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS), e.g. citalopram, paroxetina y sertralina, los neurolépticos atípicos, que también se caracterizan por ser más caros, eg., olanzapina, quetiapina y risperidona y por último, las benzodiazepinas, e.g., alprazolam, flunitrazepam y lorazepam. Es probable que esto se deba a que los medicamentos anteriores, en especial en el caso de los antidepresivos y neurolépticos mencionados, no existen en genéricos intercambiables.

Tabla No. 7. Cuadro básico de medicamentos psiquiátricos que cubren el IMSS y el Seguro Popular.

GENÉRICO	PRESENTACIÓN	IMSS	SEGURO POPULAR
Alprazolam	Tableta de 2.0 mg. Envase con 30 tabletas tri-ranuradas	X	
Amitriptilina	Tabletas de 25 mg. Envase con 20 tabletas		X
Anfebutamona	Tableta de liberación prolongada de 150 mg. Envase con 30 tabletas	X	
Biperideno	Tableta de 2 mg. Envase con 50 tabletas		X
Bromazepam	Comprimido de 3.0 mg. Envase con 30 comprimidos	X	
Carbamazepina	Suspensión de 100 mg/5mL. Envase con 120 mL y vaso dosificador		X
Carbamazapina	Tableta de 200 mg. Envase con 20 tabletas		X
Citalopram	Tableta de 20 mg. Envase con 14 tabletas	X	
Clonazepam	Solución 2.5 mg/mL. Envase con 10 ml y gotero integral		X

GENÉRICO	PRESENTACIÓN	IMSS	SEGURO POPULAR
Clozapina	Comprimido de 100 mg. Envase con 30 comprimidos	X	X
Diazepam	Solución inyectable de 10 mg/2mL. Envase con 50 ampolletas	X	X
Diazepam	Tableta de 10 mg. Envase con 20 tabletas	X	X
Flunitrazepam	Comprimido de 1 mg. Envase con 30 comprimidos	X	
Flunitrazepam	Solución inyectable de 2 mg. Envase con 3 ampolletas con 1 mL y 3 ampolletas con diluyente	X	
Fluoxetina	Cápsula o tableta de 20 mg. Envase con 14 o 28 cápsulas o tabletas	X	X
Flupentixol	Gragea de 5 mg. Envase con 20 grageas	X	
Flupentixol	Solución inyectable de 20 mg. Envase con una ampolleta de 1 mL	X	
Haloperidol	Solución inyectable de 50 mg. Envase con una ampolleta de 1 mL	X	
Haloperidol	Solución oral de 2 mg/mL. Envase con gotero integral con 15 mL	X	
Haloperidol	Tableta de 5 mg. Envase con 20 tabletas	X	X
Haloperidol	Solución inyectable de 5 mg. Envase con 6 ampolletas (5 mg/mL)	X	X
Imipramina	Gragea o tableta de 25 mg. Envase con 20 grageas o tabletas	X	
Levomepromazina	Suspensión inyectable de 25 mg/mL. Envase con 10 ampolletas de 1 mL	X	
Levomepromazina	Tableta de 25 mg. Envase con 20 tabletas	X	
Litio	Solución inyectable de 5 mg/mL. Envase de 1 ó 5 ampolletas		X
Litio	Tableta de 300 mg. Envase con 50 tabletas	X	X
Lorazepam	Tableta de 1 mg. Envase con 40 tabletas	X	
Moclobemida	Comprimido de 150 mg. Envase con 30 comprimidos	X	

GENÉRICO	PRESENTACIÓN	IMSS	SEGURO POPULAR
Olanzapina	Tableta de 10 mg. Envase con 14 tabletas	X	
Paroxetina	Tableta de 20 mg. Envase con 10 tabletas	X	
Quetiapina	Tableta de 100 mg. Envase con 60 tabletas	X	
Reboxetina	Tableta de 4 mg. Envase con 60 tabletas	X	
Risperidona	Solución oral de 1 mg/mL. Envase con 60 ml y gotero dosificador	X	
Risperidona	Tableta de 2 mg. Envase con 40 tabletas	X	X
Sertralina	Cápsula o tableta de 50 mg. Envase con 14 cápsulas o tabletas	X	
Tioridazina	Gragea de 25 mg. Envase de 30 grageas		X
Tioridazina	Suspensión oral de 200 mg/100 mL. Envase con 200 mL	X	
Triazolam	Tableta de 0.125 mg. Envase con 20 tabletas	X	
Trifluoperazina	Gragea de 5 mg. Envase con 20 grageas	X	X
Valproato de magnesio	Tableta entérica de 185.6 mg. Envase con 40 tabletas		X
Venlafaxina	Cápsula de liberación prolongada de 75 mg. Envase con 10 cápsulas de liberación prolongada	X	
Ziprazidona	Cápsula de 40 mg. Envase con 28 cápsulas	X	
Ziprazidona	Cápsula de 80 mg. Envase con 28 cápsulas	X	
Zuclopentixol	Solución 186 mg/mL. Envase con 40 mL		X
Zuclopentixol	Solución inyectable de 200 mg. Envase con una ampolleta	X	X
Zuclopentixol	Tableta de 25 mg. Envase con 20 tabletas	X	X

Por otra parte también es importante señalar que en ocasiones no hay un abasto oportuno de medicamentos en estas instituciones, por lo que los beneficiarios se ven obligados a efectuar un gasto adicional en su salud, que en muchas ocasiones los lleva a adquirir medicamentos que carecen del certificado de bioequivalencia, como sucede con gran cantidad de los medicamentos similares (Nigenda, Orozco y Olaiz, 2003).

El IMSS además otorga el beneficio de la hospitalización, ya sea en hospitales que son parte del mismo instituto o que están subrogados. También se informa que en la actualidad se brinda la técnica de la ergoterapia, que contemplan como una parte de la psicoterapia encaminada a la rehabilitación, para incorporar a los pacientes psiquiátricos a la vida productiva y a su núcleo familiar. Este programa se desarrolla especialmente en el Hospital Psiquiátrico “Morelos” y se instrumenta a través de personal médico especializado, trabajadoras sociales, profesores de talleres ocupacionales y de actividades deportivas y se lleva a cabo como un Programa Parcial para los pacientes de las clínicas de esquizofrenia, de adicciones, del afecto y Hospital de Día (IMSS, 2007, diciembre 12).

El Seguro Popular cuenta con el Catálogo Universal de Servicios de Salud, que es la “definición explícita de cada una de las intervenciones preventivas, diagnósticas, de tratamiento, hospitalización y cirugía a la que tienen derecho los beneficiarios” (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2007, p. 338).

Los criterios para integrar el Catálogo Universal se obtuvieron de grupos de trabajo del Sistema Nacional de Salud y en lo que respecta al catálogo 2007 está integrado por un listado de 255 intervenciones de salud distribuidas en los siguientes conglomerados:

1. Acciones Preventivas (1-17).
2. Medicina Ambulatoria (18- 101).
3. Odontología (102-109).
4. Salud Reproductiva (110-118).
5. Embarazo, Parto y Recién Nacido (119-139).
6. Rehabilitación (140-142).
7. Urgencias (143-162).
8. Hospitalización (163-186).
9. Cirugía (187-255).

De éstos, la atención a trastornos mentales se contempla en acciones preventivas y en medicina ambulatoria. En acciones preventivas se encuentran:

- *Diagnóstico y consejería del alcoholismo (intervención 7)*. Está dirigida a población con problemas de alcoholismo. Ofrece apoyo psicológico y consejería con la finalidad de formar grupos de autoayuda y promover la participación de los sujetos en programas como Alcohólicos Anónimos (AA). Incluye consulta de medicina general y de especialidad (a juicio del primer contacto). La consejería incluye un promedio de 12 sesiones.
- *Diagnóstico y consejería de tabaquismo en adolescentes (intervención 8)*. Se diagnostica aplicando un algoritmo de intervención médica durante la consulta rutinaria y se envía al paciente a los servicios de salud mental para que lo atiendan médica y psicológicamente. La atención psicológica se organiza en grupos de cinco personas y cada grupo lo coordina un psicoterapeuta. La consejería incluye un promedio de seis sesiones.
- *Detección de trastornos por déficit de atención (intervención 9)*. Está dirigida a escolares. Se realiza anamnesis y se envía al menor a los servicios de salud mental para su atención integral. La consejería incluye un promedio de seis sesiones.
- *Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (intervención 10)*. Está dirigida a población adolescente. Los TCA requieren la atención de un equipo interdisciplinario (médico, nutriólogo, psicólogo y psiquiatra). El médico de primer nivel de atención es fundamental para la detección y canalización que requieren estos pacientes. Se realiza una cuidadosa anamnesis para establecer el diagnóstico. Se utilizan como auxiliares de diagnóstico: entrevista psicológica, medición de peso y talla, biometría hemática, examen general de orina y evaluación nutricional. Las códigos de acuerdo con la CIE-10 que se atienden son F50 trastornos de la ingestión de alimentos, F500 anorexia nerviosa, F501 anorexia nerviosa atípica, F502 bulimia nerviosa, F503 bulimia nerviosa atípica

y F508 otros trastornos de la ingestión de alimentos. Una vez diagnosticado el paciente, se le envía a los servicios de salud mental para atención integral. La consejería incluye un promedio de seis sesiones.

- *Atención médico-psicológica de la violencia familiar y sexual (intervención 17)*. Se da atención en urgencias, anticoncepción de emergencia y pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual en su caso. Los códigos de la CIE-10 que se consideran son: T74 síndromes de maltrato, T741 abuso físico, T742 abuso sexual, T743 abuso psicológico y T748 otros síndromes del maltrato. Una vez atendida el aspecto médico, se envía al paciente a los servicios de salud mental para su atención integral. La consejería incluye de 9 a 12 sesiones de terapia psicológica individual.

Por otra parte, en medicina ambulatoria se encuentran:

- *Diagnóstico y tratamiento de depresión (intervención 97)*. En cualquiera de sus niveles de gravedad se requiere de una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más cortos se aceptan si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. Contempla los siguientes códigos de la CIE-10: F32 episodio depresivo y F33 trastorno depresivo recurrente. El diagnóstico es clínico y abarca la detección en consulta general y tres consultas subsecuentes de control a intervalos de dos meses. También incluye dos consultas de especialidad a intervalo de seis meses y tratamiento farmacológico anual.
- *Diagnóstico y tratamiento de psicosis (incluye esquizofrenia) (intervención 98)*. Contempla la detección en consulta general y tres consultas subsecuentes de control a intervalos de dos meses, dos consultas de especialidad a intervalo de seis meses y tratamiento farmacológico anual. Los códigos de la CIE-10 que considera son: F20 esquizofrenia, F21 trastorno esquizotípico, F22 trastornos delirantes persistentes, F23 trastornos psicóticos agudos y transitorios, F24 trastorno delirante inducido, F25 trastornos esquizoafectivos, F28 otros

trastornos psicóticos de origen no orgánico y F29 psicosis de origen no orgánico, no especificada.

La atención de los trastornos mentales en el sistema de salud del estado de Puebla

El Sistema de Salud del Estado de Puebla está integrado por el IMSS, el ISSSTE, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado de Puebla (ISSSTEP), el Sistema DIF del Estado de Puebla, Cruz Roja Mexicana, delegación Puebla, la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), los Servicios Médicos de PEMEX, la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), los Servicios Médicos de la Secretaría de la Defensa Nacional y la Medicina Privada. La coordinación de estas instituciones está a cargo de los Servicios de Salud del Estado de Puebla (SSEP), de acuerdo con lo estipulado en el artículo 7 de la Ley estatal de salud (Congreso Constitucional del Estado Libre y Soberano de Puebla, 2005), la cual asimismo marca en su artículo 6 como primer objetivo del sistema estatal de salud:

Proporcionar servicios de salud a toda la población del estado y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios del estado y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas (pp. 5-6).

Este objetivo tiene relación con lo revisado anteriormente respecto al compromiso de México en la reunión de Alma-Ata de que para el año 2000 todos los mexicanos debían tener acceso al paquete básico de servicios de salud y de acuerdo con Aarún Ramé (2002), en Puebla, este compromiso se refrendó el 26 de agosto de 2000, con la certificación que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) otorgó a la entidad por haber alcanzado cobertura universal con el paquete básico de servicios de salud.

Tabla No. 8. Derechobabiencia en el estado de Puebla al 13 de octubre de 2005 (INEGI, 2007).

	Hombres	Mujeres	Total
Habitantes en el estado	2 626 412	2 794 047	5 420 459
Habitantes en el municipio de Puebla	710 356	775 585	1 485 941
Derechohabientes en el estado	2 578 664	2 804 469	5 383 133
IMSS	482 725	522 261	1 004 133
ISSSTE	77 803	99 034	176 837
PEMEX, SEDENA O SEMAR	13 293	13 151	26 444
Seguro Popular	238 181	287 478	525 659
Institución Privada	22 592	23 389	45 981
Otra Institución	29 123	36 261	65 384
No derechohabientes	1 651 300	1 759 752	3 441 052
No especificado	69 917	70 993	140 910

Nota: La suma en el total puede ser mayor ya que hay población que tiene derecho a más de una institución de salud.

En institución privada quiere decir que es la población que cuenta con un seguro para acceder a los servicios médicos de instituciones privadas.

En otra institución quiere decir que comprende a la población que accede a los servicios médicos que otorgan los gobiernos estatales y otro tipo de instituciones de salud pública.

Lo anterior contrasta con la información disponible en el perfil sociodemográfico elaborado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), respecto al acceso que tiene la población del estado a los servicios de salud. En dicho documento se asienta que en el año 2005, la población en la entidad ascendía a 5 420 459 habitantes, de los que 1 485 941 residían en el municipio de Puebla (INEGI, 2007). Como se observa en la Tabla 8, la gran mayoría de la población no era derechohabiente de alguna institución, situación que puede aumentar la probabilidad de acudir a servicios de salud privados en caso de enfermedad; en segundo lugar se ubicó la población que es beneficiaria del IMSS y en tercero el sector de la población que en ese momento se encontraba afiliada al Seguro Popular.

Tabla No. 9. Egresos hospitalarios de trastornos mentales y del comportamiento, en las instituciones del sector salud en el estado de Puebla durante 2006 (INEGI, 2007).

Institución	No. de egresos
IMSS	98
ISSSTE	0
ISSSTEP	38
PEMEX	2
Hospital del Niño Poblano (HNP)	2
IMSS Oportunidades	47
SSEP	1 127
Hospital Universitario de la BUAP	6
Sistema Estatal DIF	0
Cruz Roja Mexicana	0
Total	1 320

En lo que atañe en particular a las condiciones de la salud mental en el estado de Puebla, existe poca información disponible. Se cuenta con los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina Mora et al., 2003), en la que se incluyó a Puebla en la región centro-este. Las prevalencias más altas que se presentaron en esta región fueron en primer lugar cualquier trastorno de ansiedad (13.6%) y en segundo, cualquier trastorno afectivo (10.6%), ambas alguna vez en la vida. Aunque estos datos son importantes, no son específicos para el estado. Por otra parte se tiene la información presentada por INEGI (Tabla 9), sin embargo, ésta sólo se refiere a egresos de pacientes que estuvieron hospitalizados y deja fuera a los pacientes atendidos a través de consulta externa por un problema de salud mental. No obstante la limitación de esta información destaca el hecho de que los SSEP atienden al 85.38% de pacientes que requieren hospitalización debido a un trastorno mental y del comportamiento.

Tomando en cuenta que los SSEP son la institución que coordina el sistema de salud en el estado, se esperaría que concentrara información más detallada acerca de la atención en salud mental, sin embargo, no disponen de registros epidemiológicos que documenten prevalencia o incidencia de los trastornos mentales en el estado, sólo cuenta

con los datos proporcionados por el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, en donde dividen la información en pacientes atendidos a través de consulta externa y egresos de pacientes hospitalizados (Tablas 10 y 11).

Tabla No. 10. Los 10 diagnósticos más frecuentes en pacientes atendidos en consulta externa del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano (dependiente de SSEP), durante 2003.

Diagnóstico	No. de casos
1. Esquizofrenias	1008
2. Trastornos depresivos recurrentes	875
3. Otros trastornos de ansiedad	684
4. Trastorno mental debido a disfunción o lesión cerebral	633
5. Episodios depresivos	562
6. Trastorno esquizoafectivo	453
7. Retraso mental	388
8. Trastornos psicóticos agudos y transitorios	270
9. Trastorno afectivo bipolar	238
10. Trastornos de la personalidad	225
TOTAL	5 336

Lo que se aprecia en ambas tablas es que principalmente atienden pacientes con esquizofrenia (18.89% de la consulta externa y 30.35% de los egresos hospitalarios), muy probablemente debido a que es la única institución del subsistema de asistencia social, a nivel estatal, que atiende de manera especializada ese trastorno. En consulta externa se ubican en segundo y tercer lugar el trastorno depresivo recurrente (16.40%) y otros trastornos de ansiedad (12.82%), respectivamente, lo cual de cierta manera es consistente con las prevalencias de alguna vez en la vida de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Es importante aclarar que algunos de los pacientes con esquizofrenia contabilizados en consulta externa también están incluidos en egresos, ya que es a través del servicio de consulta externa que se le ingresa.

Tabla No. 11. Los 10 diagnósticos de egreso más frecuentes en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, durante 2003.

Diagnóstico	No. de casos
1. Esquizofrenia	210
2. Trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral	107
3. Trastorno psicótico agudo	59
4. Trastorno afectivo bipolar	54
5. Trastorno mental por consumo de alcohol	51
6. Trastorno mental por consumo de sustancias psicoactivas	51
7. Retraso mental	50
8. Trastorno esquizoafectivo	41
9. Trastorno de ideas delirantes persistentes	36
10. Trastorno depresivo grave	33
TOTALES	692

Además del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, los SSEP ofrecen atención psiquiátrica en el Hospital General de Puebla, ubicado al sur de la ciudad de Puebla. En dicho nosocomio el servicio de psiquiatría depende del Departamento de Medicina Interna. En el resto de la entidad no existe otra clínica u hospital dependiente de los SSEP que brinde este tipo de servicio.

En cuanto a las instituciones que conforman el subsistema de seguridad social, el servicio de psiquiatría se ofrece en el IMSS, ISSSTE e ISSSTEP, pero presenta la misma limitación que los SSEP, la atención está centralizada en la ciudad de Puebla.

La tabla 12 ilustra el tipo de consulta que se atiende en una institución de seguridad social, en específico, el IMSS. Los trastornos más frecuentes en consulta externa presentan frecuencias mayores a las reportadas por el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, como se puede observar en lo referente a trastornos de ansiedad (29.46%) que ocupa el primer lugar. En esa categoría y en la de episodios depresivos (18.94%), se atiende principalmente a población femenina, hecho que coincide con lo reportado en la literatura (American Psychiatric Association, 2002, Kaplan y Sadock,

1994, Medina-Mora et al., 2003). A pesar de las diferencias porcentuales entre el IMSS y el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, se observa que sus listas de los 10 diagnósticos más frecuentes en consulta externa son muy similares, de hecho coinciden en siete categorías. Llama la atención que en la lista del IMSS el trastorno esquizotípico sea considerado de manera separada respecto a los trastornos de la personalidad y que su frecuencia sea mayor que el resto de los trastornos de personalidad juntos.

Tabla No. 12. Los 10 diagnósticos más frecuentes en pacientes atendidos en consulta de psiquiatría del IMSS, en el estado de Puebla, durante 2003 (población en el rango de edad de los 20 a los 59 años).

Diagnóstico	No. de casos	Masculino	Femenino
1. Otros trastornos de ansiedad	804	212	592
2. Esquizofrenias	670	444	226
3. Episodios depresivos	517	110	407
4. Trastorno afectivo bipolar	202	60	142
5. Trastornos depresivos recurrentes	140	31	109
6. Trastornos somatomorfos	109	76	33
7. Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado	88	54	34
8. Trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física	84	39	45
9. Trastorno esquizotípico	66	21	45
10. Trastornos de la personalidad	49	31	18
TOTALES	2 729	1 078	1 651

De acuerdo con lo presentado anteriormente es claro que la situación actual de la atención a la salud mental en Puebla presenta una gran cantidad de limitaciones, a pesar de que en la Ley Estatal de Salud, el Artículo 29 del Capítulo I (disposiciones comunes), del Título Tercero (prestación de los servicios de salud), se la contempla como uno de los servicios básicos de salud (Congreso Constitucional del Estado Libre y Soberano de Puebla, 2005) y que incluso en el capítulo VII del mismo título, ocupa los artículos que van del 66 al 70, en los que se estipula que la prevención de las enfermedades mentales tiene un carácter prioritario; que la salud mental se promoverá a través de diferentes actividades en donde se coordinarán la Secretaría de Salud Pública y las autoridades para

llevarlas a cabo; que los padres o tutores deberán procurar la atención inmediata a menores que presenten alteraciones de conducta, que la atención de los padecimientos mentales comprende la rehabilitación psiquiátrica de los pacientes crónicos y que se prestará atención a enfermos mentales que se encuentren en reclusorios del estado y en instituciones estatales no especializadas en salud mental.

Una de las razones por las que no se cumplen de manera óptima estas actividades es el hecho de que a nivel estatal no existe una figura que se encargue de planificar, coordinar y dar seguimiento a las actividades de prevención, tratamiento e investigación en el tema. En julio de 2003, cuando fue inaugurado el Centro Estatal de Salud Mental (CESM), se intentó llevar a cabo lo anterior, poniendo en marcha atención de vanguardia para todos los grupos de edad (SSA, 2003, 11 de julio), y se estableció que los servicios de salud mental del estado estarían conformados a partir de entonces por:

1. El CESM, que a su vez constaría de la Unidad de Paidopsiquiatría, la Unidad de Rehabilitación Psicosocial y la Unidad de Desintoxicación y Rehabilitación de Adultos.
2. El Hospital Psiquiátrico Campestre Dr. Rafael Serrano, el Batán.

Con esta propuesta se consideró que se abarcaban las dos vertientes de la Reforma Psiquiátrica que se había iniciado en 2000, con el apoyo del gobierno Federal de esa época, que consistían en una que fortaleciera la prevención y detección temprana de los trastornos mentales, y otra que estuviera orientada a la atención de pacientes psiquiátricos crónicos.

Sin embargo, nunca se ha nombrado a un director de Servicios de Salud Mental a nivel estatal para que coordine los puntos propuestos, el reclutamiento de la mayor parte de los recursos humanos no obedece a un estándar de competencias profesionales específicas y tampoco se ha destinado el presupuesto necesario para brindar la atención de vanguardia prometida. En relación a este último punto, el Consejo Nacional de Salud

Mental (CONSAME), que surgió en 2004 con el apoyo del gobierno Federal, y cuyo origen es una organización no gubernamental denominada Fundación Mexicana para la Rehabilitación de las Personas con Enfermedad Mental I.A.P., refiere que ha apoyado económicamente a la mayoría de los hospitales psiquiátricos (26 en específico), entre ellos el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, para implementar los programas de talleres de inducción laboral, centros básicos de abastos y salidas terapéuticas (CONSAME, 2007), pero, la realidad es que no ha llegado al mencionado hospital algún apoyo de tipo económico y en general sus condiciones son precarias debido al limitado presupuesto con que cuenta, circunstancia que lo convierte en una institución vulnerable dentro de la sociedad. Respecto a esta situación que viven las instituciones de este tipo Escandón Carrillo (2000) señala que:

...facilita ataques pseudopolíticos y la creación de un círculo vicioso en el que la población, al oír historias de miseria y deficiencias graves, retroalimenta su negación de atender sus problemas de salud mental. Esta situación genera difamaciones hacia los profesionales de la materia, quienes son los menos responsables de ella (p.21).

En materia de iniciativas de ley, en 2006 se propuso en la Comisión de Salud y Grupos con Capacidad Diferenciada del Congreso del estado, la creación del Instituto Poblano de Salud Mental con la finalidad de que sea un organismo que delinee, coordine, vigile y evalúe la operación de los programas de salud mental en el estado, en este el mayor esfuerzo se enfocaría “al primer nivel de atención, es decir, al fomento, promoción y prevención de los trastornos mentales” e “igualmente la institución se encargaría de realizar investigación epidemiológica y científica tendiente al conocimiento de los factores preventivos, condicionantes, patológicos y terapéuticos de los trastornos mentales” (Boletín Honorable Congreso del Estado de Puebla, 2006, 8 de mayo). Hasta la fecha el Acuerdo de esta iniciativa se encuentra en estudio al interior de la comisión mencionada líneas arriba.

FUNDAMENTACIÓN

Conclusiones del estado del arte

En los capítulos anteriores se presentó el estado del arte respecto a la calidad de vida, la discapacidad y la protección social en salud en relación a los trastornos mentales.

De lo revisado se concluye lo siguiente:

Fue muy importante situar a la calidad de vida como objeto de estudio, ya que de esa forma se abordaba un aspecto vinculado con la totalidad del desarrollo humano, pero al mismo se planteaba un problema para establecer cuáles serían los componentes que la conformarían y que no quedara reducida a aspectos materiales.

Una forma de solucionar el problema fue hablar de aspecto material de la calidad de vida por una parte y por la otra de aspecto subjetivo de la calidad de vida. Este último concepto fue mayormente adoptado dentro de la psicología y algunos autores se refieren a ella como bienestar.

Dentro del campo de la salud, la calidad de vida adquirió relevancia cuando la OMS incluyó el concepto de bienestar en la CIE-6 para referirse a la ausencia de enfermedad.

No sólo la psicología y la medicina han sido las disciplinas que han producido investigación acerca del tema, sino también la sociología, la filosofía y la ciencia política, lo cual demostró que su complejidad era alta y dada la interdisciplinariedad que implica

se planteó asimismo la necesidad de definir cómo había que medirse o sistematizarse su estudio.

El enfoque psicométrico permitió que se diseñaran los primeros métodos de medirla y este se utilizó tanto en psicología como en la medicina, sin embargo, hasta la fecha no existe un consenso no sólo acerca de cómo medirla, sino de qué incluir en su definición.

La serie de investigaciones que se han hecho al respecto han permitido identificar que la etnia, el sexo, la escolaridad, el ingreso y el estado civil del sujeto tienen poca relación con su nivel de calidad de vida, en cambio el funcionamiento familiar, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de la vivienda sí se relacionan de manera importante. Esto demuestra que la calidad de vida esencialmente radica en la subjetividad de las personas.

Desde la década de 1970 se le consideró dentro de la medicina como un criterio para evaluar el impacto de las enfermedades en general, sin embargo, este tipo de medida ha resultado ser poco efectiva, en gran parte debido a que como se mencionó líneas arriba, el concepto se refiere casi exclusivamente a lo que la gente percibe y siente; obviamente en relación a problemas de salud sucede lo mismo, evalúa subjetivamente las consecuencias de la enfermedad, aunque la persona esté muy enferma puede calificar su calidad de vida como buena debido por ejemplo, al apoyo que tiene en su entorno.

En la calidad de vida en pacientes con trastornos mentales y del comportamiento el problema adquiere mayor complejidad, ya que o se confunde la sintomatología con la calidad de vida o bien, el paciente no tiene una conciencia clara de las consecuencias de su trastorno, como en el caso de pacientes esquizofrénicos y tienden a evaluar de manera positiva su calidad de vida.

Por lo anterior dentro de este tipo de instrumentos se introdujo la noción de funcionamiento y su contraparte, la discapacidad, con la finalidad de obtener un

referente de la enfermedad a través de un observador externo, o sea, una medida objetiva; a pesar de ello, estos instrumentos se han encontrado con una serie de tropiezos, en parte porque se trata de un concepto demasiado amplio y ambicioso; es por eso que la OMS se ha enfocado en estudiar el impacto de las enfermedades tomando en cuenta únicamente los conceptos de funcionamiento y discapacidad.

El estudio de la discapacidad como criterio para evaluar el impacto de las enfermedades se ha considerado más eficaz que el de calidad de vida por su carácter objetivo y más delimitado.

La OMS ha desarrollado este trabajo desde la década de los 70. Ha propuesto hasta la fecha dos clasificaciones, la CIDDM y la CIF, siempre orientando sus productos hacia una compatibilidad con su clasificación de enfermedades.

La CIDDM representó un avance importante dentro del análisis de las consecuencias de la enfermedad, ya que no sólo abordaba lo referente a limitaciones en cuanto a lo fisiológico o lo anatómico, sino también tomaba en cuenta el entorno y cómo algunas situaciones potencialmente provocaban desventaja social en el sujeto; sin embargo, el término para calificar esta situación, minusvalía, tenía una connotación peyorativa.

Una vez que terminó el proceso de revisión de la CIDDM y que en su lugar quedó la CIF en 2001, el término discapacidad no es más un elemento del modelo, sino un término genérico global para las perspectivas corporal, individual y social. Es de esta forma que se maneja en el marco teórico de la CIF. Por otro lado se incluyeron dentro del modelo la consideración de factores intraindividuales y extraindividuales en el proceso de discapacitación.

En relación a las condiciones de salud se ha descubierto que la intensidad de una enfermedad no se relaciona proporcionalmente con el nivel de discapacidad y que la discapacidad es un fenómeno que puede estar presente en algún o algunos momentos del

ciclo vital, por ejemplo, en convalecencias transitorias debido a un accidente o en la vejez por el desgaste del organismo.

El impacto de estas condiciones de salud en el desempeño de las actividades cotidianas de las personas afectadas, fue abordado con mayor frecuencia en relación a enfermedades físicas, porque tradicionalmente se pensaba que eran las únicas condiciones de salud que verdaderamente tenían repercusión en el individuo y la sociedad.

Sin embargo, en años recientes se empezó a reconocer que las enfermedades mentales también tienen un gran impacto o peso; en algunas ocasiones mayor que el provocado por algunas enfermedades físicas, ya que afectan la relación con familiares, amigos y compañeros de trabajo o escuela y disminuyen de manera importante la productividad y el bienestar, sin recibir el beneficio de los servicios de salud que se otorga en el caso de los padecimientos físicos, ya que aparentemente no ponen en peligro la vida, además de que socialmente se estigmatiza a las personas que padecen este tipo de enfermedades.

El modelo de la CIF, junto con el estudio de carga de enfermedad, modificó la forma de ponderar las condiciones de salud, y la mortalidad dejó de ser el criterio para evaluar su impacto, en su lugar se propuso considerar los años perdidos debido a discapacidad, debido a que una persona con una enfermedad crónica no muere de un día para otro y la limitación que tiene para llevar a cabo actividades cotidianas, puede durar muchos años, al igual que ser incapaz tanto de trabajar como de convivir en su comunidad. Con el criterio de años perdidos debido a la discapacidad, las enfermedades crónicas son evaluadas en su justa dimensión.

Con el nuevo criterio se encontró que los trastornos mentales tenían un grado importante de impacto en el funcionamiento del sujeto y que esto provocaba años de productividad perdidos tanto para el paciente como para su familia.

No obstante, medir la discapacidad en los trastornos mentales no está aún bien establecido. Desde el DSM-III se ha intentado medir a través del Eje V, pero hasta la fecha tiene la limitación de no hacer una clara distinción entre sintomatología y discapacidad, e incluso la EEAG que es la escala que evalúa el deterioro funcional contiene ítems que tienen que ver con discapacidad, pero al mismo tiempo también consta de ítems que evalúan sintomatología actual.

Se diseñaron instrumentos para medir la discapacidad en diferentes áreas, por ejemplo, tareas de autocuidado, toma de medicamento, actividades de la vida diaria, etc., pero los instrumentos que abarcan más áreas de evaluación, contenidas en el modelo de Jette (1997) y de la CIF, son el WHO-DAS-II y la Lista de Cotejo de la CIF.

De acuerdo con el Estudio de Carga Mundial realizado por la OMS, se identificó a la depresión como cuarta causa de discapacidad en 1990 y se proyectó que para el 2020 ocuparía el segundo lugar a nivel mundial.

Existe controversia respecto a que los trastornos de ansiedad se asocien a la discapacidad en el mismo grado que la depresión. Algunos estudios han encontrado evidencia que apoya tal aseveración, sin embargo, no ha sido concluyente, en parte porque los trastornos de angustia suelen presentarse en comorbilidad tanto con la depresión como con los trastornos mentales y conductuales debido a abuso de alcohol y otras sustancias.

Los trastornos esquizofrénicos son devastadores tanto a nivel individual como a nivel de la sociedad, en especial cuando inician a temprana edad, de manera lenta o insidiosa y predomina la sintomatología negativa. En especial el deterioro en funcionamiento cognitivo y social está asociado a una adherencia terapéutica deficiente.

La protección social en salud como producto de la modernidad modificó la forma de atender los problemas de salud, ya que hizo posible que a través de las instituciones, sectores más amplios de la población tuvieran acceso a un médico.

Si bien surgió en Europa como una estrategia para ganar electores, en México se originó como un mecanismo solidario en las cofradías de oficios. No obstante, en el siglo XX la forma en que se estructuró su funcionamiento en todo el mundo, es con base en tres subsistemas: seguridad social, asistencia social y seguridad privada.

Las instituciones que conforman el Sistema de Protección Social en Salud están íntimamente ligadas al tema de la discapacidad, ya que es a través de sus subsistemas como se puede hacer una evaluación acerca del impacto que la enfermedad tiene sobre las personas.

Dentro de la protección social en salud es importante considerar en específico a la seguridad social, ya que atiende a un importante segmento de la población y cuenta con legislación que regula la relación entre enfermedad y desempeño en el trabajo. Al respecto cabe mencionar que la Ley del Seguro Social maneja el concepto de enfermedad profesional como condición que justifica limitaciones en la actividad laboral y beneficia al trabajador con días de incapacidad o con una pensión.

Las enfermedades profesionales que cubre son las especificadas en la Ley Federal del Trabajo, no obstante en estas sólo hay una categoría que reconoce problemas de salud mental, bajo el nombre de neurosis y únicamente considerando como posibles afectados a pilotos, aviadores, telefonistas y otras actividades similares; sin embargo, también se ha reconocido la importancia de enfermedades que no se consideran profesionales, pero que se ha demostrado que también tienen un efecto en el trabajador y justifican días de incapacidad.

En este sentido es pertinente la posición que adopta la CIF, en cuanto a demostrar que los trastornos mentales son condiciones de salud que también afectan de manera importante y que, aunque no conducen directamente a la muerte, como condiciones crónicas pueden afectar el desempeño del trabajador durante muchos años.

En otros países se ha incluido a la enfermedad mental en los programas que otorgan beneficios de seguridad social al trabajador y lo que se ha observado es un incremento en el uso de estos programas por parte de personas afectadas con un trastorno mental, que en ocasiones ha llegado a sobrepasar al número de personas que cursan con una enfermedad física.

Es muy probable que en México sucediera lo mismo en caso de modificarse la legislación vigente y tomando en cuenta la crisis que actualmente se presenta en el IMSS en materia de abasto, plantearía un grave problema, pero también es indudable que disminuiría una gran cantidad de consulta de padecimientos físicos, ya que de todas maneras el paciente con trastorno mental llega a la consulta de primer nivel, en donde se atienden las molestias físicas asociadas a trastornos depresivos y ansiosos, principalmente, pero no se detecta de manera oportuna la sintomatología cognitiva y emocional.

La aparición del Seguro Popular de Salud en México abrió la posibilidad de que la población no beneficiaria de seguridad y de bajos recursos económicos tuviera acceso a servicios médicos a través de un sistema de pre-pago subsidiado por el gobierno Federal y los gobiernos Estatales. Al igual que los primeros sistemas de protección social en salud europeos en su implementación subyacían intereses políticos, sin embargo, es una opción para contrarrestar los gastos catastróficos en salud que sufre la población mexicana de bajos ingresos.

Los servicios y medicamentos que provee el Seguro Popular, sin embargo, no están a la altura de los que proporcionan las instituciones pertenecientes al subsistema de seguridad social como el IMSS. Su catálogo es muy limitado y queda en duda si conforme tenga un mayor número de afiliados habrá suficiente abastecimiento de medicamentos en primer lugar y de infraestructura hospitalaria para dar la atención requerida.

En cuanto a los problemas de salud mental en Puebla y su atención especializada, existen deficiencias de tipo estructural. Las acciones que se llevan a cabo son aisladas o duplicadas y esto es debido a que no existe una política pública bien establecida en este tema. Esta situación no es muy diferente de la que prevalece en el resto del país, ya que en general la salud mental recibe poca atención y apoyo por parte del gobierno Federal.

A pesar de la limitación que implica la ausencia de una política pública bien establecida y la estrechez de recursos, los SSEP son el organismo que abastece la mayor parte de los servicios de salud mental, en especial para pacientes aquejados por esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

No existen prevalencias disponibles acerca de trastornos mentales, sin embargo, de acuerdo con las frecuencias de consultas atendidas por el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano y servicio de psiquiatría del IMSS, los trastornos que más se atienden son esquizofrenia, otros trastornos de ansiedad y episodios depresivos.

Planteamiento del problema

La evaluación del funcionamiento y la discapacidad en las condiciones de salud es un asunto central dentro de las tareas de la OMS; sin embargo, en el pasado se le ha dado más importancia a las enfermedades físicas y se ha dejado en un segundo término a los trastornos mentales, en las que por lo general no se reconoce la limitación que provoca en las personas que las padecen, tanto es así que en México los sistemas de seguridad social, nunca extienden una incapacidad al derechohabiente que curse por ejemplo, con un episodio depresivo mayor, a pesar de que la productividad de la persona disminuye. Por otra parte no resulta factible que las aseguradoras incluyan en sus paquetes trastornos mentales, aunque se ha reportado que en Brasil y Chile sí se ofrecen estos servicios médicos (OMS, 2001).

El problema de la evaluación del funcionamiento y de la discapacidad es uno de los puntos que constantemente han revisado los centros colaboradores y grupos de

trabajo de la OMS, desde la década de 1970 y han desarrollado instrumentos para evaluar estos aspectos. El instrumento más actual es la lista de cotejo de la CIF que es propuesta como complemento del manual de clasificación también denominado CIF (OMS, OPS, IMSERSO, 2001) y que se ha utilizado para llevar a cabo estudios en diferentes condiciones de salud, especialmente crónicas (Cieza et al., 2004, Stucki y Grimby, 2004). Se espera que sea un instrumento útil tanto en la valoración inicial de pacientes, como en la evaluación de los tratamientos y de los servicios de salud.

El funcionamiento y la discapacidad también se ha evaluado desde finales de los setenta a través de instrumentos que miden la condición de salud y la calidad de vida y destacan estos últimos por la gran cantidad de investigaciones que se han realizado en diferentes enfermedades, especialmente aquellas que son degenerativas o que conllevan a la muerte; sin embargo, estos instrumentos de calidad de vida han acarreado imprecisión al respecto, ya que el constructo calidad de vida es confuso por su carácter multidimensional y evalúa tanto un aspecto objetivo como otro subjetivo de la condición de salud. Se puede observar que en la mayoría de estos instrumentos lo que se evalúa es funcionamiento y su contraparte, la discapacidad, que son indicadores mucho más precisos para evaluar el impacto producido por la enfermedad; sin embargo, es un fenómeno influido por la condición económica que también debe tomarse en cuenta en el estudio.

La discapacidad de acuerdo con la CIF (OMS, OPS, IMSERSO, 2001), se concibe como un déficit en las funciones (mentales, sensoriales, de la voz y el habla, etc.) y las estructuras corporales (sistema nervioso, ojo, oído, sistema cardiovascular, etc), así como una limitación en las actividades y la participación

En este proyecto se pregunta acerca de la magnitud de la discapacidad que presentan los pacientes que cursan con trastornos depresivos, ansiosos y esquizofrénicos, pero el problema que existe en cuanto al abordaje, es que ocurre en un contexto donde los trastornos mentales no tienen la misma consideración que las enfermedades físicas (Marrou, 1996) y en donde, se piensa que las únicas personas que pueden presentar

discapacidad son los que tienen trastornos en la movilidad (parapléjicos, cuadripléjicos, amputados, etc.), los ciegos, los sordos y las personas con retraso mental; sin embargo, en los trastornos mentales también se presenta la discapacidad. Uno de los problemas que se presentan al tratar el tema es el hecho de que las políticas respecto a los servicios de salud mental no son favorables. La OMS (2001), reporta que el 40% de los países no disponen de una política bien definida de salud mental y en un 33% aproximadamente no funciona ningún programa de salud mental, ni poseen un presupuesto específico para este rubro, lo cual es preocupante, ya que las enfermedades mentales a menudo son crónicas, requieren atención a largo plazo y en muchas ocasiones los pacientes no pueden costear el tratamiento por insuficiencia en sus recursos económicos.

En este sentido, a simple vista parecería que la discapacidad es mayor en las personas que cursan con un trastorno esquizofrénico, debido a los síntomas que caracterizan a la enfermedad; no obstante, datos arrojados en investigaciones demuestran que los trastornos depresivos y ansiosos son altamente discapacitantes y llegan a ser comparables con enfermedades físicas (Sanderson, Andrews y Jelsma, 2001, Lépine, 2001, Andrews, Sanderson y Beard, 1998). En cuanto a la depresión, el ausentismo laboral que provoca se equipara al observado en enfermedades osteoarticulares o en la diabetes y en muchas ocasiones acompaña y/o complica enfermedades físicas (Bonicatto, et al, 2000, OMS, 2001). Para tener una idea de las consecuencias del síndrome depresivo, en 1990, la depresión mayor unipolar ocupó el cuarto lugar en impacto de enfermedad (Murray y López, 1996).

En el presente estudio también se plantea la interrogante acerca del papel que juegan los factores ambientales (productos y tecnología, entorno natural, apoyos y relaciones, actitudes y servicios, sistemas y políticas) en la discapacidad que puede desarrollar un paciente con alguno de los trastornos mencionados.

De lo anterior surgen las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál de las tres categorías de trastornos propuestos es más discapacitante?
- ¿Qué áreas de actividades y participación se ven más limitadas y restringidas en las categorías de trastornos propuestos?
- ¿Existe relación entre psicopatología general y nivel de discapacidad en las tres categorías de trastornos?
- ¿Existe relación entre intensidad de la sintomatología y nivel de discapacidad?
- ¿Existe relación entre cronicidad del trastorno y discapacidad?
- ¿Qué factores ambientales se relacionan de manera más estrecha con la discapacidad en estas tres categorías de trastornos?

Justificación

Fue conveniente realizar la investigación aquí presentada ya que la discapacidad es un problema que debe tomarse en cuenta dentro de los servicios de salud, en especial los pertenecientes a la seguridad social y a la asistencia social, ya que se asocia a años saludables perdidos en todo el mundo, sobre todo en países en vías de desarrollo (Kostanjsek, 2004). Por consecuencia también está asociada a productividad perdida.

De esta manera la presente investigación servirá para ubicar a los trastornos mentales dentro de una nueva perspectiva, ya que con el parámetro que se tomó en cuenta durante la mayor parte del siglo XX -en el que el impacto de las enfermedades se medía a través de indicadores de mortalidad-, no eran ponderadas de manera adecuada,

ya que no provocan directamente la muerte de un paciente, pero como condición crónica afecta al sujeto (en hechos o potencialmente) a lo largo de toda su vida.

La relevancia social del estudio radica en que los resultados servirán para beneficiar en general a la sociedad, ya que aporta información que permitirá detectar de manera temprana pacientes afectados por trastornos mentales con prevalencias altas tales como los incluidos en las categorías ansiedad y depresión, que en muchas ocasiones son atendidos en servicios de salud de primer nivel, pero no reciben el tratamiento adecuado, ya que la sintomatología física asociada a dichos trastornos es la que más resalta para el médico tratante, lo que trae como consecuencia que el paciente no se cure y aumente el grado de discapacidad asociado al trastorno mental.

Por otra parte se contribuye a aumentar el conocimiento de las áreas de discapacidad que se asocian con mayor frecuencia a la ansiedad, la depresión y la esquizofrenia, lo cual está en congruencia tanto con el nuevo paradigma con que enfoca la OMS a la discapacidad en relación a las condiciones de salud, como también con el Estudio de Carga Global de la Enfermedad, también emprendido por la OMS.

Ampliando un poco el punto referente a la relación entre discapacidad y condición de salud, también se coadyuva a distinguir dentro del campo de la salud mental, la diferencia entre sintomatología y discapacidad, ya que hasta la fecha existe el problema de que ambos conceptos están traslapados dentro de los criterios diagnósticos de los trastornos mentales, lo cual se ha intentado resolver evaluando por una parte el grado de discapacidad a través del eje V y por otra describir lo sintomatológico a través del eje I, sin embargo, ambos ejes tienen elementos tanto de sintomatología como de discapacidad, esto, por ejemplo, se observa en un criterio que aparece en la mayor parte de las descripciones clínicas de la clasificación DSM que dice: “Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo”. Es relevante resolver tal situación, ya que en otros campos de atención a la salud no existe esa condición, por ejemplo, al atender a un paciente con hipertensión arterial, se distingue claramente lo que es la enfermedad y lo

que pertenece a la discapacidad. La enfermedad en función de los síntomas y del aumento en la cifra de presión arterial por encima de 140/90; la discapacidad en función de las deficiencias, limitaciones y restricciones que presenta en la vida diaria.

Otra de las contribuciones de la presente investigación es aportar una estandarización de la Lista de Cotejo de la CIF en pacientes mexicanos con trastornos mentales. Este instrumento permitirá llevar a cabo estudios que exploren diferentes variables en relación a la discapacidad.

Respecto al hueco de conocimiento que justificó emprender este estudio, se amplía el conocimiento acerca de la forma en que se manifiestan, se diferencian y se asocian la discapacidad y los trastornos de ansiedad, depresión y esquizofrenia en población mexicana. La información obtenida también permite tener un mayor conocimiento acerca de cómo se relaciona la discapacidad con variables como son la psicopatología en general, la intensidad de la sintomatología propia de los trastornos estudiados (ansiedad, depresión y esquizofrenia), la cronicidad de dichos trastornos y los factores ambientales (el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas), en pacientes atendidos en el servicio de consulta externa de una institución que brinda atención de tercer nivel y que pertenece a los Servicios de Salud del Estado de Puebla, lo cual no se había llevado a cabo antes.

La limitación que presenta el estudio se encuentra vinculada con el punto anterior y consiste en que los resultados obtenidos no pueden ser generalizables a una población mayor de pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia, ya que la muestra es reducida en cantidad, en especial la submuestra de pacientes con esquizofrenia que tan sólo llega a 28, y que sólo comprende pacientes atendidos en una sola institución.

Objetivos

La presente investigación estuvo guiada por los objetivos generales y particulares que se muestran a continuación.

Objetivos Generales:

- Determinar los aspectos clinimétricos de la Checklist (Lista de Cotejo) de la CIF.
- Establecer las áreas en que manifiestan discapacidad las personas con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos.

Objetivos Específicos:

- Determinar la aplicabilidad del componente Actividades y Participación de la CIF y su Lista de Cotejo en la evaluación de pacientes con trastornos psiquiátricos.
- Determinar la aplicabilidad de la CIF y su Lista de Cotejo en la evaluación de pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y psicóticos.
- Obtener la validez de la Lista de Cotejo de la CIF.
- Obtener la confiabilidad de la Lista de Cotejo de la CIF.
- Comparar la discapacidad que se presenta en los pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos.
- Comparar la presencia de barreras en Factores Ambientales entre pacientes que presentan trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos.
- Comparar la presencia de facilitadores en Factores Ambientales entre pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos.

- Conocer la relación entre psicopatología general e intensidad de sintomatología en pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos.
- Conocer la relación entre discapacidad y psicopatología general en pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos.
- Conocer la relación entre discapacidad e intensidad de sintomatología en pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos.
- Conocer la relación entre discapacidad y cronicidad de trastorno en pacientes con ansiedad, depresión o esquizofrenia.

Hipótesis

Con base en los objetivos presentados anteriormente se plantearon siete hipótesis de investigación:

H1: Hay diferencia en la discapacidad presente entre los pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia.

H2: Hay diferencia en la presencia de barreras en los Factores Ambientales entre los pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia.

H3: Hay diferencia en la presencia de facilitadores en los Factores Ambientales entre los pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia.

H4: Hay relación entre la psicopatología general y la intensidad de la sintomatología en los pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia.

H5: Hay relación entre la discapacidad y la intensidad de la sintomatología en los pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia.

H6: Hay relación entre la discapacidad y la psicopatología general en los pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia.

H7: Hay relación entre la discapacidad y la cronicidad del trastorno en los pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia.

MÉTODO

Diseño de la investigación

Para lograr los objetivos planteados, se diseñó una investigación dividida en dos estudios con las siguientes características: prospectivos, por el periodo en que se captó la información; transversales, en cuanto a la evolución del fenómeno estudiado; observacionales, de acuerdo a la interferencia de la investigadora y homodémicos, por los componentes de grupo (Feinstein, 1985). En ambos el muestreo que se realizó fue intencional. Además de todo lo anterior, el primer estudio a su vez fue subdividido en tres fases, en las dos primeras fue multicéntrico y en la tercera unicéntrico, respecto al lugar en que se llevó a cabo. Todo este estudio fue de tipo clinimétrico (Feinstein, 1987; Lara Muñoz y Ortega Soto, 1995), lo cual implica que el instrumento que se investigó se ha construido sobre una base empírica y mide un atributo clínico, e.g., la sintomatología o la discapacidad. La característica principal de un atributo o variable clínica es que muestra susceptibilidad al cambio provocado por un tratamiento, a diferencia de las variables que se miden en psicometría que son muestras de conducta que están presentes en mayor o menor medida en toda la población, e.g., la personalidad o la capacidad intelectual (Anastasi y Urbina, 1998). En dicho estudio se obtuvo la aplicabilidad de la CIF a los trastornos mentales, así como la validez y la confiabilidad de la Lista de Cotejo de la CIF, para trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos.

El segundo estudio además de tener el diseño anteriormente mencionado fue unicéntrico, respecto al lugar en que se llevó a cabo. Parte del estudio fue comparativo, por el contraste de variables que se realizó entre los tres grupos estudiados y descriptivo porque en cada uno de los grupos se buscó de manera sistemática la asociación entre variables.

El diseño de investigación de ambos estudios se relacionó con los objetivos específicos de la siguiente manera:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN
Determinar la aplicabilidad del componente Actividades y Participación de la CIF y su Lista de Cotejo en la evaluación de pacientes con trastornos psiquiátricos	<p>Primer estudio</p> Prospectivo, transversal, observacional, homodémico, multicéntrico, clinimétrico y muestreo intencional
Determinar la aplicabilidad de la CIF y su Lista de Cotejo en la evaluación de pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y psicóticos	Igual al anterior
Obtener la validez de la Lista de Cotejo de la CIF	Prospectivo, transversal, observacional, homodémico, unicéntrico, clinimétrico y muestreo intencional
Obtener la confiabilidad de la Lista de Cotejo de la CIF	Igual al anterior
Comparar la discapacidad que se presenta en los pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos	<p>Segundo estudio</p> Prospectivo, transversal, observacional, homodémico, unicéntrico, comparativo y muestreo intencional

OBJETIVOS	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN
Comparar la presencia de barreras en factores ambientales entre pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos	Igual al anterior
Comparar la presencia de facilitadores en factores ambientales entre pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos	Igual al anterior
Conocer la relación entre psicopatología general e intensidad de sintomatología en pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos	Prospectivo, transversal, observacional, homodémico, unicéntrico, descriptivo y muestreo intencional
Conocer la relación entre discapacidad y psicopatología general en pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos	Igual al anterior
Conocer la relación entre discapacidad e intensidad de sintomatología en pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos	Igual al anterior
Conocer la relación entre discapacidad y cronicidad del trastorno en pacientes con ansiedad, depresión o esquizofrenia	Igual al anterior

Las definiciones operacionales de las variables, la forma en que se recolectó la información y su relación con objetivos generales y específicos de ambos estudios se muestra en la Tabla 13.

Tabla No. 13. Estructura general de interacción de las variables estudiadas con técnicas de recolección y objetivos.

Variable	Definiciones Operacionales	Técnicas de Recolección	Objetivos con los que se relaciona
Discapacidad	Deficiencia de las Funciones Corporales	Partes 1 y 2 de la Lista de cotejo de la CIF	Todos los objetivos de ambos estudios
	Deficiencia de las Estructuras Corporales	WHO-DAS II	
	Limitaciones de la Actividad y restricciones de la Participación		
Trastornos de ansiedad	Categorías diagnósticas F40-F48 trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatoformes de la CIE-10	Entrevista psiquiátrica	Todos los objetivos del segundo estudio
Trastornos depresivos	Categorías diagnósticas F31-F38 trastornos del estado de ánimo (afectivos) de la CIE-10	Entrevista psiquiátrica	Todos los objetivos del segundo estudio
Trastornos esquizofrénicos	Categoría diagnóstica F20 esquizofrenia de la CIE-10	Entrevista psiquiátrica	Todos los objetivos del segundo estudio
Intensidad de la sintomatología	Niveles manejados por las escalas aplicadas	SCL-90 Escala de Ansiedad de Hamilton Escala de Depresión de Hamilton PANSS	Comparar la discapacidad que se presenta en las personas con trastornos de ansiedad, depresivos y esquizofrénicos en función de la intensidad de la sintomatología que presentan

Variable	Definiciones Operacionales	Técnicas de Recolección	Objetivos con los que se relaciona
Cronicidad del trastorno	Años	Diagnósticos	Determinar si la magnitud de la discapacidad observada en personas con ansiedad, depresión o esquizofrenia se relaciona con la cantidad de años que han presentado el trastorno
Factores Ambientales	Productos y tecnología Entorno natural y cambios derivados de la actividad humana Apoyo y relaciones Actitudes Servicios, sistemas y políticas	Parte 3 de la Lista de cotejo de la CIF	Determinar si la magnitud de la discapacidad observada en personas que cursan con ansiedad, depresión o esquizofrenia se relaciona con los factores contextuales que los rodean

Plan de análisis de resultados

Para analizar la información obtenida (en ambos estudios) se utilizó tanto estadística descriptiva como inferencial. En un primer momento se utilizó descriptiva en donde se obtuvieron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y promedios, desviaciones estándar y medianas para las variables dimensionales y ordinales. Todo esto con la finalidad de obtener la distribución de los datos obtenidos a través de los instrumentos con los que se midió discapacidad, sintomatología general y psicopatología general, así como de las variables sociodemográficas. En segundo lugar se calculó estadística inferencial, en la que para comparar los tres grupos estudiados, en función de las variables estudiadas, cuando éstas eran categóricas, se empleó chi cuadrada, cuando eran dimensionales, ANOVA de una entrada (no relacionado) y si se trataba de ordinales, Kruskal-Wallis. Para obtener las correlaciones entre las variables estudiadas se empleó rho de Spearman, la cual también se utilizó para obtener la validez concurrente del componente Actividades y Participación de la Lista de Cotejo de la CIF. Por último

se calculó coeficiente alfa de Cronbach para conocer la consistencia interna de la Lista de Cotejo de la CIF.

Escenarios de investigación

Los escenarios del primero estudio fueron dos cursos de capacitación acerca del manejo de la CIF y su Lista de Cotejo que impartió una experta de la Red de Habla Hispana en Discapacidad. El primero se desarrolló en instalaciones de SSA de la federación con médicos psiquiatras, médicos generales y psicólogos que se desempeñan laboralmente en hospitales psiquiátricos pertenecientes a la SSA. El segundo se llevó a cabo dentro de los cursos de Clinimetría y Análisis Multivariados que se ofrecen en la Maestría en Psiquiatría, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente y en la Maestría en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la UNAM y que tuvieron lugar en aulas del instituto y del campus universitario.

El escenario de la tercera fase del primer estudio y del segundo estudio fue el Servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, ubicado en el Km. 7.5 de la carretera Puebla-Valsequillo, el Batán, perteneciente al municipio de Puebla. Este hospital depende de los SSEP. Inició su funcionamiento el 16 de abril de 1967 como hospital campestre y fue construido por la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, a través de la Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria, como parte de la Reforma de la Atención Psiquiátrica, también conocida como Operación Castañeda, que tuvo lugar durante el sexenio del Presidente Gustavo Díaz Ordaz.

La inauguración protocolaria por parte del Primer Mandatario de esa época tuvo lugar el 1 de diciembre de 1967. En el Acta de Inauguración se asienta que el hospital tuvo un costo de \$24,282,385.78 (sic) y fue construido en un terreno donado por el Gobierno del estado de Puebla, de una superficie de 324,522 m², la cual con los años ha sido recortada debido a que parte de ella se ha destinado a las instalaciones de la Jurisdicción Sanitaria No. 6 de los SSEP y a las de la Unidad de Salud Mental, en la que

se ofrecen los servicios de Paidopsiquiatría, Atención de las Adicciones y Rehabilitación Psicosocial.

En la actualidad el Hospital Dr. Rafael Serrano, o el Batán como se conoce a nivel popular, es el único hospital psiquiátrico de asistencia social que existe en la entidad. Su atención está dirigida a la población de los 217 municipios del estado de Puebla que no goza de seguridad social o que está afiliada al Seguro Popular. También es una unidad hospitalaria que atiende pacientes provenientes de estados vecinos como Tlaxcala, Guerrero, estado de México, Morelos y Veracruz. Anualmente atiende a 13,000 pacientes (Fariás Ocampo, 2008, 14 de julio).

A nivel de hospitalización funciona todos los días del año, las 24 horas y la atención está organizada en cinco pabellones: uno para pacientes femeninos agudos, dos para pacientes femeninos crónicos, uno para sujetos masculinos agudos y otro para pacientes masculinos crónicos. Consta de 474 camas, de las que el 80% están ocupadas por pacientes crónicos que han perdido a sus familiares o han sido abandonados por ellos. Por su parte la consulta externa atiende de 8:00 a 20:00 horas también todos los días del año. Para brindar toda esta atención el hospital opera a través de los siguientes recursos humanos: 17 psiquiatras, cuatro médicos generales, ocho psicólogos clínicos, nueve trabajadores sociales psiquiátricos, 10 terapeutas físicos y ocupacionales, 138 enfermeros psiquiátricos y 25 residentes de la especialidad en psiquiatría. Estos últimos reciben el aval académico de la BUAP.

Las condiciones físicas en que se encuentra esta unidad hospitalaria son precarias debido a que el presupuesto que se le destina es insuficiente para cubrir sus necesidades. Al recorrer el hospital lo que resalta es la vejez del inmueble y su mobiliario, ya que una buena parte de este data de la época en que se inauguró, y la construcción en general tiene un deterioro físico muy marcado. Cabe señalar que el Batán no es el único hospital con estas condiciones, en realidad este ha sido el panorama común en los hospitales granjas y campestres construidos durante la Reforma Psiquiátrica mencionada, que nunca cumplieron con los objetivos planteados de reinsertar al paciente a la vida social y

laboral, porque desde ese entonces los presupuestos otorgados fueron bajos (Calderón Narváez, 1984) y nunca han sido un tema verdaderamente serio en las políticas sexenales tanto federales como estatales. A principios de este siglo se planteó otra Reforma Psiquiátrica que es conocida como el Modelo Hidalgo, sin embargo, hasta el momento tampoco ha reportado beneficio evidente para los pacientes que el Batán atiende intrahospitalariamente, ya que como se mencionó líneas arriba la mayor parte de estos son crónicos, carecen de apoyos sociales y presentan un grado severo de discapacidad (Suárez Rubio, 2008), condición que los hace incompatibles con ese modelo de atención psiquiátrica.

Primer Estudio

Primera fase

Objetivo:

Determinar la aplicabilidad del componente Actividades y Participación de la CIF y su Lista de Cotejo en la evaluación de pacientes con trastornos mentales.

La *aplicabilidad clínica* es uno de los puntos que se evalúan para establecer la sensatez de un instrumento. La sensatez es un conjunto de especificaciones que se utiliza tanto para construir índices clinimétricos, como para evaluarlos y se deben determinar antes de la validez y la confiabilidad (Feinstein, 1987), debido a que a diferencia de los índices psicométricos, los instrumentos clinimétricos se desarrollan de manera intuitiva a partir de la experiencia clínica.

La *aplicabilidad clínica* comprende la evaluación de la función y de la estructura del índice. En la función, un índice que fue satisfactorio para un rol, no necesariamente lo será para otro. Un índice que parezca satisfactorio en su construcción clinimétrica puede ser insatisfactorio en la aplicación clínica (Lara Muñoz, 2004).

Sujetos

Participaron 20 profesionales de la salud mental en calidad de expertos. La edad promedio del grupo fue de 43.5 años (d.e. \pm 9.41), mediana de 43 años y estuvo constituido por 15 hombres y cinco mujeres, cuyas profesiones fueron las siguientes:

- 14 médicos psiquiatras
- Una doctora en psicología de la salud
- Una licenciada en psicología
- Cuatro médicos generales

Las respuestas de una licenciada en psicología, un médico y tres psiquiatras fueron eliminadas debido a que no siguieron las instrucciones que se dieron. Las instituciones de adscripción de los profesionales participantes fueron:

- Hospital Psiquiátrico “Dr. Gustavo León Mejía”, Aguascalientes, Aguascalientes
- Instituto Jalisciense de Salud Mental, Guadalajara, Jalisco
- Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann, San Luis Potosí, San Luis Potosí
- Programa Estatal de Salud Mental, Tamaulipas, Tamaulipas
- Hospital Psiquiátrico “Dr. José Torres Orozco”, Morelia, Michoacán
- Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, Ciudad de México
- Hospital Psiquiátrico “Parras”, Parras de la Fuente, Coahuila
- Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, Ciudad de México
- Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur”, Oaxaca, Oaxaca
- Servicios Estatales de Salud, Chihuahua, Chihuahua
- Hospital Psiquiátrico “Cruz del Norte”, Hermosillo, Sonora
- Hospital de Salud Mental, Villahermosa, Tabasco
- Unidad de Salud Mental, Xalapa, Veracruz

- Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” (El Batán), Puebla, Puebla
- Hospital Psiquiátrico de Yucatán, Mérida, Yucatán
- Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, Ciudad de México

Instrumento

Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la OMS. Es un manual que contiene las categorías para calificar las áreas de discapacidad de una persona de una manera muy específica. Esta clasificación fue sistemáticamente revisada entre 1994 y 2001 por expertos internacionales de diferentes disciplinas a través de extensos estudios de campo realizados en 61 países. Los resultados incluyeron la evaluación de 2,000 casos en vivo y 3,500 evaluaciones de resúmenes de casos, las cuales fueron revisadas en siete conferencias de consenso internacional de la OMS. En Septiembre de 2001 fue aprobada y publicada por la OMS durante la 54^a Asamblea Mundial de Salud, con la finalidad de que sea usada en investigación, vigilancia y notificación (Kostanjsek, 2004; OMS, 2001a).

La CIF se encuentra dividido en cuatro componentes que se identifican a través de las letras b (Funciones Corporales), s (Estructuras Corporales), d (Actividades y Participación) y e (Factores Ambientales). Las categorías que integran cada componente llevan al inicio la letra respectiva y en seguida un código numérico que empieza con el número del capítulo (un dígito), después el segundo nivel (dos dígitos) y tercero y cuarto niveles (un dígito cada uno) (OMS, 2001a).

En esta fase, los participantes únicamente trabajaron con el componente Actividades y Participación que consta de los capítulos que se enlistan a continuación:

- Aprendizaje y aplicación del conocimiento
- Tareas y demandas generales
- Comunicación
- Movilidad
- Autocuidado
- Vida doméstica
- Interacciones y relaciones interpersonales
- Áreas principales de la vida
- Vida comunitaria, social y cívica

Procedimiento

Un miembro de la Red de Habla Hispana en Discapacidad, impartió un taller acerca del manejo de la CIF a profesionales de la salud mental de diferentes instituciones del país, adscritas a la Secretaría de Salud. Al finalizar el taller, se solicitó su participación como grupo de expertos en trastornos psiquiátricos.

La consigna que se les dio fue: “únicamente del componente actividades y participación, anoten en la hoja que se les entregó, los dominios de discapacidad que consideren más adecuados para valoración de los pacientes psiquiátricos”. El número total de categorías pertenecientes a Actividades y Participación que debieron tomar en cuenta fue de 118.

Segunda fase

Objetivo:

Determinar la aplicabilidad de la CIF y su Lista de Cotejo en la evaluación de pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y psicóticos.

Sujetos

Participaron 56 médicos que al momento del estudio eran alumnos de la Maestría en Psiquiatría del Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente y de la Maestría en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la UNAM. 48 de los participantes tenían la especialidad en psiquiatría. Los demás tenían otras especialidades del campo de la medicina y la estomatología. No se pidieron datos demográficos debido a que como la actividad fue llevada a cabo dentro de cursos de posgrado y la participación de los alumnos fue voluntaria, de esa manera se aseguró total anonimato.

Instrumentos

Cinco viñetas clínicas de la OMS. La OMS propuso una serie de 25 viñetas para realizar estudios de campo y talleres de capacitación para el manejo de la CIF y su lista de cotejo. Estas viñetas ilustran casos de diferentes condiciones de salud y de países de los cinco continentes. La versión en español de estas estuvo a cargo de la Red de Habla Hispana en Discapacidad, la cual acordó que las viñetas tuvieran una redacción que evitara ser regionalista y que pudiera ser entendida en cualquier país de habla hispana. Debido a que no todas las viñetas eran relevantes para la temática del presente estudio, se eligieron sólo cinco que eran las que abordaban las siguientes condiciones de salud mental (el texto de las cuales aparece en el Apéndice B):

- Depresión mayor
- Depresión pos parto
- Ansiedad generalizada
- Esquizofrenia paranoide y
- Trastorno psicótico breve

Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la OMS. La evaluación de las cinco viñetas se hizo utilizando el manual de la CIF. Además de tomar en cuenta el componente Actividades y Participación como se hizo en la primera fase, se utilizó el resto de los componentes de la clasificación que comprenden los siguientes capítulos:

Funciones corporales:

- Mentales
- Sensoriales y dolor
- De la voz y el habla
- De los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio
- De los sistemas digestivo, metabólico y endócrino
- Genitourinarias y reproductoras
- Neuromusculares y relacionadas con el movimiento
- De la piel y estructuras relacionadas

Estructuras corporales:

- Del sistema nervioso
- El ojo, el oído y estructuras relacionadas
- Involucradas en la voz y el habla
- De los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio
- Relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endócrino
- Relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor
- Relacionadas con el movimiento
- Piel y estructuras relacionadas

Factores ambientales:

- Productos y tecnología

- Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana
- Apoyo y relaciones
- Actitudes
- Servicios, sistemas y políticas

Procedimiento

Para llevar a cabo esta segunda fase de aplicabilidad, un miembro de la Red de Habla Hispana en Discapacidad, impartió un taller acerca del manejo de la CIF a 56 médicos. Al concluir el desarrollo del taller, se les solicitó su participación como grupo de expertos y se les entregaron las cinco viñetas clínicas de diferentes trastornos mentales, propuestas por la OMS.

La consigna que se les dio fue: “lean las cinco viñetas clínicas que se les entregaron y por favor identifiquen las deficiencias en Funciones y Estructuras Corporales, las limitaciones en la Actividad, las restricciones en la Participación, y los Factores Ambientales, que a su juicio están presentes. Anoten en forma de lista los aspectos que se les piden para cada uno de los casos”.

En este estudio tuvieron que consultar los cuatro componentes del manual de la CIF y el número de categorías que debieron tomar en cuenta fue de 1424. El tiempo del que dispusieron para leer las viñetas y seleccionar las categorías que consideraran pertinentes fue de una semana.

Tercera fase

Objetivos:

Obtener la validez de la Lista de Cotejo de la CIF.

Obtener la confiabilidad de la Lista de Cotejo de la CIF.

Sujetos

Participaron 100 pacientes adultos (hombres y mujeres), comprendidos en un rango de edad entre los 18 y los 70 años que cursaban con un trastorno ansioso, depresivo o esquizofrénico, y que eran atendidas en el servicio de consulta externa del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla, el cual se encuentra en la capital del estado.

Estos sujetos también participaron en el segundo estudio, por lo que aquí no se menciona información acerca de sus datos sociodemográficos, ni los criterios de inclusión y exclusión con que se eligieron.

Instrumentos

Lista de Cotejo de la CIF. Es un instrumento que fue diseñado por un grupo de expertos de la OMS basándose en la CIF. La Lista de Cotejo contiene 125 categorías que pertenecen al primero y segundo niveles del sistema de clasificación CIF y permite al clínico obtener un perfil de dificultades en el paciente que está evaluando. Respecto a todas las categorías en el segundo nivel, incluye 29 (25%) categorías del componente Funciones Corporales, 16 (29%) de Estructuras Corporales, 48 (41%) de Actividades y Participación y 32 (43%) de Factores Ambientales (Cieza et al, 2006). Debido a que las categorías seleccionadas de la CIF no son exhaustivas, al final de cada dimensión o componente hay un espacio para incluir las categorías de funciones, estructuras, actividades, participación y factores ambientales que no están especificadas y que son relevantes para la persona evaluada (Muñoz López, Roa Álvaro, Pérez Santos, Santos-Olmo Sánchez y de Vicente Colomina, 2002).

El formato con el que se aplicó (y que aparece en el Apéndice C) es el siguiente:

A. Información demográfica. Se compone de ocho ítems.

Parte 1a: Deficiencias de las funciones corporales (en la que se califica la magnitud de la deficiencia). Compuesta por 32 ítems.

Parte 1b: Deficiencias en las estructuras corporales (consta de dos calificadores: extensión de la deficiencia y naturaleza de la deficiencia). La forman 16 ítems.

Parte 2: Limitaciones de la actividad y restricciones de la participación (consta de dos calificadores: desempeño o magnitud en la restricción de la participación y capacidad – sin asistencia- y magnitud de las limitaciones de la capacidad). Se compone de 48 ítems.

Parte 3: Factores ambientales. Formada por una lista de 32 ítems.

Parte 4: Otra información contextual. Está conformada por dos categorías, en una se anota otra información importante (que está sujeta al juicio del clínico) y factores personales que influyen en el funcionamiento (estilos de vida, antecedentes sociales, educación, raza, orientación sexual).

Anexo 1: Información breve sobre la salud. Conformada por 17 ítems.

Para el llenado del formato, el clínico necesita recurrir a múltiples fuentes de datos como son entrevista, auto-reporte, exámenes médicos, registros clínicos, reportes de miembros de la familia, etc. Con base en estas fuentes de información el examinador hace un juicio clínico (CAS, 2002a).

Dentro del formato las categorías de los componentes puntúan del 0 al 9. En los componentes Funciones Corporales y Estructuras Corporales las equivalencias de los

valores son: 0, no hay deficiencia; 1, deficiencia ligera; 2, deficiencia moderada; 3, deficiencia grave; 4, deficiencia completa; 8, sin especificar y 9, no aplicable.

El componente Estructuras Corporales además tiene un segundo calificador en el que se evalúa la naturaleza de la deficiencia y sus valores son: 0, no hay cambio en la estructura; 1, ausencia total; 2, ausencia parcial; 3, parte adicional; 4, dimensiones aberrantes; 5, discontinuidad; 6, posición desviada; 7, cambios cualitativos en la estructura, incluyendo acumulación de fluido; 8, sin especificar y 9, no aplicable.

En el componente Actividades y Participación los valores son: 0, no hay dificultad; 1, dificultad ligera; 2, dificultad moderada; 3, dificultad grave; 4, dificultad completa; 8, sin especificar y 9, no aplicable.

En el componente Factores Ambientales la forma en que se califica el ambiente involucra la presencia ya sea de Barrera o de Facilitador y los valores son: 0, no hay barrera; 1, barrera ligera; 2, barrera moderada; 3, barrera grave y 4, barrera completa; 0, no hay facilitador; 1, facilitador ligero; 2, facilitador moderado; 3, facilitador grave y 4, facilitador completo.

Para asignar una calificación en las categorías de todos los componentes, el examinador debe recurrir a su juicio clínico y tomar en cuenta las siguientes especificaciones: leve significa que el problema ha estado presente menos del 25% del tiempo, con una intensidad que una persona puede tolerar y que ha ocurrido de manera ocasional en los últimos 30 días; moderado significa que el problema ha estado presente menos del 50% del tiempo, con una intensidad que interfiere en la vida diaria de las personas y que ha ocurrido frecuentemente en los últimos 30 días; grave significa que el problema ha estado presente más del 50% del tiempo, con una intensidad que desorganiza parcialmente la vida diaria de las personas y que ha ocurrido frecuentemente en los últimos 30 días y por último, completa, que significa que el problema ha estado presente más del 95% del tiempo con una intensidad que totalmente desorganiza la vida diaria de las personas y que ha ocurrido a diario en los últimos 30 días (CAS, 2002a).

No existe punto de corte, se considera la totalidad de las categorías y a mayor puntuación en ellas se concluye que existe mayor discapacidad en el sujeto evaluado.

La Lista de Cotejo fue aplicada por primera vez en los ensayos de campo Beta 2 de la CIDDM-2 para probar la aplicabilidad y confiabilidad de la clasificación. Para el estudio de confiabilidad, la lista se utilizó para medir acuerdo entre evaluadores (confiabilidad inter-evaluador) y medir la estabilidad de la clasificación a lo largo del tiempo (confiabilidad test-retest) (CAS, 2002a).

Durante los ensayos de campo Beta 2, la lista fue usada en 1,884 casos en vivo y 3216 evaluaciones de resúmenes de casos. Más del 55% de evaluadores tardó menos de 30 minutos usando la lista. La confiabilidad test-retest del Beta 2 en evaluaciones de casos en vivo mostró valores kappa altos que fluctuaron de 0.7 a 1.0 para los capítulos de Funciones y Estructuras Corporales, Actividades y Participación y Factores Ambientales. Para las viñetas de casos el acuerdo en el uso de códigos de Funciones Corporales fue alto, pero los encuestados tuvieron dificultades para identificar deficiencias asociadas al uso de alcohol y otras sustancias. También hubo tendencia a inferir la presencia de deficiencias en estructuras o en limitaciones en la actividad aunque el caso no mencionara problemas en esas áreas. Se observó una malinterpretación de las categorías de Participación. Algunos evaluadores no registraron temas de participación donde de manera explícita se mencionaban barreras y claramente se establecía que la persona no tenía limitaciones en la actividad (CAS, 2002a).

Respecto a otros estudios que han utilizado la Lista de Cotejo, hay uno llevado a cabo en la Unidad de Servicios de Salud Mental de St. Vincent, en Melbourne, Australia (Chopra, Couper y Herrman, 2002). Tuvo como objetivo describir la aplicación de la lista en la medición de discapacidad en pacientes con trastorno psicóticos. Obtuvieron una estructura amplia para la descripción y medición de de la discapacidad, para las dimensiones de deficiencia en las Estructuras y las Funciones Corporales, limitaciones en la Actividad, restricciones en la Participación y Factores Ambientales. Notaron que

ciertos códigos eran difíciles de puntuar para los clínicos debido a la manera subjetiva en que estos son definidos. Consideraron que la lista requiere de modificaciones y que un entrenamiento formal posibilitaría la estandarización de los procesos de calificación.

A gran escala, la Lista de Cotejo de la CIF se ha usado en el Proyecto de Desarrollo de Series Esenciales de la CIF, el cual ha sido implementado por el Departamento de Medicina y Rehabilitación Física de la Universidad de Munich, Alemania en colaboración con la OMS. La meta del proyecto es desarrollar listas de dominios de la CIF (llamadas series esenciales de la CIF), relevantes para utilizarlas en 12 diferentes condiciones de salud (CAS, 2002a). En estas condiciones de salud fue incluida la depresión y el resultado ya fue publicado (Cieza et al., 2004a), en él se informa que obtuvieron a través de un consenso de expertos una *Serie Esencial para Depresión* en la que quedaron incluidas 45 categorías de Funciones Corporales, 48 en Actividades y Participación y 28 en factores ambientales. Los autores identificaron que aún se daba un traslape entre la CIE y la CIF respecto a lo que se considera perspectiva diagnóstica y perspectiva de Funcionamiento y Salud en la depresión. Consideraron que el hecho de que 121 categorías conformaran la Serie Esencial para Depresión reflejaba las complejas limitaciones que tienen estos pacientes en el Funcionamiento y en las interacciones con los Factores Ambientales.

WHO-DAS II (Cuestionario para la Evaluación de las Discapacidades [Organización Mundial de la Salud, 2000]). Es un instrumento que mide funcionamiento y discapacidad en seis áreas de la vida desde una doble perspectiva, cuantitativa y de interferencia con la vida. Se desarrolló basándose en la experiencia de instrumentos ya existentes como el SF 36, el ADLs (Actividades de la Vida Diaria) o el HUI (Índice de Utilidad de la Salud).

El WHO-DAS II mide lo que la gente hace en diferentes áreas de su vida y distingue claramente esta información de datos acerca de signos o síntomas de enfermedades, o sentimientos de bienestar subjetivo. Puede ser usado en encuestas epidemiológicas, investigación de los sistemas de salud, evaluación de necesidades y

resultados, uso clínico y como un sistema descriptivo potencial para las mediciones resumidas de salud poblacional. A continuación se presenta la Tabla 14 en la que se especifica cada una de las áreas que mide este instrumento y se comparan con las que mide la Lista de Cotejo de la CIF. En ella se observa que sólo existe equivalencia con el componente Actividades y Participación de la Lista de Cotejo de la CIF, por lo que fue con la única sección que se calculó validez de criterio (concurrente).

Tabla No. 14. Comparación de WHO-DAS II contra Lista de Cotejo de la CIF.

WHO-DAS II	LISTA DE COTEJO DE LA CIF
	Funciones corporales
	Estructuras corporales
	Actividades y Participación
Área 1. Comprensión y comunicación	Aprendizaje y aplicación del conocimiento
Área 2. Capacidad para moverse en su alrededor/entorno	Tareas y demandas generales Comunicación
Área 3. Cuidado personal	Movilidad
Área 4. Relacionarse con otras personas	Autocuidado
Área 5. Actividades de la vida diaria	Vida doméstica
Área 6. Participación en sociedad	Interacciones y relaciones interpersonales Áreas principales de la vida Vida comunitaria, social y cívica
	Factores Ambientales

El WHO-DAS II es una revisión completa del WHO-DAS (publicado por la OMS en 1988) y también refleja el paradigma que la OMS maneja actualmente acerca del funcionamiento y la discapacidad (García-Portilla, Bascarán, Sáiz, Bousoño y Bobes, 2006), y al igual que la Lista de Cotejo de la CIF fue diseñado para ser un instrumento de medición aplicable transculturalmente. Al ser compatible con la CIF también establece una paridad entre trastornos físicos y mentales (CAS, 2002b).

Existen múltiples versiones, tanto en extensión de la escala como a aplicación. Estas son: heteroaplicada (administrada por el clínico), de la que se encuentran disponibles dos entrevistas semiestructuradas, una de 36 ítems nucleares y otra de 12 ítems nucleares; autoaplicada, de la que existe tanto una versión con 36 ítems y otra de 12 ítems y por último la de informantes, de la cual también hay dos versiones, una autoaplicada y otra aplicada por el clínico, ambas existen en seis y 36 ítems (García-Portilla et al., 2006).

En el presente estudio se aplicó la entrevista semiestructurada con 36 ítems nucleares y el clínico preguntó por la capacidad para llevar a cabo actividades con un marco de referencia temporal de los últimos 30 días y su aplicación llevó de 10 a 15 minutos. Esta versión se califica a través de una escala ordinal tipo Likert de intensidad de dificultad que puntúa de 1 hasta 5, (1, ninguna; 2, leve; 3, moderada; 4, severa y 5, extrema/no puedo hacerlo). Proporciona un perfil de funcionamiento en las seis áreas evaluadas y una puntuación general de discapacidad. Las puntuaciones directas en cada área se transforman a una escala estándar de 0 a 100 (García-Portilla et al., 2006). Esta información no se presenta aquí porque es de uso exclusivo de la OMS (WHO, 2009).

En cuanto a sus propiedades clinimétricas, la confiabilidad y la validez convergente respecto a otras mediciones, muestra una estructura factorial estable que ha replicado a través de países y grupos poblacionales, unidimensionalidad de dominios (carga promedio de >0.7) y confiabilidad prueba-reprueba con una kappa de 0.65 a 0.78 (CAS, 2002b).

Procedimiento

Una vez que el paciente era incluido en el estudio y aceptaba participar, era evaluado clínicamente por un residente de la especialidad en psiquiatría y posteriormente se aplicaba la serie de instrumentos. En relación a los instrumentos para medir discapacidad, en primer lugar se aplicaba el WHO-DAS II y en seguida la Lista de Cotejo de la CIF. Estos instrumentos fueron aplicados por dos clínicos diferentes con la

finalidad de no inducir una respuesta deseada en el paciente entrevistado y garantizar la confiabilidad inter-evaluador.

Respecto a la Lista de Cotejo de la CIF no se evaluó el componente Estructuras Corporales debido a que no se disponía de resultados de estudios de laboratorio y gabinete para su llenado ni de recursos para solicitarlos.

Análisis estadísticos del primer estudio

Para la primera fase, los datos fueron capturados en Excel 2003 y en el mismo programa se analizó la información. Únicamente se calcularon Frecuencias y Porcentajes.

Para identificar los ítems de Actividades y Participación más indicados para evaluar pacientes psiquiátricos, se eligieron aquellos que se situaron por encima del punto de corte, el cual se estableció en 30% de la elección de los expertos y que se retomó del estudio de Ewert et al. (2004) en el que se identificaron las dificultades más frecuentes en 12 condiciones de salud utilizando la Lista de Cotejo de la CIF.

Para la segunda fase del estudio, la información obtenida también fue capturada y analizada en Excel 2003. Al igual que en la fase anterior se calcularon frecuencias y porcentajes de los ítems que los expertos eligieron respecto a las cinco viñetas y se identificaron como más importantes para evaluar pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y psicóticos a aquellos que sobrepasaron el punto de corte que al igual que en la fase anterior se estableció en 30% de la elección de los expertos por las mismas razones mencionadas.

Para la tercera fase, los datos fueron capturados en el software Foxbase 2.1 y posteriormente analizados en el paquete estadístico SPSS 13.0 para Windows. Se obtuvo la validez de criterio (concurrente) a través de una Correlación de Spearman entre los puntajes de las subescalas del componente Actividades y Participación de la Lista de Cotejo de la CIF y los puntajes de las áreas que evalúa el WHO-DAS II. En lo que se

refiere a la confiabilidad de la Lista de Cotejo sólo se calculó consistencia interna y esta se obtuvo a través del coeficiente de Alfa de Cronbach para los componentes Funciones Corporales, Actividades y Participación y Factores Ambientales. Se utilizó este estadístico debido a que el nivel de medición de la escala era ordinal (Anastasi y Urbina, 1998; Feinstein, 1985; Kerlinger y Lee, 2002).

A continuación se presenta la correspondencia entre los objetivos planteados y los análisis estadísticos realizados:

OBJETIVO	ANÁLISIS ESTADÍSTICO
Determinar la aplicabilidad de la CIF y su Lista de Cotejo en pacientes con trastornos psiquiátricos	Frecuencias y porcentajes de los ítems del componente Actividades y Participación del manual de la CIF, elegidos por el grupo de 20 expertos en salud mental
Determinar la aplicabilidad de la CIF y su Lista de Cotejo en pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos	Frecuencias y porcentajes de los ítems de los componentes Funciones Corporales, Estructuras Corporales y Factores Ambientales del manual de la CIF, elegidos por el grupo de 56 expertos en salud mental respecto a las cinco viñetas clínicas que evaluaron
Obtener la validez de la Lista de Cotejo de la CIF (Validez de criterio [concurrente])	Correlación de Spearman entre los puntajes de las subescalas del componente Actividades y Participación de la Lista de Cotejo de la CIF y los puntajes de las áreas que evalúa el WHO-DAS-II

OBJETIVO	ANÁLISIS ESTADÍSTICO
Obtener la confiabilidad de la Lista de Cotejo de la CIF	Coeficiente Alfa de Cronbach de los componentes Funciones Corporales, Actividades y Participación y Factores Ambientales de la Lista de Cotejo de la CIF

Segundo Estudio

Objetivos:

Comparar la discapacidad que se presenta en los pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos.

Comparar la presencia de barreras en Factores Ambientales entre pacientes que presentan trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos.

Comparar la presencia de facilitadores en Factores Ambientales entre pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos.

Conocer la relación entre psicopatología general e intensidad de sintomatología en pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos.

Conocer la relación entre discapacidad y psicopatología general en pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos.

Conocer la relación entre discapacidad e intensidad de sintomatología en pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos.

Conocer la relación entre discapacidad y cronicidad del trastorno en pacientes con ansiedad, depresión o esquizofrenia.

Tomando en cuenta los objetivos planteados, se propuso un modelo que esquematizara la interacción de las variables estudiadas (Figura 8).

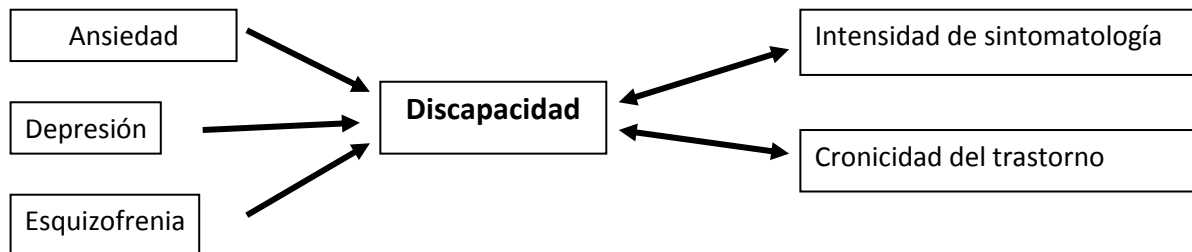


Figura No. 8. Modelo propuesto para el segundo estudio.

Sujetos

Participaron 100 pacientes adultos (hombres y mujeres), cuyas edades estaban comprendidas en un rango de edad de los 18 a los 70 años, presentaban un trastorno perteneciente a alguna de las siguientes categorías: ansiedad, depresión y esquizofrenia. Eran atendidos en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano”, ubicado en El Batán, Puebla, Pue., que pertenece a los SSEP. Los pacientes que participaron fueron diagnosticados y elegidos por dos residentes de la especialidad en psiquiatría.

Los criterios de inclusión y exclusión que se establecieron fueron estos:

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico principal incluido en las categorías de ansiedad o depresión o esquizofrenia de acuerdo con la CIE-10

- Edad comprendida entre 18 y 70 años.
- Hablar castellano.
- Saber leer y escribir.
- Aceptar participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Diagnóstico principal incluido en las categorías F10-F19 trastornos mentales y del comportamiento debidos a uso de sustancias psicoactivas.
- Capacidad intelectual por debajo del término medio.
- Demencia.
- Epilepsia.
- Trastorno bipolar.
- Trastorno esquizoafectivo.
- Haber recibido un diagnóstico incluido en las categorías ansiedad, depresión o esquizofrenia, alguna vez en la vida, pero encontrarse en fase de remisión al momento de la evaluación.

Instrumentos

Se utilizaron cuatro tipos de instrumentos: en primer lugar, para medir la psicopatología general, en segundo la intensidad de la sintomatología de cada uno de los trastornos, en tercer lugar el nivel socioeconómico de los sujetos que participaron en el estudio y en cuarto para medir la discapacidad.

Psicopatología General

SCL-90 (Symptom Checklist-90) (Derogatis, Lipman y Covi, 1974). Se aplicó a todos los pacientes que participaron en el estudio. La SCL-90 es un cuestionario o escala de auto-reporte clinimétrico que fue diseñada inicialmente por Leonard R. Derogatis a principios

de la década de los 70 para medir la conducta de los pacientes psiquiátricos ambulatorios y eficacia de tratamientos. Desde entonces se ha aplicado para medir severidad o intensidad de síntomas y como una medida descriptiva de psicopatología en diferentes poblaciones clínicas (Holi, 2003).

El cuestionario está compuesto por 90 ítems que se contestan a través de una escala Likert de cinco puntos: 0, no; 1, un poco; 2, regular; 3, mucho y 4, muchísimo. Dichos ítems conforman nueve dimensiones de psicopatología y tres índices globales: uno de severidad global (ISG), el cual es un índice de distrés e indica el valor promedio de todos los ítems; el índice de síntomas positivos y el total de síntomas positivos. La estructura general del SCL-90 es la que sigue:

Escala de síntomas primarios:

- Somatización
- Obsesión compulsión
- Sensibilidad Interpersonal
- Depresión
- Ansiedad
- Hostilidad
- Ansiedad fóbica
- Ideación paranoide
- Psicoticismo

Índice de Severidad Global

Índice de Síntomas Positivos

Total de Síntomas Positivos

De los tres índices globales mencionados, únicamente se calculó el ISG en el presente trabajo.

El tiempo de aplicación del SCL-90 va de los 12 a los 20 minutos, puede ser aplicado de manera individual o colectiva y al inicio el aplicador debe dar la siguiente consigna: “*A continuación encontrará una lista de problemas y quejas que la gente tiene a veces. Marque uno de los espacios de la derecha con una X que describa mejor qué tanto tuvo este problema durante la última semana, incluyendo el día de hoy*”. Es importante que no se modifique la consigna, ya que podría alterar la validez del cuestionario.

El SCL-90 ha demostrado su validez y una sensibilidad y especificidad entre 80 y 90% (Lara Muñoz, 2003). En un estudio con población mexicana alcanzó en consistencia interna un valor de alfa de Cronbach mayor a 0.7 en siete de las nueve dimensiones y en las restantes de 0.66. En cuanto a la validez de constructo, 56 de los ítems mostraron un coeficiente de correlación elevada ($r \geq 0.5$), 23 tuvieron una correlación moderada ($r \geq 0.25$ y ≤ 0.5) y uno correlación débil ($r = 0.2$) (Cruz Fuentes et al., 2005). En otra investigación realizada en una muestra femenina mexicana también demostró una consistencia interna alta para todas las dimensiones, ya que el valor del alfa de Cronbach osciló entre 0.74 y 0.94 (Lara Muñoz et al., 2005).

Intensidad de la Sintomatología de los trastornos

Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) (Hamilton, 1959). Se aplicó sólo a los pacientes con trastorno de ansiedad. Esta escala es un instrumento de heteroevaluación, esto es, que debe ser llenada por un observador externo (clínico) basándose en una entrevista con el paciente. Es un instrumento clinimétrico, con una escala de medición ordinal que consta de 14 ítems, cada uno con una puntuación que va de 0 a 4, con los siguientes valores: 0, ausente; 1, leve; 2, moderado; 3, grave y 4, totalmente incapacitado.

La aplicación se efectúa a través de una entrevista, en la que se le pregunta al paciente acerca de los síntomas que ha tenido en la última semana. Se debe aplicar a pacientes que ya están diagnosticados con un trastorno de ansiedad y sirve para monitorear la evolución clínica del paciente durante su tratamiento. La escala evalúa las siguientes áreas:

- Ansiedad
- Tensión
- Temores
- Insomnio
- Cognición
- Estado de ánimo deprimido
- Estado somático (muscular)
- Estado somático (sensorial)
- Síntomas cardiovasculares
- Síntomas respiratorios
- Síntomas gastrointestinales
- Síntomas genitourinarios
- Síntomas autónomos y
- Conducta durante la entrevista

La puntuación total de la escala oscila en un rango de 0-56. La forma en que se interpreta la sintomatología ansiosa de acuerdo con el puntaje obtenido se presenta en la Tabla 15. A pesar de las equivalencias presentadas, este instrumento presenta limitaciones que se relacionan con la globalidad de los ítems, los posibles errores derivados del observador y la ausencia de baremos estandarizados, lo que impide la comparación del paciente con un grupo normativo; no obstante, en general se maneja que una puntuación igual o mayor a 14 indica ansiedad clínicamente significativa y las

equivalencias presentadas aquí tienen aplicabilidad. El tiempo de administración es aproximadamente de 15 a 30 minutos (Muñoz López et al., 2002).

El HAM-A ha demostrado en confiabilidad una consistencia interna que oscila entre 0.79 y 0.86 y una confiabilidad test-retest de 0.96 (Muñoz López et al., 2002).

Tabla No. 15. Interpretación de puntuación en el HAM-A.

Puntaje	Nivel de ansiedad
0 a 6	Ausente
7 a 20	Leve
21 a 34	Moderada
35 a 48	Severa
Mayor de 49 puntos	Muy severa, altamente incapacitante

En cuanto a validez se han establecido correlaciones de la HAM-A con la Escala de Ansiedad de Covi alcanzando valores entre 0.73 y 0.75 y con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en donde su valor ha sido de 0.56. Ha obtenido correlaciones significativamente altas (0.62-0.73) con la Escala de la Depresión de Hamilton (HAM-D). Al eliminarse los ítems referidos a la depresión de la HAM-A y los ítems referidos a ansiedad de la HAM-D se alcanza una mejor discriminación entre pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y pacientes con trastorno de depresión mayor, según criterios del DSM-III-R. Puede distinguir entre pacientes con trastornos de ansiedad de aquellas personas control no clínicas y es sensible al cambio producido durante el tratamiento, encontrándose correlaciones significativas (0.59) entre los cambios en las puntuaciones de la HAM-A y los cambios en las puntuaciones en otras escalas de ansiedad global, como la Covi (Muñoz López et al., 2002).

Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D) (Hamilton, 1960). Se aplicó únicamente a los pacientes con depresión. Al igual que el HAM-A es una escala de heteroevaluación. Es un instrumento clinimétrico, con una escala de medición ordinal que consta de 21 ítems que abarcan manifestaciones clínicas del trastorno depresivo. Algunos están

graduados de 0 a 2 y otros de 0 a 4. Generalmente, y de acuerdo con el criterio del entrevistador, si el síntoma está ausente recibe una calificación de cero, pero si su expresión es de leve a incapacitante se puntúa de 1 a 4 o de 1 a 2, según el ítem específico. Se califica sumando las puntuaciones asignadas en los primeros 17 ítems; los 4 restantes no se toman en cuenta para el puntaje final ya que evalúan aspectos que no son tan frecuentes en el cuadro clínico de la depresión, sin embargo, su presencia se debe a que tienen gran valor pronóstico (González Ruelas, 2000).

Es necesario hacer la precisión de que no es un instrumento diagnóstico y debe utilizarse en pacientes que ya han recibido un diagnóstico de trastorno depresivo. Resulta idóneo para la evaluación de la gravedad de la depresión y su sensibilidad, permite apreciar la evolución del paciente a través del tratamiento. Las áreas que evalúa son:

- Estado de ánimo deprimido
- Culpa
- Suicidio
- Insomnio inicial
- Insomnio medio
- Insomnio terminal
- Trabajo e intereses
- Retardo
- Agitación
- Ansiedad (psíquica)
- Ansiedad (somática)
- Estado somático (gastrointestinal)
- Estado somático general
- Síntomas genitales
- Hipocondriasis

- Insight y
- Pérdida de peso

La puntuación total de la escala oscila de 0 a 50. La forma en que se interpreta la gravedad de la sintomatología se presenta en la Tabla 16. El tiempo de administración es de 15 a 20 minutos (Muñoz López et al., 2002).

En cuanto a sus valores de consistencia, la interna antes del tratamiento es de 0.48 y después del tratamiento varía de 0.76 a 0.92 (Muñoz López et al., 2002).

Respecto a la validez, las correlaciones con otras medidas de la gravedad de la sintomatología depresiva fluctúan de 0.65 a 0.90; las correlaciones con la Escala de Evaluación de la Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS), con el Inventario de Sintomatología Depresiva (IDS) y con la Escala de Melancolía de Bech (BMS) van de 0.80 a 0.90. Una de las ventajas que presenta es que es sensible al cambio terapéutico (Muñoz López et al., 2002); sin embargo, se le ha hecho la crítica de que en la escala abunda el contenido somático, lo cual hace que su valor sea dudoso cuando se usa en pacientes médicamente enfermos (González Ruelas, 2000).

Tabla No. 16. Interpretación de puntuación en el HAM-D.

Puntaje	Nivel de depresión
0 a 7	Ausente
8 a 13	Leve
14 a 18	Moderada
19 a 28	Grave
Mayor de 29 puntos	Muy grave

PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) (Kay, Opler y Fiszbein, 1987). Se aplicó únicamente a los pacientes con esquizofrenia. La PANSS también es una escala clinimétrica y es un instrumento que evalúa el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva: dimensional, en la que se evalúa la gravedad del síndrome positivo,

del negativo, y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico; y categórico, en donde clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto (García-Portilla et al., 2006).

La PANSS consta de 30 ítems que están distribuidos de la siguiente manera:

Escala Positiva (P) (7 ítems), que califican síntomas como:

- Delirios
- Desorganización conceptual
- Conducta alucinatoria
- Excitación
- Grandiosidad
- Susplicacia /persecución y
- Hostilidad

Escala Negativa (N) (7 ítems) que evalúan:

- Afecto adormecido o embotado
- Retirada emocional
- Empatía limitada
- Retirada social apática/pasiva
- Dificultad para pensar en abstracto
- Dificultad para conversación fluida y
- Pensamiento estereotipado

Escala de Psicopatología General (PG) (16 ítems), que valoran síntomas variados como:

- Ansiedad
- Depresión

- Desorientación
- Preocupación, etcétera

Escala compuesta (C), evalúa la predominancia de un tipo positivo o negativo

La escala debe ser aplicada por un clínico a través de la técnica de entrevista semiestructurada. El tiempo aproximado que se emplea para administrarla es de 30 a 40 minutos. Se aconseja entrenamiento previo cuando se le utilice (García-Portilla et al., 2006).

Su nivel de medición es ordinal, emplea una escala tipo Likert de siete puntos: 1, ausente; 2, mínimo; 3, leve; 4, moderado; 5, moderadamente severo; 6, severo y 7, extremo. La PANSS incluye un manual de aplicación que contiene preguntas sugeridas para explorar cada síntoma y tiene la definición de cada síntoma y sus respectivos grados de severidad.

Es uno de los instrumentos más utilizados en la práctica clínica y en la investigación.

Para interpretarlo se suma la puntuación de los respectivos ítems de las escalas positiva, negativa y de psicopatología general. Las puntuaciones oscilarán entonces entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa, y entre 16 y 112 para la escala de psicopatología general.

La puntuación de la escala compuesta se obtiene restando la puntuación de la escala negativa a la puntuación de la escala positiva. El valor de esta escala puede ser positivo o negativo y su cifra puede oscilar entre -42 y +42.

No existe puntos de corte para las puntuaciones directas obtenidas, sino que éstas se transforman mediante una tabla de conversión en percentiles. Como se presenta en la Tabla 17.

Tabla No. 17. Percentiles correspondientes a las puntuaciones directas del PANSS (García-Portilla et al., 2006).

Percentil	Puntuación en Escala P	Puntuación en Escala N	Puntuación en Escala C	Puntuación en Escala PG
5	12	9	-24	28
25	21	19	-10	38
50	26	25	1	45
75	31	35	10	52
95	38	43	19	61

Nivel Socioeconómico

Índice de Medición de las características socioeconómicas (Bronfman, Guiscafre, Castro, Castro y Gutiérrez, 1988). Tiene por objetivo la construcción del INSE (Índice Socioeconómico). Las variables que se toman en cuenta durante la encuesta son:

- material del piso de la vivienda
- disponibilidad de agua potable
- forma de eliminación de excretas
- número de personas en la vivienda
- número de cuartos en la vivienda
- escolaridad del paciente

En el proceso de construcción del INSE, se toma en cuenta el número de personas y el número de cuartos en una variable denominada Nivel de Hacinamiento (número de personas por cuarto). Con esta variable y las otras tres relacionadas con características de la vivienda –material del piso, disponibilidad de agua potable, eliminación de excretas-, se construye un Índice de Condiciones de Vivienda (INCOVI) y se atribuye un valor a cada categoría de cada variable. Se atribuye 2 a la más positiva, 1 a la intermedia y 0 a la situación más deteriorada. Para conformar el INSE se combina el INCOVI con el Nivel de Escolaridad.

Discapacidad

Lista de Cotejo de la CIF. Ya descrita en la tercera fase del primer estudio.

WHO-DAS II. Ya descrito en la tercera fase del primer estudio.

Procedimiento

Para desarrollar el trabajo de evaluación, se conformó un equipo de tres personas constituido por la investigadora principal (estudiante del Doctorado en Psicología de la Salud y dos clínicos auxiliares (Clínico A y Clínico B [ambos residentes de la especialidad en psiquiatría]), que llevarían a cabo la aplicación de los instrumentos descritos.

En una primera etapa de trabajo se recibió entrenamiento en el manejo de los instrumentos requeridos. La investigadora principal recibió la capacitación para el manejo del manual CIF y de la Lista de Cotejo de la CIF, en un taller impartido por el Grupo Promotor de la Red Mexicana de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), en el Centro Nacional de Rehabilitación el 3 de Septiembre de 2002. En este taller se abordaron los antecedentes de la CIF, su estructura, la descripción de la Lista de Cotejo y la aplicación de esta en la evaluación de casos clínicos.

Posteriormente el Clínico A, recibió capacitación de marzo a mayo de 2004 para el manejo de las escalas HAM-A, HAM-D y PANSS. Por último, el Clínico B, recibió capacitación durante abril de 2004 para el manejo del WHO-DAS II.

Se presentó el protocolo de investigación a la Dirección Médica del Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano”, de donde se turnó al Comité de Bioética del mismo hospital para su análisis y el cual fue aprobado el 1 de febrero de 2004 (Apéndice D).

Los datos para el estudio fueron recolectados del 27 de Mayo de 2004 al 20 de Junio de 2005. Los participantes fueron evaluados en primer lugar por el Clínico A, quien a través de entrevista obtenía los datos referentes a ficha de identificación, motivo de la consulta, historia del padecimiento actual, antecedentes personales, antecedentes familiares y examen mental. Con esta información, además de establecer un diagnóstico de acuerdo con los criterios del capítulo F (V) de la CIE-10 que trata sobre los trastornos mentales y del comportamiento, verificaba que el paciente estuviera dentro de los criterios de inclusión y fuera de los de exclusión. Si el sujeto cumplía con todo esto y recibía un diagnóstico dentro de alguna de las categorías ansiedad, depresión y esquizofrenia, la investigadora principal le invitaba a participar en el estudio de la siguiente manera: “actualmente estamos realizando en este servicio una investigación que tiene por objetivo conocer las limitaciones que las personas con [ansiedad, depresión o esquizofrenia] tienen para llevar a cabo sus actividades diarias y para relacionarse con otras personas. También queremos conocer los problemas que presentan en su salud física y el apoyo que reciben de otras personas. Los resultados que se obtengan servirán para proponer mejoras en la atención a la salud de las personas que presentan [ansiedad, depresión o esquizofrenia]. Para llevar a cabo este estudio necesitamos que Usted nos conteste cuatro cuestionarios. El tiempo que tardaremos es de 45 a 60 minutos ¿Desea Usted participar? ¿Tiene Usted alguna pregunta?” Si el paciente aceptaba, el Clínico A le aplicaba el instrumento de sintomatología correspondiente [HAM-A, HAM-D o PANSS].

Posteriormente era entrevistado por el Clínico B, para llenar el WHO-DAS-II, después la investigadora principal lo entrevistaba y en caso de que el paciente acudiera a consulta acompañado por un familiar, también se le entrevistaba, con la finalidad de tener un punto de vista externo al paciente en relación a las consecuencias del trastorno. Al terminar estas entrevistas, se consultaba el expediente clínico (cuando se disponía de él y presentaba suficiente información acerca del paciente) y con base en la información reunida se procedía a llenar el formato de la Lista de Cotejo de la CIF.

Como último paso se le proporcionaba un lápiz, el cuestionario SCL-90, se leían en voz alta las instrucciones y se le dejaba a solas para que lo contestara. Algunos pacientes con esquizofrenia no pudieron contestar el SCL-90 por sí mismos, por lo que la investigadora principal les proporcionó una tarjeta que tenía escritas las opciones de respuesta, les leyó cada reactivo en voz alta y les pidió que proporcionaran sus respuestas de manera oral, mismas que fueron registradas en el formato del SCL-90.

No se elaboró consentimiento informado escrito ya que el diseño del estudio no era experimental y el paciente no corría riesgo alguno al contestar los instrumentos empleados.

Análisis estadísticos del segundo estudio

Los datos obtenidos fueron capturados en el software Foxbase 2.1 y analizados en los paquetes estadísticos SAS 8.0 y SPSS 13.0 para Windows.

Para las variables sociodemográficas dimensionales en cuanto a estadísticos descriptivos se calcularon Medias, Desviaciones Estándar y Medianas; en cuanto a estadística inferencial para comparar los tres grupos se realizó ANOVA de una entrada (no relacionado).

Para analizar las variables sociodemográficas nominales, los diagnósticos detectados y los pacientes excluidos del estudio, se obtuvieron Frecuencias y Porcentajes y para calcular diferencias entre grupos se empleó Chi Cuadrada.

Respecto a los puntajes de HAM-A, HAM-D, PANSS, SCL-90L y WHO-DAS II, también se obtuvieron Medias, Desviaciones Estándar y Medianas. Para hacer comparaciones intergrupales respecto a SCL-90 y WHO-DAS II se utilizó Kruskal-Wallis, ya que las escalas tenían un nivel de medición ordinal.

Debido a que las calificaciones de la Lista de Cotejo de la CIF no presentaban una distribución normal en los tres grupos, los valores se dicotomizaron de la siguiente manera: se asignó 0 a no hay deficiencia/no hay dificultad y 1 (deficiencia/dificultad) a todas las respuestas que oscilaban de 1 a 8. Se eliminaron todas las respuestas con calificación de 9 (no aplicable).

Hecho esto, se calcularon Frecuencias y Porcentajes para cada categoría de la Lista de Cotejo en los tres grupos de estudio y se utilizó Chi Cuadrada para determinar las diferencias entre los grupos estudiados respecto a la *Parte 1a: Funciones Corporales* y la *Parte 2: Actividades y Participación*. En la *Parte 3: Factores Ambientales*, también se dicotomizaron los valores, se asignó 0 a no hay barrera/no hay facilitador y 1 (barrera/dificultad) a todas las respuestas que oscilaban de 1 a 4. Se realizaron los mismos análisis estadísticos que se hicieron en las partes 1a y 2 de la Lista.

En el *Anexo 1: Información Breve sobre la Salud* se calcularon Frecuencias y Porcentajes en la autoevaluación de salud de los pacientes y Kruskal-Wallis para la comparación entre grupos debido a que el nivel de medición era ordinal; para las condiciones de salud y tratamientos, que eran datos nominales se calcularon Frecuencias y Porcentajes y se compararon los grupos a través de Chi Cuadrada.

También se tenían datos dimensionales referentes a la condición de salud y toma de medicamento, en cuyo caso se obtuvo Media, Desviación Estándar y Mediana y para hacer la comparación entre grupos se calculó ANOVA de una entrada (no relacionado).

Para conocer la relación de los puntajes del SCL-90 con los puntajes del HAM-A, HAM-D y PANSS, del SCL-90 con las partes 1a y 2 de la Lista de Cotejo; de los puntajes del HAM-A, HAM-D y PANSS con las partes 1a y 2 de la Lista de Cotejo y de la cronicidad del trastorno con las partes 1a y 2 de la Lista de Cotejo, en los tres grupos, se realizó Correlación de Spearman.

En relación a los objetivos planteados, los análisis estadísticos que se llevaron a cabo fueron los siguientes:

OBJETIVO	ANÁLISIS ESTADÍSTICO
Comparar la discapacidad que se presenta en los pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos	Chi Cuadrada para los puntajes obtenidos en las partes 1a (Funciones Corporales) y 2 (Actividades y Participación) de la Lista de Cotejo en las tres categorías diagnósticas
Comparar la presencia de barreras en Factores Ambientales entre pacientes que presentan trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos	Chi Cuadrada para los puntajes obtenidos en la sección barreras de la 3ª parte (Factores Ambientales) de la Lista de Cotejo en las tres categorías diagnósticas
Comparar la presencia de facilitadores en Factores Ambientales entre pacientes que presentan trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos	Chi Cuadrada para los puntajes obtenidos en la sección facilitadores de la 3ª parte (Factores Ambientales) de la Lista de Cotejo en las tres categorías diagnósticas

OBJETIVO

Conocer la relación entre psicopatología general e intensidad de sintomatología en pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos

Conocer la relación existente entre discapacidad y psicopatología general en los pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos

Conocer la relación entre discapacidad e intensidad de la sintomatología en pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos

Conocer la relación entre discapacidad y cronicidad del trastorno en pacientes con ansiedad, depresión o esquizofrenia

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Correlación de Spearman entre los puntajes del SCL-90 y los puntajes de los instrumentos de intensidad de la sintomatología (HAM-A en los pacientes con ansiedad, HAM-D en los pacientes con depresión y PANSS en los pacientes con esquizofrenia)

Correlación de Spearman entre los puntajes de 1ª y 2ª partes de la Lista de Cotejo y los puntajes del SCL-90 en los tres grupos

Correlación de Spearman entre los puntajes de 1ª y 2ª partes de la Lista de Cotejo y los del HAM-A (en el grupo de ansiedad), los del HAM-D (en el grupo de depresión) y los de la PANSS (en el grupo de esquizofrenia)

Correlación de Spearman entre los puntajes de las partes 1 y 2 de la Lista de Cotejo y los años que tienen los pacientes con el trastorno detectado en los tres grupos estudiados

Consideraciones Éticas

Para llevar a cabo el primer estudio se pidió de manera verbal la colaboración voluntaria de los expertos que participaron en los ejercicios de evaluación de la aplicabilidad de la CIF y su Lista de Cotejo. Se procuró mayor cuidado en la fase en que participaron alumnos de posgrado de la UNAM y del Instituto Nacional de Psiquiatría, ya que se garantizó que en caso de que decidieran no participar, no tendría efecto en la evaluación de la materia que en ese momento se encontraban cursando y para lograr esto sus respuestas fueron totalmente anónimas.

Para recabar los datos de la tercera fase del primer estudio y todo el segundo estudio, se presentó el protocolo de investigación al Comité de Bioética del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, el cual dio su aprobación por escrito.

Antes de hacer la aplicación de instrumentos se obtuvo consentimiento informado verbal por parte de los pacientes, el cual como se explicó anteriormente no se hizo escrito porque el diseño del estudio no era experimental y el paciente no corría riesgo alguno al contestar los instrumentos empleados.

En general para el trabajo con los pacientes se tomaron en cuenta los artículos 41, 42 y 44 del Capítulo VII del Código de Bioética para el Personal de Salud de México (2002), referentes a la Investigación en Salud, los cuales dicen:

41.- Las investigaciones básicas, clínicas u operacionales en las que interviene el equipo de salud *deben ser aprobadas* por los Comités creados ex-profeso en las instituciones donde laboran, previo análisis de los protocolos diseñados por los participantes en el estudio.

42.- Los investigadores recabarán el consentimiento informado de las personas sujetas a la investigación o en su caso de sus apoderados o tutores. El consentimiento se obtendrá con la clara descripción del estudio, de sus riesgos y el planteamiento del

derecho del paciente a retirarse de la investigación cuando así lo desee, sin que ello afecte en modo alguno su ulterior atención médica.

44.- Particular cuidado se tendrá en no emplear en una investigación como grupo de estudio o grupo testigo a personas que estén dispuestas a aceptar su colaboración sólo por su condición de dependientes o cautivos.

RESULTADOS

PRIMER ESTUDIO

Primera fase

Objetivo:

Determinar la aplicabilidad del componente Actividades y Participación de la CIF y su Lista de Cotejo en pacientes con trastornos psiquiátricos.

En esta fase se tomaron en cuenta las respuestas de 15 expertos en salud mental, quienes eligieron los ítems de las subescalas del componente Actividades y Participación, que tiene como prefijo la letra d y que fueron tomados directamente del manual de la CIF, que consideraron importantes de valorar en pacientes con trastornos mentales. En total revisaron 118 ítems y de éstos eligieron 99, de los cuales 15 pertenecían a Aprendizaje y Aplicación del conocimiento, cuatro a Tareas y Demandas Generales, 11 a Comunicación, 18 a Movilidad, nueve a Autocuidado, 10 a Vida Doméstica, 11 a Interacciones y Relaciones Interpersonales, 17 a Áreas Principales de la Vida y cuatro a Vida Comunitaria, Social y Cívica. El punto de corte que se estableció fue de 30% de la elección de los expertos (Tabla 18).

El número de ítems que alcanzaron o sobrepasaron el punto de corte fueron 43, cuya distribución quedó así: cinco (11.43%) de Aprendizaje y Aplicación del conocimiento, cuatro (9.30%, todas las que propusieron) de Tareas y Demandas Generales, seis (13.95%) de Comunicación, 10 (23.26%) de Movilidad, seis (13.95%) de Autocuidado, cuatro (9.30%) de Vida Doméstica, seis (13.95%) de Interacciones y

Relaciones Interpersonales, una (2.33%) de Áreas Principales de la Vida y una (2.33%) de Vida Comunitaria, Social y Cívica.

Tabla No. 18. Ítems de la escala Actividades y Participación elegidos por el grupo de expertos.

Código	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Incluidos en Lista de Cotejo de la CIF
APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO				
d110	Mirar	6	40	X
d115	Escuchar	5	33.33	X
d120	Otras experiencia sensoriales intencionales	5	33.33	
d129	Experiencias sensoriales intencionadas, otras especificadas y no especificadas	2	13.33	
d130	Copiar	3	20	
d135	Repetir	3	20	
d150	Aprender a calcular	1	6.67	X
d155	Adquisición de habilidades	1	6.67	
d160	Centrar la atención	5	33.33	
d163	Pensar	2	13.33	
d166	Leer	2	13.33	
d170	Escribir	2	13.33	
d172	Calcular	3	20	
d175	Resolver problemas	6	40	X
d177	Tomar decisiones	2	13.33	
TAREAS Y DEMANDAS GENERALES				
d210	Llevar a cabo una única tarea	13	86.67	X
d220	Llevar a cabo múltiples tareas	5	33.33	X
d230	Llevar a cabo rutinas diarias	7	46.67	
d240	Manejo del estrés y otras demandas psicológicas	6	40	
COMUNICACIÓN				
d310	Comunicación-recepción de mensajes hablados	7	46.67	X
d315	Comunicación-recepción de mensajes no verbales	9	60	X

Código	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Incluidos en Lista de Cotejo de la CIF
d320	Comunicación-recepción de mensajes en lenguaje de signos convencional	2	13.33	
d325	Comunicación-recepción de mensajes escritos	2	13.33	
d330	Hablar	7	46.67	X
d335	Producción de mensajes no verbales	8	53.33	X
d340	Producción de mensajes en lenguaje de signos convencional	3	20	
d345	Mensajes escritos	3	20	
d350	Conversación	10	66.67	X
d355	Discusión	7	46.67	
d360	Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación	4	26.67	
MOVILIDAD				
d410	Cambiar las posturas corporales básicas	11	73.33	
d415	Mantener la posición del cuerpo	8	53.33	
d420	“transferir el propio cuerpo”	8	53.33	
d429	Cambiar y mantener la posición del cuerpo, otra especificada y no especificada	3	20	
d430	Levantar y llevar objetos	10	66	X
d435	Mover objetos con las extremidades inferiores	4	26.67	
d440	Uso fino de la mano	8	53.33	X
d445	Uso de la mano y el brazo	6	40	
d449	Llevar, mover y usar objetos, otro especificado y no especificado	1	6.67	
d450	Andar	11	73.33	X
d455	Desplazarse por el entorno	6	40	
d460	Desplazarse por distintos lugares	8	53.33	
d465	Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	3	20	X
d469	Andar y moverse, otro especificado y no especificado	2	13.33	
d470	Utilización de medios de transporte	7	46.67	X

Código	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Incluidos en Lista de Cotejo de la CIF
d475	Conducción	1	6.67	X
d498	Movilidad, otro especificado	1	6.67	
d499	Movilidad, otro no especificado	1	6.67	
AUTOCAUIDADO				
d510	Lavarse	14	93.33	X
d520	Cuidado de las partes del cuerpo	10	66.67	X
d530	Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	11	73.33	X
d540	Vestirse	13	66.67	X
d550	Comer	11	73.33	X
d560	Beber	8	53.33	X
d570	Cuidado de la propia salud	3	20	X
d598	Autocuidado, otro especificado	2	13.33	
d599	Autocuidado, otro no especificado	2	13.33	
VIDA DOMÉSTICA				
d610	Adquisición de un lugar para vivir	3	20	
d620	Adquisición de bienes y servicios	3	20	X
d629	Adquisición de lo necesario para vivir, otra especificada y no especificada	2	13.33	
d630	Preparar comidas	8	53.33	X
d640	Realizar los quehaceres de la casa	8	53.33	X
d649	Tareas del hogar, otras especificadas y no especificadas	2	13.33	
d650	Cuidado de los objetos del hogar	8	53.33	
d660	Ayudar a los demás	7	46.67	X
d669	Cuidado de los objetos del hogar y ayudar a los demás, otro especificado y no especificado	2	13.33	
d698	Vida doméstica, otras especificadas	2	13.33	
INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES				
d710	Interacciones interpersonales básicas	11	73.33	

Código	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Incluidos en Lista de Cotejo de la CIF
d720	Interacciones interpersonales complejas	6	40	X
d729	Interacciones interpersonales complejas	2	13.33	
d730	Interacciones interpersonales generales, otras especificadas y no especificadas	7	46.67	X
d740	Relaciones formales	6	40	X
d750	Relaciones sociales informales	5	33.33	X
d760	Relaciones familiares	6	40	X
d770	Relaciones íntimas	3	20	X
d779	Relaciones interpersonales particulares, otras especificadas y no especificadas	2	13.33	
d798	Interacciones y relaciones interpersonales, otras especificadas	2	13.33	
d799	Interacciones y relaciones interpersonales, otras no especificadas	2	13.33	
ÁREAS PRINCIPALES DE LA VIDA				
d810	Educación no reglada	2	13.33	X
d815	Educación pre-escolar	1	6.67	
d820	Educación escolar	1	6.67	X
d825	Educación profesional	1	6.67	
d830	Educación superior	1	6.67	X
d839	Educación, otra especificada y no especificada	1	6.67	
d840	Aprendizaje (preparación para el trabajo)	5	33.33	
d845	Conseguir, mantener y finalizar un trabajo	3	20	
d850	Trabajo remunerado	3	20	X
d855	Trabajo no remunerado	2	13.33	
d859	Trabajo y empleo, otro especificado y no especificado	1	6.67	
d860	Transacciones económicas básicas	3	20	X
d865	Transacciones económicas complejas	1	6.67	
d870	Autosuficiencia económica	3	20	X
d879	Vida económica, otra especificada y no especificada	1	6.67	
d898	Áreas principales de la vida, otras especificadas	1	6.67	

Código	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Incluidos en Lista de Cotejo de la CIF
d899	Áreas principales de la vida, otras no especificadas	1	6.67	
VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CÍVICA				
d910	Vida comunitaria	4	26.67	X
d920	Tiempo libre y ocio	7	46.67	X
d940	Derechos humanos	1	6.67	X
d950	Vida política y ciudadanía	1	6.67	X

Se estableció una comparación entre los ítems que rebasaron el punto de corte y los que están de por sí incluidos en la Lista de Cotejo de la CIF y se encontró que 29 de los 43 que sobrepasaron el punto de corte están incluidos en la Lista de Cotejo de CIF. Por otra parte, la coincidencia de ítems elegidos con los incluidos en la Lista de Cotejo es baja, ya que de los 99 seleccionados por el grupo, sólo 44 están incluidos en la lista y 21 de las 99 son categorías que tienen el calificador de otras, tanto especificadas como no especificadas.

En cuanto a ítems específicos, los que se consideraron más importantes de evaluar en pacientes psiquiátricos fueron: [d210] Llevar a cabo una única tarea, [d350] Conversación, [d410] Cambiar las posturas corporales básicas, [d430] Levantar y llevar objetos, [d450] Andar, [d510] Lavarse, [d520] Cuidado de partes del cuerpo, [d530] Higiene personal relacionada con los procesos de excreción, [d540] Vestirse, [d550] Comer e [d710] Interacciones Interpersonales básicas.

Conclusión de primera fase

De acuerdo con lo obtenido en este primer estudio, se concluye que para los expertos que participaron, las subescalas más importantes de evaluar en los pacientes con trastornos mentales fueron Comunicación, Movilidad, Autocuidado e Interacciones y

Relaciones Interpersonales. Por otra parte las menos importantes para ellos fueron Áreas Principales de la Vida y Vida Comunitaria, Social y Cívica.

El grupo de expertos eligió un gran número de categorías del tipo otras, tanto especificadas como no especificadas.

Segunda fase

Objetivo:

Determinar la aplicabilidad de la CIF en pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos.

En esta segunda fase, se pidió a un grupo de 56 expertos (todos con formación médica) que leyeran cinco viñetas clínicas que ilustraban casos de los siguientes trastornos mentales: depresión mayor, depresión pos parto, ansiedad generalizada, esquizofrenia paranoide y trastorno psicótico breve, posteriormente que señalaran en cada una de las viñetas las deficiencias en Funciones y Estructuras Corporales, las limitaciones en la Actividad, las restricciones en la Participación y los Factores Ambientales que se expresaban en estas.

Las categorías que eligieron los expertos en cada una se presentan a continuación. El punto de corte también se estableció en 30% de la elección de los encuestados.

Viñeta Depresión Mayor

La viñeta trata de Sara, una mujer de 29 años que reside en Bangkok. El grupo de expertos eligió 37 ítems, de los que nueve fueron de Funciones Corporales, uno de Estructuras Corporales, 19 de Actividades y Participación y ocho de Factores Ambientales. De los ítems elegidos, 11 coincidieron con la Lista de Cotejo, uno de Funciones Corporales, cuatro de Actividades y Participación y seis de Factores Ambientales (Tabla 19).

Los ítems que sobrepasaron el punto de corte fueron 16, las categorías con mayor porcentaje fueron [b1300] nivel de energía, [b1301] Motivación, [b1302] Apetito, b1400 Mantenimiento de la atención (Funciones Corporales), d7500 Relaciones con amigos, d7502 Relaciones informales con conocidos (Actividades y Participación), e310 Familiares cercanos, e320 Amigos, e325 Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad y e330 Personas con cargos de autoridad (Factores Ambientales).

Tabla No. 19. Ítems seleccionados por el grupo de expertos para la Viñeta Depresión Mayor.

Código	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Incluido en Lista de Cotejo de la CIF
Funciones Corporales				
d1260	Extroversión	13	23.21	
b1263	Estabilidad psíquica	21	37.5	
b1300	Nivel de energía	35	62.5	
b1301	Motivación	26	46.63	
b1302	Apetito	35	62.5	
b1343	Calidad del sueño	10	17.86	
b1349	Funciones del sueño, no especificadas	18	32.14	
b140	Funciones de la atención	11	19.64	
b1400	Mantenimiento de la atención	30	53.57	X
Estructuras Corporales				
s1109	Estructura del cerebro, no especificada	11	19.64	
Actividades y Participación				
d2401	Manejo del estrés	15	26.79	
d3500	Iniciar una conversación	13	23.21	
d520	Cuidado de las partes del cuerpo	15	26.79	X
d550	Comer	11	19.64	X
d560	Beber	21	37.5	X
d5701	Control de la dieta y la forma física	16	28.57	
d599	Autocuidado, no especificado	14	25	
d6409	Realizar los quehaceres de la casa, no especificado	19	33.93	

Código	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Incluido en Lista de Cotejo de la CIF
d6509	Cuidado de los objetos del hogar, no especificado	12	21.43	
d699	Vida doméstica, no especificadas	15	26.79	
d7109	Interacciones interpersonales básicas, no especificadas	11	19.64	
d7500	Relaciones informales con amigos	34	60.71	
d7502	Relaciones informales con conocidos	31	55.36	
d7601	Relaciones hijo-padre	20	35.71	
d7700	Relaciones sentimentales	15	26.79	
d840	Aprendizaje (preparación para el trabajo)	10	17.86	
d845	Conseguir, mantener y finalizar un trabajo	17	30.36	
d850	Trabajo remunerado	10	17.86	X
d8502	Trabajo a jornada completa	13	23.21	
Factores Ambientales				
e1100	Comida	12	21.43	
e1602	Productos y tecnología relacionados con el uso/explotación de zonas urbanas	10	17.86	
e310	Familiares cercanos	39	69.64	X
e320	Amigos	39	69.64	X
e325	Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad	30	53.57	X
e330	Personas en cargos de autoridad	24	42.86	X
e410	Actitudes individuales de miembros de la familia cercana	14	25	X
e440	Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda	15	26.79	X

Viñeta Depresión Pos Parto

La viñeta es acerca de Rita, de 40 años de edad y quien vive en Estonia. El grupo eligió 25 ítems, de los cuales ocho se encuentran en la Lista de Cotejo de la CIF: siete de

Funciones Corporales, 17 de Actividades y Participación y uno de Factores Ambientales. El grupo no eligió ítems del componente Estructuras Corporales (Tabla 20).

El número de ítems que sobrepasó el punto de corte fue muy bajo, tan sólo ocho: [b1300] Nivel de energía, [b1301] Motivación, [b1302] Apetito, [b1400] Mantenimiento de la atención (Funciones Corporales), [d510] Lavarse, [d5100] Lavar partes individuales del cuerpo, [d6402] Limpieza de la vivienda (Actividades y Participación) y [e310] Apoyo de familiares cercanos (Factores Ambientales).

Tabla No. 20. Ítems elegidos por el grupo de expertos para la Viñeta Depresión Pos Parto.

Código	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Incluido en Lista de Cotejo de la CIF
Funciones Corporales				
b1263	Estabilidad psíquica	13	23.21	
b1300	Nivel de energía	24	42.86	
b1301	Motivación	26	46.43	
b1302	Apetito	29	51.79	
b1400	Mantenimiento de la atención	18	32.14	
b152	Funciones emocionales	10	17.86	
b1520	Adecuación de la emoción	10	17.86	
Actividades y Participación				
d2200	Realizar múltiples tareas	15	26.79	X
d2301	Dirigir la rutina diaria	15	26.79	
d3504	Conversar con muchas personas	14	25	
d510	Lavarse	20	35.71	X
d5101	Lavar partes individuales del cuerpo	20	35.71	
d520	Cuidado de partes del cuerpo	11	19.64	X
d550	Comer	14	25	X
d570	Cuidado de la propia salud	15	26.79	X
d6402	Limpieza de la vivienda	21	37.5	
d6408	Realizar los quehaceres de la casa, otro especificado	10	17.86	
d650	Cuidado de los objetos del hogar	10	17.86	

Código	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Incluido en Lista de Cotejo de la CIF
d6600	Ayudar a los demás en el autocuidado	15	26.79	X
d7502	Relaciones informales con conocidos	10	17.86	
d760	Relaciones familiares	12	21.43	X
d7600	Relaciones padre-hijo	10	17.86	
d7602	Relaciones fraternales	11	19.64	
d7603	Relaciones con otros familiares	14	25	
Factores Ambientales				
e310	Familiares cercanos	26	46.43	X

Viñeta Ansiedad Generalizada

La viñeta trata el caso de Ana, una mujer de 60 años de edad que vive en las afueras de Lisboa. El grupo eligió 22 ítems: siete de Funciones Corporales, 10 de Actividades y Participación y cinco de Factores ambientales. No escogieron ninguno de la escala Estructuras Corporales. De los ítems seleccionados sólo dos coinciden con la Lista de Cotejo (Tabla 21).

El número de ítems que sobrepasaron el punto de corte fue mucho más bajo que en el caso de la viñeta depresión pos parto, sólo cinco: [b1303] Ansia, [b2403] Náusea asociada con el mareo y el vértigo (Funciones Corporales), [d4701] Utilización de un medio de transporte con motor, [d6402] Limpieza de la vivienda y [d7500] Relaciones informales con amigos (Actividades y Participación).

Tabla No. 21. Ítems elegidos por el grupo de expertos para la Viñeta Ansiedad Generalizada.

Código	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Incluido en Lista de Cotejo de la CIF
Funciones Corporales				
b1263	Estabilidad psíquica	10	17.86	
b1301	Motivación	11	19.64	
b1303	Ansia (“craving”)	26	46.43	

Código	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Incluido en Lista de Cotejo de la CIF
b1344	Funciones del ciclo de sueño	12	21.43	
b1401	Cambios en la atención	13	23.21	
b2401	Mareo	15	26.79	
b2403	Náusea asociada con el mareo y el vértigo	21	37.5	
Actividades y participación				
d163	Pensar	12	21.43	
d4402	Manipular	10	17.86	
d4501	Andar distancias largas	11	19.64	
d4508	Andar, otro especificado	13	23.21	
d4701	Utilización de un medio de transporte con motor	17	30.36	
d5100	Lavar partes individuales del cuerpo	15	26.79	
d6402	Limpieza de la vivienda	26	46.43	
d7701	Relaciones conyugales	13	23.21	
d7702	Relaciones sexuales	14	25	
d7500	Relaciones informales con amigos	17	30.36	
Factores Ambientales				
e1101	Medicamentos	11	19.64	
e1401	Productos y tecnología de ayuda para las actividades culturales, recreativas y deportivas	13	23.21	
e310	Familiares cercanos	13	23.21	X
e320	Amigos	16	28.57	X
e9300	Religión organizada	13	23.21	

Viñeta Esquizofrenia Paranoide

El paciente de la viñeta es Amón, un hombre de 30 años que reside en una ciudad de Kenia. En esta viñeta el grupo de expertos eligió 42 ítems: ocho de Funciones

Corporales, seis de Estructuras Corporales, 20 de Actividades y Participación y ocho de Factores Ambientales. 27 de los 42 coinciden con la Lista de Cotejo de la CIF (Tabla 22).

Los ítems que sobrepasaron el punto de corte fueron 13, los más altos fueron [b1600] Flujo de pensamiento, [b1601] Forma del pensamiento, [b1602] Contenido del pensamiento (Funciones Corporales), [d520] Cuidado de partes del cuerpo, [d510] Lavarse, [d760] Relaciones familiares, [d770] Relaciones íntimas (Actividades y Participación) y [e325] Familiares cercanos (Factores Ambientales).

*Tabla No. 22. Ítems elegidos por el grupo de expertos para la *Vineta Esquizofrenia Paranoide*.*

Código	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Incluido en Lista de Cotejo de la CIF
Funciones Corporales				
b126	Funciones del temperamento y la personalidad	13	23.21	
b130	Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	12	21.43	X
b152	Funciones emocionales	12	21.43	X
b160	Funciones del pensamiento	13	23.21	
b1600	Flujo del pensamiento	45	80.36	
b1601	Forma del pensamiento	22	39.29	
b1602	Contenido del pensamiento	28	50	
b164	Funciones cognitivas superiores	13	23.21	X
Estructuras Corporales				
s110	Estructura del cerebro	19	33.93	X
s1109	Estructura del cerebro, no especificada	10	17.86	
s220	Estructura del globo ocular	11	19.64	
s240	Estructura del oído externo	10	17.86	
s410	Estructura del sistema cardiovascular	11	19.64	X
s420	Estructura del sistema inmunológico	10	17.86	
Actividades y Participación				
d129	Actividades sensoriales intencionadas	15	26.79	

Código	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Incluido en Lista de Cotejo de la CIF
d175	Resolver problemas	19	33.93	X
d310	Comunicación-recepción de mensajes hablados	15	26.79	X
d330	Hablar	12	21.43	X
d335	Producción de mensajes no verbales	11	19.64	X
d350	Conversación	11	19.64	X
d510	Lavarse	24	42.86	X
d5101	Lavar todo el cuerpo	10	17.86	
d520	Cuidado de partes del cuerpo	26	46.43	X
d550	Comer	13	23.21	X
d570	Cuidado de la propia salud	19	33.93	X
d640	Realizar los quehaceres de la casa	15	26.79	X
d710	Interacciones interpersonales básicas	10	17.86	
d750	Relaciones sociales informales	12	21.43	X
d760	Relaciones familiares	28	50	X
d7600	Relaciones padre-hijo	11	19.64	
d770	Relaciones íntimas	26	46.43	X
d850	Trabajo remunerado	14	25	X
d860	Transacciones económicas básicas	17	30.36	X
d870	Autosuficiencia económica	11	19.64	X
Factores Ambientales				
e110	Productos o sustancias para el consumo personal	11	19.64	X
e120	Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos	17	30.36	X
e155	Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado	12	21.43	X
e160	Productos y tecnología relacionados con el uso/explotación del suelo	12	21.43	
e210	Geografía física	11	19.64	

Código	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Incluido en Lista de Cotejo de la CIF
e310	Familiares cercanos	35	62.5	X
e325	Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad	12	21.43	X
e410	Actitudes individuales de miembros de la familia cercana	13	23.21	X

Viñeta Trastorno Psíquico Breve

Describe el caso de María, una paciente de 40 años que vive en una pequeña comunidad en las afueras de Ciudad de México. Es importante mencionar que la viñeta menciona que María ya se curó del trastorno mental y que actualmente no tiene ninguna enfermedad física o psicológica. El grupo de expertos eligió 20 ítems, de los cuales uno pertenecía a Funciones Corporales, dos a Estructuras Corporales, 13 a Actividades y Participación y cuatro a Factores Ambientales. Por otra parte, ocho coinciden con la Lista de Cotejo de la CIF: uno de Estructuras Corporales, tres de Actividades y Participación y cuatro de Factores Ambientales (Tabla 23).

Los ítems que sobrepasaron el punto de corte fueron nueve: [d710] Interacciones interpersonales básicas, [d740] Relaciones formales, [d750] Relaciones sociales informales, [d845] Conseguir, mantener y finalizar un trabajo, [d8501] Trabajo a tiempo parcial, [d9202] Arte y cultura (Actividades y Participación), [e310] Familiares cercanos, [e325] Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad y [e440] Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda.

Tabla No. 23. Ítems elegidos por el grupo de expertos para la Viñeta Trastorno Psíquico Breve.

Código	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Incluido en Lista de Cotejo de la CIF
Funciones Corporales				
b1609	Funciones del pensamiento, no especificadas	14	25	

Código	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Incluido en Lista de Cotejo de la CIF
Estructuras Corporales				
s110	Estructura del cerebro	13	23.21	X
s1100	Estructura de los lóbulos corticales	10	17.86	
Actividades y Participación				
d710	Interacciones interpersonales básicas	19	33.93	
d740	Relaciones formales	17	30.36	X
d750	Relaciones sociales informales	20	35.71	X
d7500	Relaciones informales con amigos	14	25	
d7601	Relaciones hijo-padre	14	25	
d7603	Relaciones con otros familiares	14	25	
d7701	Relaciones conyugales	14	25	
d840	Aprendizaje (preparación para el trabajo)	12	21.43	
d845	Conseguir, mantener y finalizar un trabajo	23	41.07	
d8501	Trabajo a tiempo parcial	22	39.29	
d8502	Trabajo a jornada completa	11	19.64	
d9202	Arte y cultura	20	35.71	
d930	Religión y espiritualidad	11	19.64	X
Factores Ambientales				
e310	Familiares cercanos	37	66.07	X
e325	Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad	25	44.64	X
e410	Actitudes individuales de miembros de la familia cercana	12	21.43	X
e440	Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda	21	37.5	X

Conclusión de segunda fase

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta segunda fase, se concluye que el grado de consenso alcanzado por el grupo de expertos fue alto en la evaluación de los casos de depresión mayor y esquizofrenia paranoide.

El consenso alcanzado fue bajo cuando identificaron limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en los casos que ilustraban la ansiedad generalizada y el trastorno psicótico breve, aún cuando identificaron un número alto de ítems.

El mayor consenso se alcanzó en la identificación de Factores Ambientales de las cinco viñetas analizadas y el ítem [e310] familiares cercanos fue el más señalado en todos los casos.

La escala Estructuras Corporales no se identificó como relevante al evaluar la discapacidad de los casos revisados.

El grupo de expertos tendió a elegir ítems que no figuraban en las viñetas.

Tercera fase

Objetivo:

Obtener la validez de la Lista de Cotejo de la CIF.

Participaron 100 pacientes (de quienes 51 eran mujeres) con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos, cuyo promedio de edad fue de 34.48 años (DE \pm 10.97) en los pacientes con trastornos de ansiedad, de 33.36 años (DE \pm 11.53) en los pacientes con depresión y 36.21 años (DE \pm 8.41) en los pacientes con esquizofrenia.

Se obtuvo la validez concurrente de la escala Actividades y Participación de la Lista de Cotejo de la CIF efectuando una correlación de Spearman contra el Cuestionario WHO-DAS-II (Tabla 24). Sólo se tomó en cuenta la escala mencionada de la Lista de Cotejo de la CIF porque es la única que es semejante en los aspectos que mide el WHO-DAS-II.

Lo que se encontró fue que los ítems de la subescala Autocuidado de la Lista de Cotejo, correlacionaron significativamente con Cuidado Personal que es la subescala equivalente en el WHO-DAS-II. Lo mismo sucedió entre todos los ítems de la subescala Interacciones y Relaciones Interpersonales con su equivalente, la subescala Relacionarse con otras Personas y con la subescala Vida Comunitaria, Social y Cívica con su homóloga en el WHO-DAS-II, Participación en Sociedad.

La mayor parte de los ítems de las subescalas Tareas y Demandas Generales, Autocuidado, Vida Doméstica, Interacciones y Relaciones Interpersonales y Vida Comunitaria, Social y Cívica de la Lista de Cotejo correlacionaron significativamente con todas las subescalas del WHO-DAS-II. Lo mismo sucedió con la mayor parte de los ítems de la subescala Comunicación y las subescalas Comprensión y Comunicación, Relacionarse con otras Personas y Participación en Sociedad.

La mayor parte de los ítems de la subescala Movilidad correlacionaron significativamente con los de las subescalas Comprensión y Cuidado Personal y lo mismo se observó entre la mayor parte de los ítems de la subescala Áreas Principales de la Vida y la subescala Cuidado Personal.

Tabla No. 24. Correlación de Spearman entre ítems de las subescalas de la Lista de Cotejo de la CIF y las subescalas del WHO-DAS-II.

	Comprensión y comunicación	Capacidad para moverse en su alrededor	Cuidado personal	Relacionarse con otras personas	Actividades de la vida diaria	Participación en sociedad
APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO						
d110 Mirar	.08	-.12	.06	.09	-.04	.06
d115 Escuchar	.21*	-.11	.17	.25*	.08	.23*
d140 Aprender a leer	.04	.22*	.05	.01	-.02	.06
d145 Aprender a escribir	-.13	-.13	-.12	-.06	-.14	-.12
d150 Aprender a calcular	-.13	.13	-.12	-.06	-.14	-.12
d175 Resolver problemas	.30**	.04	.28**	.27**	.16	.22*

	Comprensión y comunicación	Capacidad para moverse en su alrededor	Cuidado personal	Relacionarse con otras personas	Actividades de la vida diaria	Participación en sociedad
TAREAS Y DEMANDAS						
GENERALES						
d210 Llevar a cabo una tarea	.49**	.27**	.36**	.35**	.19	.41**
d220 Llevar a cabo múltiples tareas	.60**	.44**	.52**	.50**	.33**	.55**
COMUNICACIÓN						
d310 Comunicación- recepción de mensajes	.42**	.11	.28**	.36**	.24*	.35**
d315 Comunicación- recepción de mensajes no verbales	-.07	-.02	-.02	-.01	-.20	-.02
d330 Hablar	.27**	.12	.17	.25*	-.03	.22*
d335 Producción de mensajes no verbales	-.10	-.05	-.06	-.03	-.26*	-.09
d350 Conversación	.45**	.13	.30**	.39**	.18	.25*
MOVILIDAD						
d430 Levantar y llevar objetos	.27**	.20*	.29**	.10	.17	.13
d440 Uso fino de la mano	.41**	.15	.23*	.21*	-.01	.17
d450 Caminar	.21*	.26**	.20*	.17	.19	.19
d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	.04	.02	.13	.08	-.04	.17
d470 Utilización de medios de transporte	.43**	.14	.33**	.32**	.19	.20*
d475 Conducción	.13	.05	.19	.07	.04	.09
AUTOCAUIDADO						
d510 Lavarse	.56**	.51**	.77**	.37**	.51**	.46**
d520 Cuidado de las partes del cuerpo	.52**	.38**	.68**	.36**	.38**	.38**
d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	.45**	.17	.31**	.33**	.06	.27**
d540 Vestirse	.53**	.40**	.68**	.39**	.38**	.32**
d550 Comer	.44**	.32**	.58**	.28**	.40**	.25*
d560 beber	.43**	.33**	.50**	.30**	.36**	.30**
d570 Cuidado de la propia salud	.56**	.20*	.42**	.56**	.43**	.41**

	Comprensión y comunicación	Capacidad para moverse en su alrededor	Cuidado personal	Relacionarse con otras personas	Actividades de la vida diaria	Participación en sociedad
VIDA DOMÉSTICA						
d620 Adquisición de bienes y servicios	.47**	.15	.35**	.41**	.19	.26*
d630 Preparar comidas	.27**	.05	.08	.21*	.03	.20*
d640 Realizar los quehaceres de la casa	.35**	.25*	.33**	.34**	.33**	.32**
d660 Ayudar a los demás	.69**	.30**	.49**	.50**	.34**	.37**
INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES						
d720 interacciones interpersonales complejas	.60**	.20*	.44**	.60**	.36**	.42**
d730 Relacionarse con extraños	.60**	.23*	.43**	.70**	.39**	.40**
d740 Relaciones formales	.56**	.22*	.40**	.56**	.42**	.41**
d750 Relaciones sociales informales	.50**	.14	.33**	.58**	.33**	.36**
d760 Relaciones familiares	.46**	.21*	.43**	.46**	.41**	.36**
d770 Relaciones íntimas	.27**	.02	.13	.21*	.04	.24*
ÁREAS PRINCIPALES DE LA VIDA						
d810 Educación informal	.08	.16	.06	-.07	-.25*	-.04
d820 Educación escolar	.16	.13	.14	.16	-----	.16
d830 Educación superior	.18	.11	.21*	.17	-.02	.17
d850 Trabajo remunerado	.20*	.13	.30**	.09	.12	.16
d860 Transacciones económicas básicas	.47**	.09	.33**	.37**	.15	.27**
d870 Autosuficiencia económica	.20*	.12	.28**	.11	.13	.22*
VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CÍVICA						
d910 Vida comunitaria	.65**	.30**	.39**	.58**	.51**	.46**
d920 Tiempo libre y ocio	.49**	.31**	.35**	.42**	.33**	.31**
d930 Religión y espiritualidad	.32**	.01	.23*	.27**	.28*	.18
d940 Derechos humanos	.32**	.10	.24*	.32**	.20	.37**
d950 Vida política y ciudadanía	.47**	.20*	.46**	.42**	.45**	.38**

* La correlación es significativa al nivel de .05

** La correlación es significativa al nivel de .01

Objetivo:

Obtener la confiabilidad de la Lista de Cotejo de la CIF.

El análisis de confiabilidad para obtener la consistencia interna de las subescalas de la Lista de Cotejo de la CIF (excepto Estructuras Corporales que no se tomó en cuenta), se hizo a través del coeficiente alfa de Cronbach, ya que el nivel de medición que se tomó en cuenta para esta parte de la investigación fue ordinal. Los valores alcanzados en las subescalas oscilaron entre .77 y .88 (Tabla 25), los cuales se consideran valores moderados. Para el caso de Factores Ambientales, se consideró dentro del cálculo de la consistencia interna tanto la presencia de Barreras como de Facilitadores. La escala con mayor número de ítems fue la de Actividades y Participación.

Tabla No. 25. Valores de Alfa de Cronbach de las cuatro subescalas de la Lista de Cotejo de la CIF.

Escala	Número de ítems	Número de sujetos	Alfa de Cronbach
Funciones corporales	32	100	.77
Actividades y participación	47	98	.87
Factores contextuales (barreras)	32	100	.88
Factores contextuales (facilitadores)	32	98	.87

Conclusión de tercera fase

La escala Actividades y Participación de la Lista de Cotejo de la CIF tiene adecuada validez concurrente, en especial en las subescalas Tareas y Demandas Generales, Autocuidado, Vida Doméstica, Interacciones y Relaciones Interpersonales y Vida Comunitaria, Social y Cívica.

Los valores de consistencia interna de las escalas que componen la Lista de Cotejo son adecuados, lo que es evidencia de que se trata de un instrumento confiable para utilizarlo en la práctica clínica.

SEGUNDO ESTUDIO

Durante el lapso en que se captó la información para el presente estudio, acudieron 345 pacientes, de los que 180 (52.18 por ciento) eran mujeres. Del total mencionado se excluyeron 245 personas. Los diagnósticos que recibieron tanto los pacientes incluidos como excluidos del estudio se observan en la Tabla 26.

Tabla No. 26. Frecuencias y porcentajes de trastornos psiquiátricos detectados en los pacientes captados durante el estudio.

DIAGNÓSTICO CIE-10	Incluidos n = 100*	Excluidos n = 245 (Porcentaje)
F20.0 Esquizofrenia paranoide	22	40 (16.3)
F20.1 Esquizofrenia hebefrénica	1	3 (1.2)
F20.2 Esquizofrenia catatónica		1 (.4)
F20.3 Esquizofrenia indiferenciada		2 (.8)
F20.5 Esquizofrenia residual	2	4 (1.6)
F20.6 Esquizofrenia simple	2	4 (1.6)
F20.8 Otras esquizofrenias		1 (.8)
F20.9 Esquizofrenia sin especificación	1	3 (1.2)
F29 Psicosis no orgánica sin especificación		40 (16.3)
F32.0 Episodio depresivo leve	2	4 (1.6)
F32.1 Episodio depresivo moderado	7	10 (4.1)
F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	14	20 (8.2)
F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos		17 (6.9)
F32.8 Otros episodios depresivos	1	
F32.9 Episodio depresivo sin especificación	5	13 (5.3)
F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación	3	3 (1.2)
F34.1 Distimia	2	3 (1.2)
F40.0 Agorafobia	3	2 (.8)
F40.1 Fobia social		1 (.4)
F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)	3	3 (1.2)
F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada	12	16 (6.5)
F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo	16	49 (20)
F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación	2	

DIAGNÓSTICO CIE-10	Incluidos n = 100*	Excluidos n = 245 (Porcentaje)
F42.2 Trastorno obsesivo compulsivo con mezcla de pensamientos y actos obsesivos		5 (2)
F42.8 Otros trastornos obsesivos compulsivos	2	
F43.1 Trastorno de estrés postraumático		1 (.4)

*El porcentaje es igual a la frecuencia.

Los motivos por los que estos pacientes fueron excluidos aparecen en la Tabla 27, en la que se aprecia que el 42.8 % presentaba alguna de las siguientes situaciones: un diagnóstico dudoso, o un diagnóstico -principal o comórbido- dentro de las categorías trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar o probable epilepsia, que las que se establecieron en los criterios de exclusión. La edad promedio de estos pacientes fue de 35.82 (DE ± 12.01), con una mediana de 34 años. El 52.7% del total de pacientes excluidos era femenino.

Tabla No. 27. *Pacientes excluidos del estudio.*

Motivo de exclusión	Frecuencia n = 245	Porcentaje
Diagnóstico dudoso	28	11.4
F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	19	7.8
F25 Trastornos esquizoafectivos	42	17.1
F31 Trastornos bipolares	15	6.1
Fuera de edad de inclusión	3	1.2
Incompatibilidad con el horario de la investigadora	73	29.8
Inteligencia inferior al término medio	18	7.3
No cooperó	12	4.9
No hablaba español	1	.4
Probable epilepsia	1	.4
Remisión del trastorno	33	13.4

Finalmente quedaron incluidas en el estudio 100 personas adultas de los que 33 cursaban con un trastorno de ansiedad, 39 con un trastorno depresivo y 28 con un trastorno esquizofrénico. Las medidas de tendencia central de edad, escolaridad y cronicidad del trastorno fueron similares en los grupos de ansiedad y depresión. El grupo de pacientes con esquizofrenia destacó en tener una cronicidad del trastorno mucho mayor que los otros dos grupos, ya que en promedio fue de 11.29 años y la mediana fue de 9 y al comparar los valores a través de ANOVA de una entrada (no relacionado), fue la única variable en donde se observó diferencia significativa (Tabla 28).

En lo que respecta a características sociodemográficas de la muestra se analizaron utilizando Chi cuadrada (Tabla 29). Se encontraron diferencias significativas en cuanto a sexo, estado civil y ocupación. En diagnóstico por sexo, los hombres presentaron mayor psicopatología de tipo ansioso y esquizofrénico; en cuanto a estado civil, los grupos con ansiedad y depresión convivían con una pareja y predominó que estuvieran casados. El grupo con mayor porcentaje en ocupación que le generaba ingresos fue el de depresión y la mayor parte de los sujetos del grupo esquizofrenia se encontraban desempleados por motivos de salud.

Tabla No. 28. Características sociodemográficas de los pacientes evaluados (variables dimensionales).

	Ansiedad			Depresión			Esquizofrenia			F	P
	\bar{X}	DE	Mdn	\bar{X}	DE	Mdn	\bar{X}	DE	Mdn		
Edad	34.48	10.97	31	33.36	11.53	30	36.21	8.41	35.5	.60	.55
Escolaridad	9.55	4.35	9	9.03	3.72	9	9.18	4.05	8.5	.16	.86
Cronicidad del trastorno	2.52	4.88	1	2.77	6.55	0	11.29	8.34	9	17.07	.00

Los lugares de origen de los sujetos fueron más numerosos que los lugares de residencia y comparándolos, se observa una gran migración tanto del interior del estado como de otros estados de la república hacia la ciudad de Puebla. En lo que se refiere al interior del estado de Puebla, se encontró que había pacientes originarios de las siete regiones socioeconómicas en que se divide el estado, las cuales son: I. Huauchinango, II.

Teziutlán, III. Ciudad Serdán, IV. San Pedro Cholula, V. Puebla, VI. Azúcar de Matamoros y VII. Tehuacan. En cuanto a otros estados de la república, se detectaron pacientes originarios de Distrito Federal, Estado de México, Tlaxcala, Oaxaca, Veracruz y Guerrero, que están próximos al estado, pero también se captaron pacientes originarios de Guanajuato, Zacatecas, Michoacán y San Luis Potosí. Es importante mencionar que en el grupo de esquizofrenia, la mayor parte de los pacientes son originarios del interior del estado, sobre todo de las regiones III y IV.

Tabla No. 29. Características sociodemográficas de los pacientes evaluados (variables categóricas).

	Ansiedad N= 33 Porcentaje	Depresión N= 39 Porcentaje	Esquizofrenia N= 28 Porcentaje	χ^2	P
Sexo				15.29	.00
Femenino	41.18	76.32	30.77		
Masculino	58.82	23.68	69.23		
Estado Civil				27.60	.00
Nunca ha estado casado	41.18	34.21	84.62		
Actualmente está casado	38.24	31.58	7.69		
Separado	2.94	23.68	7.69		
Divorciado	.00	2.63	.00		
Viviendo en pareja	17.65	7.89	.00		
Ocupación				39.20	.00
Asalariado	26.47	42.11	3.85		
Trabaja por su propia cuenta	29.41	13.16	7.69		
Trabajo no remunerado	2.94	2.63	7.69		
Estudiante	0.00	2.63	3.85		
Responsable de los quehaceres de la casa	20.59	15.79	3.85		
Desempleado por motivos de salud	14.71	18.42	73.08		

	Ansiedad N= 33 Porcentaje	Depresión N= 39 Porcentaje	Esquizofrenia N= 28 Porcentaje	χ^2	P
Desempleado por otros motivos	2.94	2.63	0.00		
Otro	2.94	2.63	0.00		
Lugar de origen				15.27	.004
Cd. de Puebla	44.44	63.16	15.38		
Interior del estado de Puebla	30.55	21.04	61.53		
Otros estados de la república	25.01	15.78	23.09		
Lugar de residencia				17.24	.002
Cd. de Puebla	69.44	81.56	34.61		
Interior del estado de Puebla	28.78	18.42	53.85		
Otros estados de la república	2.78	0.00	11.54		
Asistencia a culto religioso				10.63	.10
Nunca	36.4	35.9	53.6		
1-10 veces al año	21.2	15.4	10.7		
1-4 veces al mes	42.4	35.9	35.7		
Más de 4 veces al mes		12.8			
Índice de nivel socioeconómico (INSE)				5.81	.21
Bueno	90.91	86.62	74.07		
Regular	9.09	12.82	14.81		
Malo	0.00	2.56	11.11		

En lo que respecta a lugar de residencia, la mayor parte los pacientes de los grupos ansiedad y depresión radican en la ciudad de Puebla. Las regiones del interior del estado desde donde se trasladan algunos pacientes son III, IV, V, VI y VII. Una minoría

de la muestra reside en Tlaxcala, Estado de México y Veracruz. El grupo con mayor número de personas que residen en el interior del estado fue el de esquizofrenia e incluso rebasan el porcentaje de las que viven en la Ciudad de Puebla y principalmente provienen de la región IV. San Pedro Cholula.

No hubo diferencias significativas en cuanto al INSE de los tres grupos y lo que predominó en la muestra fue un nivel en el que las condiciones de vivienda, presentaban piso con recubrimiento, disposición del agua potable dentro de domicilio, así como acceso a drenaje y no se reportó hacinamiento. Por otra parte el nivel de escolaridad de los pacientes fue superior a siete años.

Intensidad de la sintomatología en los tres grupos

La intensidad de la sintomatología del trastorno que presentaban los pacientes que participaron en el estudio fue medida en los pacientes a través de los siguientes instrumentos: HAM-A en aquellos que presentaban trastorno de ansiedad, HAM-D en los que cursaban con trastorno depresivo y PANSS en los pacientes con trastorno esquizofrénico (Tabla 30).

Tabla No. 30. Medidas de tendencia central en los instrumentos de sintomatología.

	\bar{X}	DE	Mdn
HAM-A	27.83	11.75	28
HAM-D	22.64	5.70	23
PANSS			
Escala positiva	15.32	7.18	13
Escala negativa	18.82	7.23	19.50
Escala de psicopatología general	35.43	9.75	34
Escala total	70.32	20.30	66
Escala compuesta	-3.50	7.07	-5

En el HAM-A, el promedio y la mediana del grupo fueron similares y correspondieron a un nivel de ansiedad moderada. En el HAM-D ocurrió lo mismo respecto a media y mediana, con la diferencia de que la desviación estándar fue menor. Este grupo de pacientes quedó ubicado dentro de un nivel grave de depresión. Por último, en la PANSS, los pacientes con esquizofrenia tuvieron en escala positiva y en escala de psicopatología general promedios y medianas que los ubicaron en el límite de lo que se considera severidad de psicopatología, esto debido a que en la primera escala el punto de corte es 15 y en la segunda es 35. Tanto en la escala negativa como en la escala total, la sintomatología que presentaron los pacientes fue severa, ya que en la primera el promedio y la mediana sobrepasaron la puntuación de 15 y en la segunda alcanzaron promedio y mediana superior a 60. La escala compuesta permitió saber que el síndrome que predominaba en el grupo de pacientes estudiados era negativo.

Psicopatología general

Esta se midió a través de SCL-90 y se analizó a través de Kruskal-Wallis. Lo que se encontró fue que los tres grupos eran muy similares en severidad de trastorno en cinco de las nueve dimensiones del instrumento y se manifestaron diferencias significativas en Somatización, Depresión, Ansiedad y Hostilidad (Tabla 31).

Tabla No. 31. Medidas de tendencia central de los puntajes de SCL-90 en los tres grupos estudiados.

	Ansiedad			Depresión			Esquizofrenia			H	P
	\bar{X}	DE	Md	\bar{X}	DE	Md	\bar{X}	DE	Md		
Somatización	.32	.92	1.17	1.47	1.03	1.25	.70	.65	.58	11.66	.003
Obsesión compulsión	1.37	.88	1.3	1.49	.89	1.40	1.1	.57	1.2	3.33	.19
Sensibilidad interpersonal	1.26	.84	.89	1.32	.86	1.22	.94	.63	.89	2.92	.23
Depresión	1.57	.98	1.38	1.89	1.05	1.61	1.08	.62	1.04	9.38	.009
Ansiedad	1.31	.85	.90	1.30	.90	1.10	.70	.54	.55	10.27	.006
Hostilidad	.90	.78	.67	1.29	1.02	1	.84	.97	.42	6.07	.05
Ansiedad fóbica	1.19	1.08	.71	.91	.83	.71	.74	.65	.57	2.15	.34
Ideación paranoide	1.08	.83	.83	1.22	.93	1	1.12	.95	.83	.46	.80
Psicoticismo	.91	.65	.80	.86	.81	.78	1.02	.71	1.05	1.42	.49
ISG	1.25	.75	1.01	1.35	.81	1.15	.92	.47	.89	4.31	.12

El grupo de pacientes con depresión superó a los otros dos en severidad en las dimensiones Somatización, Depresión y Hostilidad. Por otra parte en la dimensión Ansiedad los grupos de pacientes con ansiedad y con depresión obtuvieron los promedios más altos, los cuales sólo se diferenciaron por una centésima.

A pesar de las similitudes comentadas anteriormente, cabe resaltar que los pacientes con esquizofrenia alcanzaron promedios menores en relación a los otros dos grupos en la mayoría de las dimensiones, con excepción de Psicoticismo, en la que alcanzó un promedio alto en relación a los otros dos grupos. Por otra parte, no obstante que el grupo con depresión superó en puntuación promedio en ISG a los otros dos, no se reflejó una diferencia significativa.

Discapacidad

Objetivo:

Comparar la discapacidad que se presenta en los pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos.

Se utilizaron dos instrumentos para medirla, estos fueron la Lista de Cotejo de la CIF y el WHO-DAS-II.

Cuestionario WHO-DAS-II

Se hizo la comparación de los tres grupos a partir de Kruskal-Wallis y se encontró diferencia significativa en dos escalas, la de Comprensión y Comunicación y Relacionarse con personas, donde el grupo de pacientes con esquizofrenia obtuvo las medianas y los promedios más altos (Tabla 32).

Se observó una tendencia en la escala Participación en Sociedad, señalando también al grupo con esquizofrenia como el que tenía mayor dificultad para desempeñarse en esa área.

Aún cuando no hubo diferencia significativa, el grupo con depresión alcanzó las medianas y los promedios más altos en las subescalas capacidad para moverse a su alrededor/entorno y Actividades de la vida diaria. Las mismas medidas de tendencia central tuvieron valores más altos y similares en los grupos con depresión y con esquizofrenia.

Tabla No. 32. Comparación de los tres grupos de pacientes en las áreas del WHO-DAS-II.

	Ansiedad			Depresión			Esquizofrenia			H	P
	\bar{X}	DE	Md	\bar{X}	DE	Md	\bar{X}	DE	Md		
Comprensión y comunicación	35.8	25.93	30	45	23.09	40	53.68	29.62	45	10.37	.01
Capacidad para moverse en su alrededor/entorno	24.25	26.78	12.5	29.64	27.67	31.25	23.35	27.55	12.5	2.33	.31
Cuidado personal	24.8	25.51	20	32.26	26.92	20	32.1	28	30	1.52	.47
Relacionarse con otras personas	39.33	27.69	38.33	47.04	33.02	50	57.45	35.99	58.33	8.45	.01
Actividades de la vida diaria	36.8	30.37	30	50.64	31.19	50	46.32	33.7	30	1.61	.45
Participación en sociedad	43.53	23.2	46.67	51.88	22.66	50	55.26	21.1	62.5	4.85	.09

Lista de Cotejo de la CIF

Para el llenado de la lista se entrevistó a los pacientes y a sus acompañantes (padres, hermanos, hijos, esposos, parejas, amigos y novios). Sólo se consultó expediente en 36.4% de los pacientes con trastorno de ansiedad, 41% de los pacientes con ansiedad y en 32.1% de los pacientes con esquizofrenia. Tanto en el grupo con ansiedad como en el con depresión, todos los pacientes fueron el encuestado primario y en el grupo de

esquizofrenia el 78.6% de los sujetos. En el grupo de ansiedad hubo 12.1% de otros informantes, en el de depresión 5.3% y en el de esquizofrenia 46.4%. La observación directa por parte de la entrevistadora se dio en el 100% para los tres grupos.

En los siguientes resultados, en primer lugar se presentan las deficiencias que presentaron los pacientes en Funciones Corporales, en segundo lugar las limitaciones en la Actividad y las restricciones en la Participación, en tercero, tanto los facilitadores como las barreras existentes en los Factores Contextuales que rodean a los pacientes. Para comparar los tres grupos de estudio en las escalas mencionadas se calculó Chi Cuadrada. Posteriormente aparece lo relativo a información breve sobre la salud, en donde para comparar los tres grupos acerca de la evaluación que hacen sobre su salud física y su salud mental y emocional se utilizó Kruskal-Wallis, en la comparación tanto de condiciones de salud como de condiciones específicas de salud y tratamientos se usó Chi Cuadrada y en la comparación de datos dimensionales referentes a salud, se empleó ANOVA de una entrada (no relacionado).

Funciones corporales

Las diferencias significativas se localizaron en [b110] Funciones de la conciencia, [b114] Funciones de la orientación, [b117] Funciones intelectuales, [b164] Funciones cognitivas superiores, [b167] Funciones mentales del lenguaje, [b280] Sensaciones de dolor, [b310] Funciones de la voz, [b515] Funciones relacionadas con la digestión, [b710] Funciones y movilidad de las articulaciones y [b735] Funciones relacionadas con el tono muscular (Tabla 33).

En las categorías en que hubo diferencia significativa, se observó presencia de dificultad en el grupo de pacientes esquizofrénicos, con excepción de las categorías [b280] Sensaciones de dolor y [b640] Funciones sexuales en donde los pacientes con trastorno ansioso mayor porcentaje en dificultad, así como en [b515] Funciones relacionadas con la digestión, [b710] Funciones y movilidad de las articulaciones y [b735]

Funciones relacionadas con el tono muscular, en donde los pacientes con depresión alcanzaron los mayores porcentajes de deficiencia.

Se presentaron tendencias en estas categorías: [b525] Funciones relacionadas con la defecación, [b530] Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso y [b730] Funciones relacionadas con la fuerza muscular en donde el grupo con depresión fue el que tuvo mayor porcentaje de deficiencia en comparación con los otros dos grupos.

Tabla No. 33. Comparación de los tres grupos de pacientes en Funciones Corporales.

	Ansiedad n=33 Porcentaje	Depresión n=39 Porcentaje	Esquizofrenia n=28 Porcentaje	χ^2	p
b1. Funciones Mentales					
b110 Funciones de la conciencia	0	0	14.3	10.71	.005
b114 Funciones de la orientación (tiempo, lugar y persona)	9.1	13.2	67.9	32.57	.00
b117 Funciones intelectuales	39.4	41	78.6	11.85	.003
b130 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	93.9	97.4	89.3	1.92	.38
b134 Funciones del sueño	75.8	79.5	64.3	2.04	.36
b140 Funciones de la atención	84.8	74.4	85.7	1.84	.40
b144 Funciones de la memoria	54.5	51.3	74.1	3.75	.15
b152 Funciones emocionales	90.6	97.4	96.4	1.88	.39
b156 Funciones de la percepción	6.1	12.8	21.4	3.16	.20
b164 Funciones cognitivas superiores	37.5	51.3	71.4	6.93	.03
b167 Funciones mentales del lenguaje	15.2	12.8	60.7	22.48	.00
b2. Funciones sensoriales y dolor					
b210 Funciones visuales	33.3	26.3	14.3	2.95	.23
b230 Funciones auditivas	0	2.6	3.6	1.09	.58
b235 Funciones vestibulares	9.1	7.7	3.6	.76	.68
b280 Sensaciones de dolor	81.8	74.4	50	7.88	.02

	Ansiedad n=33 Porcentaje	Depresión n=39 Porcentaje	Esquizofrenia n=28 Porcentaje	χ^2	P
b3. Funciones de la voz y el habla					
b310 Funciones de la voz	6.1	0	14.3	5.9	.05
b4. Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio					
b410. Funciones del corazón	3	5.1	0	1.47	.48
b420. Funciones de la presión arterial	6.1	7.7	0	2.15	.34
b430 Funciones del sistema hematológico	0	0	3.6	2.6	.27
b435 Funciones del sistema inmunológico	6.1	7.7	3.6	.49	.78
b440 Funciones respiratorias	9.1	10.3	7.1	.19	.91
b5. Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endócrino					
b515 Funciones relacionadas con la digestión	33.3	38.5	3.6	11.07	.004
b525 Funciones relacionadas con la defecación	18.2	28.2	7.1	4.72	.09
b530 Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso	48.5	56.4	28.6	5.21	.07
b555 Funciones de las glándulas endócrinas	9.1	7.7	0	2.54	.28
b6. Funciones genitourinarias y reproductoras					
b620 Funciones urinarias	3	10.3	3.6	2.06	.36
b640 Funciones sexuales	25	17.9	0	7.17	.03

	Ansiedad n=33 Porcentaje	Depresión n=39 Porcentaje	Esquizofrenia n=28 Porcentaje	χ^2	P
b7. Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento					
b710 Funciones y movilidad de las articulaciones	6.1	17.9	0	6.93	.03
b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular	18.2	28.2	7.1	4.72	.09
b735 Funciones relacionadas con el tono muscular	9.1	23.1	3.6	6.15	.05
b765 Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios	9.1	12.8	0	3.6	.16
b8. Funciones de la piel y estructuras relacionadas	6.3	10.3	7.4	.40	.82

Es importante hacer notar aquellas categorías en que no hubo significancia, pero que reflejaron un porcentaje superior al 70 por ciento en los tres grupos, éstas fueron funciones relacionadas con la energía y los impulsos, funciones del sueño (en los grupos con ansiedad y con depresión), funciones de la atención y funciones emocionales.

Limitaciones de la Actividad y restricciones en la Participación

En esta, la subescala en que los tres grupos diagnósticos presentaron alto porcentaje de discapacidad fue Interacciones y Relaciones Interpersonales. Sin embargo, el grupo de pacientes con esquizofrenia superó en afectación a los otros dos grupos diagnósticos en [d720] Interacciones interpersonales complejas, [d730] Relacionarse con extraños, [d740] Relaciones formales, [d750] Relaciones sociales informales y [d760] Relaciones familiares. En el ítem [d770] Relaciones íntimas, de esta subescala, el grupo con depresión alcanzó un porcentaje alto similar al del grupo con esquizofrenia.

Otras subescalas en donde hubo diferencia significativa del grupo con esquizofrenia en relación a los otros dos grupos fueron Aprendizaje y aplicación del conocimiento ([d110] Mirar y [d115] Escuchar), Comunicación ([d310] Comunicación-recepción de mensajes, [d330] Hablar, [d335] Producción de mensajes no verbales y [d350] Conversación), Movilidad ([d440] Uso fino de la mano y [d470] Utilización de medios de transporte), Autocuidado ([d520] Cuidado de las partes del cuerpo, [d530] Higiene personal, [d540] Vestirse y [d570] Cuidado de la propia salud), Vida Doméstica ([d620] Adquisición de bienes y servicios y [d660] Ayudar a los demás), Áreas Principales de la Vida ([d850] Trabajo remunerado, [d860] Transacciones económicas básicas y [d870] Autosuficiencia económica) y Vida comunitaria, social y cívica ([d910] Vida comunitaria y [d950] Vida política y ciudadanía) (Tabla 34).

Tabla No. 34. Comparación de los tres grupos de pacientes en Limitaciones de la Actividad y restricciones de la Participación.

	Ansiedad	Depresión	Esquizofrenia	χ^2	P
	N = 36	N = 38	N = 26		
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje		
d1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento					
d110 Mirar	9.1	10.3	39.3	11.95	.003
d115 Escuchar	3	10.5	42.9	18.81	.000
d175 Resolver problemas	87.1	92.1	92.3	.63	.73
d2. Tareas y demandas generales					
d210 Llevar a cabo una tarea	33.3	43.6	60.7	4.64	.10
d220 Llevar a cabo múltiples tareas	69.7	87.2	88.9	4.92	.08
d3. Comunicación					
d310 Comunicación-recepción de mensajes	30.3	28.9	57.1	6.53	.04
d315 Comunicación-recepción de mensajes no verbales	33.3	50	17.9	1.46	.48

	Ansiedad n=33 Porcentaje	Depresión n=39 Porcentaje	Esquizofrenia n=28 Porcentaje	χ^2	P
d330 Hablar	3	7.9	28.6	10.31	.006
d335 Producción de mensajes no verbales		18.2	25	14.09	.001
d350 Conversación	54.5	46.2	82.1	9.13	.01
d4. Movilidad					
d430 Levantar y llevar objetos	29	41.2	34.8	1.05	.59
d440 Uso fino de la mano	18.2	5.3	59.3	25.96	.00
d450 Caminar	3	15.8	7.1	3.66	.16
d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	14.3	0	7.1	3.39	.18
d470 Utilización de medios de transporte	33.3	29.7	64.3	9.03	.01
d475 Conducción	30	30	3.6	.01	.99
d5. Autocuidado					
d510 Lavarse	39.4	35.9	53.6	2.23	.33
d520 Cuidado de las partes del cuerpo	30.3	30.8	67.9	11.60	.003
d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	3	5.1	42.9	23.73	.00
d540 Vestirse	21.2	30.8	53.6	7.37	.02
d550 Comer	33.3	46.2	46.4	1.52	.47
d560 beber	24.2	41	35.7	2.29	.32
d570 Cuidado de la propia salud	42.4	35.9	82.1	15.40	.00
d6. Vida doméstica					
d620 Adquisición de bienes y servicios	18.2	17.9	56	13.30	.001
d630 Preparar comidas	41.2	50	60	.65	.72
d640 Realizar los quehaceres de la casa	60.9	75	66.7	1.28	.53

	Ansiedad n=33 Porcentaje	Depresión n=39 Porcentaje	Esquizofrenia n=28 Porcentaje	χ^2	P
d7. Interacciones y relaciones interpersonales					
d720 interacciones interpersonales complejas	87.9	81.6	89.3	.95	.62
d730 Relacionarse con extraños	63.6	61.5	85.2	3.61	.16
d740 Relaciones formales	71.9	67.6	89.3	4.33	.11
d750 Relaciones sociales informales	58.1	48.7	89.3	12.07	.002
d760 Relaciones familiares	60.6	66.7	67.9	.43	.81
d770 Relaciones íntimas	65.5	80	92.3	3.94	.14
d8. Áreas principales de la vida					
d830 Educación superior	66.7	0	0	2.22	.33
d850 Trabajo remunerado	48	0	95.2	12.47	.002
d860 Transacciones económicas básicas	6.2	0	70.8	37.66	.00
d870 Autosuficiencia económica	56.7	0	88	6.62	.04
d9. vida comunitaria, social y cívica					
d910 Vida comunitaria	56.2	65.8	85.7	6.18	.04
d920 Tiempo libre y ocio	60.7	62.5	72	.85	.65
d930 Religión y espiritualidad	30.8	34.4	53.8	3.42	.18
d940 Derechos humanos	34.4	28.2	48.1	2.80	.25
d950 Vida política y ciudadanía	34.5	47.4	70.4	7.38	.02

La **H1**: Hay diferencia en la discapacidad presente entre los pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia, es aceptada, presentándose mayor discapacidad en los pacientes con esquizofrenia.

Factores Ambientales

Las categorías de esta escala se encuentran divididas en barreras (b) y facilitadores (f) respecto a características del medio ambiente y el medio social en que se desenvuelven los pacientes (Tabla 35). Respecto a las barreras se encontraron diferencias significativas en donde los mayores porcentajes las presentaron los pacientes con esquizofrenia, estas se ubicaron en [e320] Amigos, [e325] Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad, [e355] Profesionales de la salud, [e40] Actitudes individuales de amigos, [e450] Actitudes individuales de profesionales de la salud, [e460] Actitudes sociales, [e465] Normas, costumbres e ideologías sociales, [e570] Servicios, sistemas y políticas de seguridad social, [e575] Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general y [e580] Servicios, sistemas y políticas sanitarias.

Se presentaron algunas tendencias, estas se dieron en [e125] Productos y tecnología para la comunicación, [e155] Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado, [e440] Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda y [e550] Servicios, sistemas y políticas legales. En todas estas tendencias el grupo de pacientes con esquizofrenia también tuvo el mayor porcentaje.

Se observó que en el ítem [e420] Actitudes individuales de amigos, un porcentaje muy alto de pacientes con trastorno de ansiedad y depresión también reportaron barrera al respecto.

Tabla No. 35. Comparación de los tres grupos de pacientes en factores ambientales (barreras).

	Ansiedad n = 33 Porcentaje	Depresión n = 39 Porcentaje	Esquizofrenia n = 28 Porcentaje	χ^2	P
e1. Productos y tecnología					
e110 Productos o sustancias para consumo personal	36.4	43.6	57.1	2.69	.26
e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	39.4	46.2	50	.72	.70

	Ansiedad n=33 Porcentaje	Depresión n=39 Porcentaje	Esquizofrenia n=28 Porcentaje	χ^2	P
e120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos	6.1	2.6	10.7	1.92	.38
e125 Productos y tecnología para la comunicación	3	2.6	14.3	4.74	.09
e150 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público	3	0	0	2.02	.36
e155 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado	21.2	20.5	42.9	4.97	.08
e2. Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana					
e225 Clima	3	5.1	7.1	.54	.76
e240 Luz	3	5.1	3.6	.22	.89
e250 Sonido	3	7.7	7.1	.78	.68
e3. Apoyo y relaciones					
e310 Familiares cercanos	12.1	25.6	21.4	2.09	.35
e320 Amigos	45.5	56.4	92.6	15.16	.001
e325 Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad	54.5	47.4	92	3.70	.001
e330 Personas con cargos de autoridad	40	33.3	40	25	.88
e340 Cuidadores y personal de ayuda	17.6	15.4	41.7	4.17	.12
e355 Profesionales de la salud	12.1	2.6	25	7.70	.02
e360 (otros profesionales)	0	0	50	3.43	.18
e4. Actitudes					
e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana	9.1	34.2	28.6	6.47	.04
e420 Actitudes individuales de amigos	48.5	50	80.8	7.74	.02
e440 Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda	20	12.5	44	5.73	.06

	Ansiedad n=33 Porcentaje	Depresión n=39 Porcentaje	Esquizofrenia n=28 Porcentaje	χ^2	P
e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud	9.1	0	18.5	7.43	.02
e455 Actitudes individuales de profesionales “relacionados con la salud”	21.4	0	0	4.04	.13
e460 Actitudes sociales	18.2	23.1	67.9	20.06	.000
e465 Normas, costumbres e ideologías sociales	18.8	23.1	67.9	19.59	.000
e5. Servicios, sistemas y políticas					
e525 Servicios, sistemas y políticas de vivienda	30	11.1	50	2.73	.25
e535 Servicios, sistemas y políticas de comunicación	10	10	40	2.63	.26
e540 Servicios, sistemas y políticas de transporte	33.3	9.1	50	3.59	.17
e550 Servicios, sistemas y políticas legales	22.2	10	60	4.50	.10
e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social	63	69.4	96.2	8.95	.01
e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general	20	0	80	11.20	.004
e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias	31.3	18.9	48.1	6.21	.04
e585 Servicios, sistemas y políticas de educación y formación	30	50	75	2.44	.29
e590 Servicios, sistemas y políticas laborales y de empleo	61.5	50	80	1.26	.53

La **H2**: *Hay diferencia en la presencia de barreras en los Factores Ambientales entre los pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia*, se acepta y se identifica al grupo de pacientes con esquizofrenia como el que más enfrenta barreras en su vida cotidiana.

En cuanto a facilitadores, los grupos de pacientes con ansiedad y con depresión tuvieron mayores porcentajes. El grupo con ansiedad, estableció diferencia significativa en [e320] Amigos, [e410] Actitudes individuales de miembros de la familia cercana,

[e420] Actitudes individuales de amigos, [e460] Actitudes sociales y [e465] Normas, costumbres e ideologías sociales. Por su parte, el grupo de pacientes con depresión presentó mayor porcentaje en presencia de facilitadores y con diferencia significativa en [e325] Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad, [e355] Profesionales de la salud, [e575] Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general y [e580] Servicios, sistemas y políticas sanitarias (Tabla 36).

Se presentaron algunas tendencias, éstas se observan en [e125] Productos y tecnología para la comunicación, [e155] Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado y [e440] Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda. En todos estos el mayor porcentaje se observó en el grupo de pacientes con depresión.

Tabla No. 36. Comparación de los tres grupos de pacientes en factores ambientales (facilitadores).

	Ansiedad n = 33 Porcentaje	Depresión n = 39 Porcentaje	Esquizofrenia n = 28 Porcentaje	χ^2	P
e1. Productos y tecnología					
e110 Productos o sustancias para consumo personal	63.6	56.4	42.9	2.69	.26
e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	60.6	53.8	50	.72	.70
e120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos	93.9	97.4	89.3	1.92	.38
e125 Productos y tecnología para la comunicación	97	97.4	85.7	4.74	.09
e150 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público	97	100	100	2.02	.36

	Ansiedad n=33 Porcentaje	Depresión n=39 Porcentaje	Esquizofrenia n=28 Porcentaje	χ^2	P
e155 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado	78.8	79.5	57.1	4.97	.08
e2. Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana					
e225 Clima	97	94.9	92.9	54	.76
e240 Luz	97	92.3	92.9	.78	.68
e250 Sonido					
e3. Apoyo y relaciones					
e310 Familiares cercanos	87.9	74.4	78.6	2.09	.35
e320 Amigos	54.5	43.6	11.1	12.58	.002
e325 Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad	45.5	52.6	12	11.13	.004
e330 Personas con cargos de autoridad	60	70.8	60	.69	.71
e340 Cuidadores y personal de ayuda	82.4	84.6	58.3	4.17	.12
e355 Profesionales de la salud	87.9	97.4	75	7.70	.02
e360 (otros profesionales)					
e4. Actitudes					
e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana	90.9	34.2	28.6	6.47	.04
e420 Actitudes individuales de amigos	51.5	50	19.2	7.74	.02
e440 Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda	80	87.5	57.7	5.24	.07

	Ansiedad n=33 Porcentaje	Depresión n=39 Porcentaje	Esquizofrenia n=28 Porcentaje	χ^2	p
e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud	90.9	100	81.5	7.43	.02
e455 Actitudes individuales de profesionales “relacionados con la salud”	78.6	100	80	4.04	.13
e460 Actitudes sociales	81.8	76.9	32.1	20.6	.000
e465 Normas, costumbres e ideologías sociales	81.3	76.9	32.1	19.59	.000
e5. Servicios, sistemas y políticas					
e525 Servicios, sistemas y políticas de vivienda	70	88.9	50	2.73	.25
e535 Servicios, sistemas y políticas de comunicación	90	90	60	2.68	.26
e540 Servicios, sistemas y políticas de transporte	66.7	90.9	50	3.59	.17
e550 Servicios, sistemas y políticas legales	88.9	90	40	5.88	.05
e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social	37	30.6	3.8	8.95	.01
e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general	80	100	20	11.20	.004
e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias	68.8	81.1	51.9	6.21	.04
e585 Servicios, sistemas y políticas de educación y formación	70	50	25	2.44	.29
e590 Servicios, sistemas y políticas laborales y de empleo	38.5	50	20	1.26	.53

La **H3**: *Hay diferencia en la presencia de facilitadores en los Factores Ambientales entre los pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia*, se acepta y se identifica al grupo de pacientes con depresión como aquel que dispone de más facilitadores en su entorno.

Información breve sobre la salud

Además de las escalas anteriores, la Lista de Cotejo de la CIF tiene tres anexos. En el presente trabajo únicamente se presenta lo relativo al primero, titulado Información breve sobre la salud. En este, en primer lugar se presenta la información referente a la calificación que cada uno de los pacientes dio acerca de su salud física y su salud mental en los últimos 30 días (Tabla 37). Se calculó Kruskal-Wallis y en salud física se encontró que en los tres grupos diagnósticos la mayoría calificaba su salud física como regular, sin embargo, resalta el hecho de que sólo en el grupo con depresión hubo pacientes que calificaron su salud física como muy mala.

Tabla No. 37. Comparación de los tres grupos de pacientes acerca de cómo califican su salud física y su salud mental y emocional en los últimos 30 días.

	Ansiedad n= 33 Porcentaje	Depresión n = 39 Porcentaje	Esquizofrenia n =28 Porcentaje	H	P
Salud Física				3.318	.19
Muy buena	3	2.6	3.6		
Buena	30.3	20.5	35.7		
Regular	45.5	48.7	46.4		
Mala	21.2	17.9	14.3		
Muy mala	0	10.3	0		
Salud mental				1.97	.37
Buena	12.1	5.1	21.4		
Regular	45.5	43.6	39.3		
Mala	30.3	35.9	25		
Muy mala	12.1	15.4	14.3		

En el ítem equivalente acerca de salud mental tampoco hubo diferencia significativa y se observa que en ninguno de los tres grupos los pacientes calificaron su salud mental como muy buena y la mayoría la calificó entre regular y mala.

En los ítems que preguntaban acerca de condiciones de salud, se calculó chi cuadrada y se presentaron diferencias significativas en ¿Ha estado hospitalizado en el último año? En el que los pacientes con esquizofrenia alcanzaron el mayor porcentaje, al igual que en el ítem ¿Usted tiene personas que le ayuden con su cuidado personal, en sus compras o sus actividades diarias? Otras diferencias significativas se localizaron en los ítems ¿Fuma usted? ¿Utiliza algún dispositivo de ayuda como lentes, audífonos, silla de ruedas, etc.? y en los últimos 30 días ¿Ha reducido sus actividades cotidianas o su trabajo debido a su estado de salud? En estas categorías los pacientes con depresión alcanzaron el porcentaje más alto, aunque en la pregunta acerca de dispositivos de ayuda, el grupo con ansiedad sólo estuvo abajo por 5 décimas (Tabla 38).

Tabla No. 38. Comparaciones de los tres grupos de pacientes en ítems acerca de condiciones de salud.

	Ansiedad n= 33 Porcentaje	Depresión n=39 Porcentaje	Esquizofrenia n=28 Porcentaje	χ^2	p
Presencia actual de alguna enfermedad o trastorno	93.9	92.3	100	2.15	.34
Lesiones significativas que han tenido impacto en su nivel de funcionamiento	24.2	15.4	25	1.22	.54
Hospitalizaciones en el último año	30.3	15.4	50	9.30	.01
Tomando medicamentos	72.7	71.8	71.4	.01	.99
Fuma	9.1	35.9	17.9	7.87	.02
Utilización de algún dispositivo de ayuda como lentes, audífonos, silla de ruedas, etc.	30.3	30.8	7.1	6.06	.05
Tiene personas que le ayuden con su cuidado personal, en sus compras o sus actividades diarias	39.4	23.1	85.2	25.56	.000

	Ansiedad n= 33 Porcentaje	Depresión n=39 Porcentaje	Esquizofrenia n=28 Porcentaje	χ^2	P
Recibe algún tratamiento para su salud	69.7	66.7	71.4	.18	.91
En los últimos 30 días ha reducido sus actividades cotidianas o su trabajo debido a su estado de salud	48.5	59	25	7.70	.02
En los últimos 30 días ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades cotidianas o su trabajo debido a su estado de salud	39.4	43.6	64.3	4.26	.12

Los ítems en que fueron más parecidos los tres grupos fueron ¿Está tomando medicamentos? En el que arriba del 70% en los tres grupos refería estarlos tomando y, ¿Recibe algún tratamiento para su salud? En donde más del 65% en los tres grupos informaba que sí lo recibía.

Los ítems anteriores se desglosaban en aspectos más específicos que se muestran en la Tabla 39, en los que se calculó ANOVA de una entrada (no relacionado) y se aprecia diferencia significativa en días de hospitalización y días que ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades cotidianas debido a estado de salud los pacientes. En ambos ítems, los pacientes con esquizofrenia tuvieron los mayores promedios y medianas. Cabe mencionar que el número de pacientes en las presentes estadísticas se redujo considerablemente ya que por ejemplo en el ítem cantidad que consumen diariamente de cigarros, sólo fumaban dos pacientes (el 9.1%) en el grupo de ansiedad y cinco (17.9%) en el de esquizofrenia.

Tabla No. 39. Comparación de los tres grupos de pacientes en datos dimensionales referentes a la salud.

	N	Media	DE	Md	F	P
Días de hospitalización					6.27	.005
Ansiedad	9	4.22	6.34	2		
Depresión	8	3.75	7.09	1.5		

	N	Media	DE	Md	F	P
Esquizofrenia	15	20.40	17.49	21		
Días tomando medicamento 1					1.69	.19
Ansiedad	20	34.95	34.25	20.50		
Depresión	25	36.60	33.09	28		
Esquizofrenia	16	54.25	36.68	45		
Días tomando medicamento 2					.79	.46
Ansiedad	16	34.19	34.09	20.50		
Depresión	16	37.50	29.88	29		
Esquizofrenia	13	49.23	35.66	30		
Días tomando medicamento 3					.71	.50
Ansiedad	5	42.40	37.73	21		
Depresión	7	37.57	37.72	37		
Esquizofrenia	11	56.82	33.38	60		
Cantidad promedio diaria de cigarros					.20	.82
Ansiedad	2	2	1.41	2		
Depresión	16	4.25	5.58	2		
Esquizofrenia	5	4.40	1.34	5		
Días que ha reducido sus actividades cotidianas debido a estado de salud					.98	.38
Ansiedad	16	12.31	10.04	8		
Depresión	23	14.78	9.36	15		
Esquizofrenia	7	18.86	13.98	30		
Días que ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades cotidianas debido a estado de salud					12.34	.000

	N	Media	DE	Md	F	P
Ansiedad	13	11	10.35	8		
Depresión	17	10.29	8.52	7		
Esquizofrenia	18	24.94	10.23	30		

Se observó que en cuanto a medicamento, la mayor parte de los sujetos tomaba alguno, en medicamento 1, arriba del 70% de cada grupo lo tomaba. En los ítems medicamentos 1, 2 y 3, se encontró que los medicamentos psiquiátricos que tenían prescritos eran inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (escitalopram [Lexapro], paroxetina [Paxil], fluoxetina [Prozac] y sertralina [Aropax]), inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina y norepinefina (duloxetina [Cymbalta]), inhibidor no selectivo de la recaptura de aminas biogénicas (venlafaxina [Efexor]), antidepresivos tricíclicos (imipramina [Tofranil] y amitriptilina [Tryptanol]), benzodiazepinas (alprazolam [Tafil], clonazepam [Rivotril] y bromazepam [Lexotan]), fenotiazinas (pipotiazina [Piportil], trifluoperazina [Stelazine], perfenazina [Trilafon] y levomepromazina [Sinogan]), butirofenonas (penfluridol [Semap] y haloperidol [Haldol]), tioxanteno (flupentixol [Fluanxol]), benzamida (amisulpirida [Solian]), antipsicóticos atípicos (olanzapina [Zyprexa] y risperidona [Risperdal]), anticonvulsivos (valproato de magnesio [Criam], carbamacepina [Tegretol] y oxcarbacepina [Trileptal]) y anticolinérgico (biperideno [Akineton]).

Líneas arriba se pudo apreciar que más del 90% de los pacientes con ansiedad y depresión y el 100% de los pacientes con esquizofrenia consideraban que tenían algún trastorno o enfermedad. De manera más específica se observa que en los dos primeros grupos las enfermedades o trastornos que reportan son muy variados y van desde trastornos mentales, hasta enfermedades crónico-degenerativas como la hipertensión, o terminales como el sida. La misma situación se manifiesta en razones de hospitalización donde en los pacientes con esquizofrenia son uniformes al tener como razón brote psicótico (50% de los pacientes), en cambio en los grupos de ansiedad y depresión es amplio el espectro, aunque en algunos casos la razón está directamente relacionada con

el trastorno mental que presentan, como se ve en las personas que informaron que fue por depresión, crisis de angustia o intento suicida (Tabla 40).

Tabla No. 40. Comparaciones de los tres grupos de pacientes en datos específicos de condiciones de salud y tratamientos.

	Ansiedad n (Porcentaje)	Depresión n (Porcentaje)	Esquizofrenia n (Porcentaje)	χ^2	P
Enfermedad o				165.82	.000
trastorno reportado					
Ansiedad	23 (82.1)	1 (2.9)			
Depresión	1 (3.6)	25 (73.5)			
Esquizofrenia			28 (100)		
Nervios		4 (11.8)			
Gastritis	1 (3.6)	1 (2.9)			
Dolor muscular		1 (2.9)			
Varices		1 (2.9)			
VIH	1 (3.6)				
Hipertensión	1 (3.6)				
Trastorno hepático	1 (3.6)				
Aplastamiento de vértebras		1 (2.9)			
Lesiones reportadas que han impactado el nivel de funcionamiento				12.74	.39
Traumatismo	4 (50)	4 (66.7)	5 (71.4)		
Autolesión o intento suicida			2 (28.6)		
Aborto	1 (12.5)	1 (16.7)			
Meningitis		1 (16.7)			
Amputación	1 (12.5)				
Cirugía	1 (12.5)				
Pancreatitis	1 (12.5)				
Razones de hospitalización				60	.000
Brote psicótico			14 (100)		

	Ansiedad n (Porcentaje)	Depresión n (Porcentaje)	Esquizofrenia n (Porcentaje)	χ^2	p
Depresión		1 (16.7)			
Crisis de angustia	1 (10)				
Intento suicida		3 (50)			
Alumbramiento	2 (20)				
Aborto	1 (10)				
Meningitis		1 (16.7)			
Pancreatitis	1 (10)				
Cirugía	2 (20)				
Colitis		1 (16.7)			
Vómito	1 (10)				
Fractura	1 (10)				
VIH	1 (10)				
Dispositivos de ayuda				7.58	.11
Lentes	8 (24.2)	12 (30.8)	2 (7.1)		
Prótesis	1 (3)				
Persona que ayuda en cuidado personal, compras o actividades diarias				21.59	.09
Padres	6 (46.2)	5 (55.6)	14 (60.9)		
Hermana (o)	1 (7.7)	1 (11.1)	5 (21.7)		
Cónyuge o pareja	5 (38.5)	1 (11.1)			
Hija (o)			2 (8.7)		
Nuera		1 (11.1)			
Tía	1 (7.7)				
Empleada (o)		1 (11.1)	1 (4.3)		
Personal de albergue			1 (4.3)		
Tratamiento recibido				8.23	.22
Psiquiátrico	20 (83.3)	23 (85.2)	20 (95.2)		
Medicina familiar	1 (4.2)	3 (11.1)			
Psiquiátrico y psicológico	3 (12.5)		1 (4.8)		
Tarotista		1 (3.7)			

Se observó una tendencia en el ítem que pide especificar la persona que le ayuda con su cuidado personal, en sus compras o sus actividades diarias. En los tres grupos diagnósticos se encontró que las personas que con mayor frecuencia prestan esta ayuda son los padres de los pacientes.

Psicopatología General e Intensidad de la Sintomatología

Objetivo:

Conocer la relación existente entre psicopatología general e intensidad del trastorno en pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia.

Se calcularon correlaciones de Spearman entre los puntajes de SCL-90 y los puntajes de HAM-A (para el grupo de ansiedad), HAM-D (para el grupo con depresión) y PANSS (para el grupo de esquizofrenia). En estas se observó que el HAM-A correlacionó significativamente con todas las dimensiones de la SCL-90. El HAM-D por su parte correlacionó significativamente con la mayoría de dichas dimensiones, con excepción de sensibilidad interpersonal e ideación paranoide. En lo que respecta a PANSS, se tomaron en cuenta las cinco escalas que las componen. Sobresale el hecho de que la escala negativa no correlacionó significativamente con ninguna dimensión de SCL-90. Las escalas positiva, psicopatología general, total y compuesta coincidieron en tener correlaciones significativas con las dimensiones ansiedad, hostilidad e ISG. Otra coincidencia de correlaciones significativas se dio en las escalas positiva, psicopatología general y total con las dimensiones ideación paranoide y psicoticismo. Además de lo anterior la escala compuesta de PANSS tuvo correlaciones significativas con somatización, obsesión compulsión y ansiedad fóbica (Tabla 41).

Tabla No. 41. Correlaciones entre puntuaciones de SCL-90 y de instrumentos de medición de sintomatología de trastorno.

	HAM-A	HAM-D	PANSS Positiva	PANSS Negativa	PANSS Psicop. Gral.	PANSS TOTAL	PANSS Compuesta
Somatización	.70**	.35*	.34	-.88	.19	.22	.42*
Obsesión compulsión	.57**	.50**	.24	-.09	-.04	.06	.42*
Sensibilidad interpersonal	.70**	.30	.32	.04	.18	.21	.31
Depresión	.71**	.48**	.34	-.04	.28	.26	.36
Ansiedad	.64**	.41*	.58**	.006	.48**	.46*	.53**
Hostilidad	.38*	.37*	.64**	.20	.63**	.60**	.38*
Ansiedad fóbica	.35*	.47**	.36	-.10	.32	.26	.41*
Ideación paranoide	.41*	.14	.59**	.20	.53**	.52**	.33
Psicoticismo	.61**	.41**	.57**	.03	.51**	.45*	.36
ISG	.68**	.45**	.59**	.06	.46*	.48*	.50**

* La correlación es significativa al nivel de .05

** La correlación es significativa al nivel de .01

La **H4**: Hay relación entre la psicopatología general y la intensidad de la sintomatología en los pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia, se acepta para los tres grupos diagnósticos, excepto para la escala negativa del PANSS que no se asoció significativamente con ninguna dimensión de SCL-90.

Discapacidad e Intensidad de la Sintomatología

Objetivo:

Determinar la relación entre discapacidad e intensidad de sintomatología en pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos.

Funciones Corporales e Intensidad de la Sintomatología

En la correlación de Spearman calculada entre funciones corporales y los instrumentos de sintomatología clínica se encontraron pocas correlaciones significativas (Tabla 42). En

lo que respecta al HAM-A únicamente alcanzó significancia con cinco categorías, estas fueron [b130] Funciones relacionadas con la energía y los impulsos (la cual también presentó significancia con el HAM-D), [b134] Funciones del sueño (que también alcanzó significancia en las escalas positiva, negativa, psicopatología general y total del PANSS), [b140] Funciones de la atención, [b167] Funciones mentales del lenguaje y [b765] Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios.

Con el HAM-D hubo sólo tres correlaciones significativas, una de ellas ya mencionada. Las otras dos se ubicaron en [b156] Funciones de la percepción (la cual también correlacionó significativamente con las escalas positiva, total y compuesta del PANSS) y en [b710] Funciones y movilidad de las articulaciones.

Por lo que se refiere a las escalas del PANSS, el número de correlaciones significativas fue muy bajo. En la escala positiva además de las referidas líneas arriba, únicamente hubo significancia con otras dos categorías de funciones corporales: [b114] Funciones de la orientación (tiempo, lugar y persona), la cual también alcanzó significancia con la escala compuesta, y [b310] Funciones de la voz. En la escala negativa aparte de la que se mencionó líneas arriba se alcanzó significancia con [b144] Funciones de la memoria y con [b152] Funciones emocionales. En la escala psicopatología general además de la que ya se refirió anteriormente, sólo hubo otra correlación significativa con funciones de la piel y estructuras relacionadas, la cual también presentó significancia con escala total.

Tabla No. 42. Relación entre funciones corporales y sintomatología del trastorno.

	HAM-A	HAM-D	PANSS Positiva	PANSS Negativa	PANSS Psicop. Gral.	PANSS Total	PANSS Compuesta
b1. Funciones Mentales							
b110 Funciones de la conciencia			-.08	.06	-.03	-.03	-.20
b114 Funciones de la orientación (tiempo, lugar y persona)	.000	.19	-.38*	.18	-.17	-.11	-.42*
b117 Funciones intelectuales	.30	-.11	.13	.43	.11	.24	-.29

	HAM-A	HAM-D	PANSS Positiva	PANSS Negativa	PANSS Psicop. Gral.	PANSS Total	PANSS Compuesta
b130 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	.35*	.40*	.15	.24	.27	.27	-.05
b134 Funciones del sueño	.37*	.27	.72**	.38*	.43*	.57**	.29
b140 Funciones de la atención	.35*	-.02	-.07	.08	.05	.01	-.01
b144 Funciones de la memoria	.19	.12	.25	.53**	.38	.44*	-.26
b152 Funciones emocionales	.27	.28	.23	.50**	.45	.45*	-.19
b156 Funciones de la percepción	.17	.41**	.50**	.07	.33	.41*	.48**
b164 Funciones cognitivas superiores	.17	-.16	-.09	.28	-.07	.04	-.28
b167 Funciones mentales del lenguaje	.40*	-.09	.16	.20	.14	.16	-.07
b2. Funciones sensoriales y dolor							
b210 Funciones visuales	-.03	-.06	.29	.05	.17	.19	.30
b230 Funciones auditivas		.14	-.10	-.29	.04	-.15	.19
b235 Funciones vestibulares	.11	-.06	-.30	-.14	-.19	-.23	-.07
b280 Sensaciones de dolor	.30	.004	.34	.01	.10	.16	.37
b3. Funciones de la voz y el habla							
b310 Funciones de la voz	.03		.39*	.16	.26	.35	.20
b4. Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio							
b410 Funciones del corazón	.30	-.11					
b420 Funciones de la presión arterial	-.15	.01					
b430 Funciones del sistema hematológico			.32	.15	.25	.30	.23
b435 Funciones del sistema inmunológico	.02	.18	.02	-.01	.17	.08	-.01
b440 Funciones respiratorias	.28	.15	.07	.07	.16	.10	-.06
b5. Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endócrino							

	HAM-A	HAM-D	PANSS Positiva	PANSS Negativa	PANSS Psicop. Gral.	PANSS Total	PANSS Compuesta
b515 Funciones relacionadas con la digestión	-.01	.18	-.30	.11	-.06	-.08	-.30
b525 Funciones relacionadas con la defecación	.12	.04	.31	.18	.24	.26	.09
b530 Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso	-.13	.10	.15	-.11	.20	.11	.26
b555 Funciones de las glándulas endócrinas	.10	.21					
b6. Funciones genitourinarias y reproductoras							
b620 Funciones urinarias	-.13	-.02	.02	-.32	-.26	-.26	.26
b640 Funciones sexuales	.30	.10	-.05	-.14	-.02	-.07	.07
b7. Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento							
b710 Funciones y movilidad de las articulaciones	.17	.34*					
b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular	.18	.17	-.08	.006	-.33	-.20	-.07
b735 Funciones relacionadas con el tono muscular	.23	.19	-.23	-.20	.26	-.30	.06
b765 Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios	.36*	.07	.32	.15	.25	.30	.23
b8. Funciones de la piel y estructuras relacionadas							
	.14	.02	.21	.26	.46*	.41*	-.07

* La correlación es significativa al nivel de .05

** La correlación es significativa al nivel de .01

Actividad y Participación e Intensidad de la sintomatología

En las correlaciones entre limitaciones en la Actividad y restricciones en la Participación (Tabla 43), se encontró que respecto al HAM-A, se establecieron correlaciones

significativas en nueve categorías: [d210] Llevar a cabo una tarea (presente también en las escalas negativa y total del PANSS), [d220] Llevar a cabo múltiples tareas, [d550] Comer (también se presentó en el HAM-D), [d570] Cuidado de la propia salud, [d660] Ayudar a los demás (significativa también con el HAM-D y con la escala negativa del PANSS), [d720] Interacciones interpersonales complejas, [d740] Relaciones formales, [d760] Relaciones familiares y [d930] Religión y espiritualidad (también alcanzó significancia con HAM-D y con la escala compuesta del PANSS). En el HAM-D, además de lo mencionado líneas arriba, hubo significancia en las correlaciones con [d430] Levantar y llevar objetos, [d540] Vestirse, [d620] Adquisición de bienes y servicios y [d950] Vida política y ciudadanía (también alcanzó significancia con la escala compuesta del PANSS). Respecto al PANSS, la escala positiva no correlacionó significativamente con ninguna categoría. La escala negativa en cambio, alcanzó significancia con [d110] Mirar, [d115] Escuchar (también significativa con el PANSS total), [d175] Resolver problemas (junto con la anterior también fue significativa con la escala de psicopatología general), [d330] Hablar (significativa también con la escala compuesta), [d350] Conversación (igualmente significativa con las escalas total y compuesta), [d440] Uso fino de la mano, [d450] Caminar, [d470] Utilización de medios de transporte (significativa también con la escala compuesta), [d570] Cuidado de la propia salud, [d730] Relacionarse con extraños y vida [d910] Comunitaria (también significativa con la escala compuesta). La escala de psicopatología general, además de lo mencionado alcanzó significancia con [d465] Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento y [d640] Realizar los quehaceres de la casa. Por último la escala compuesta correlacionó significativamente, además de lo mencionado, con [d530] Higiene personal relacionada con los procesos de excreción, [d620] adquisición de bienes y servicios y con [d920] Tiempo libre y ocio.

Tabla No. 41. Relación entre limitaciones en la actividad y restricciones en la participación y sintomatología del trastorno.

	HAM-A	HAM-D	PANSS Positiva	PANSS Negativa	PANSS Psic. Gral.	PANSS Total	PANSS Compuesta
d1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento							
d110 Mirar	.08	.18	.10	.47*	.25	.31	-.24
d115 Escuchar	-.13	-.02	.17	.55*	.45*	.46*	-.34
d140 Aprender a leer	-.21						
d145 Aprender a escribir	-.27						
d150 Aprender a calcular	-.27						
d175 Resolver problemas	.34	.23	.07	.41*	.39*	.36	-.17
d2. Tareas y demandas generales							
d210 Llevar a cabo una tarea	.42*	.25	.35	.48**	.33	.45*	-.10
d220 Llevar a cabo múltiples tareas	.50**	.31	.09	.28	.17	.17	-.12
d3. Comunicación							
d310 Comunicación-recepción de mensajes	-.04	-.01	.09	.28	.17	.17	-.12
d315 Comunicación-recepción de mensajes no verbales	-.20	.08	-.14	.18	.20	.19	-.28
d330 Hablar	.02	.22	-.21	.39*	.03	.04	-.58**
d335 Producción de mensajes no verbales	-.24	.01	-.08	.35	.26	.27	-.35
d4. Movilidad							
d430 Levantar y llevar objetos	.11	.35*	.08	.37	.28	.30	-.37
d440 Uso fino de la mano	.23	-.17	.17	.57**	.27	.35	-.36
d450 Caminar	.09	.10	.31	.41*	.08	.22	-.05
d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	.02	.15	-.01	.32	.39*	.34	-.24
d470 Utilización de medios de transporte	.20	.001	-.01	.52**	.17	.23	-.52**
d475 Conducción	.12	.20	-.15	-.04	.08	-.03	-.003

	HAM-A	HAM-D	PANSS Positiva	PANSS Negativa	PANSS Psic. Gral.	PANSS Total	PANSS Compuesta
d5. Autocuidado							
d510 Lavarse	.22	.29	.03	.09	.07	.05	-.13
d520 Cuidado de las partes del cuerpo	.03	.24	.01	.15	.08	.08	-.18
d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	-.07	.10	-.21	.24	.01	-.03	-.44
d540 Vestirse	.13	.33*	.28	.26	.17	.23	-.04
d550 Comer	.38*	.55**	.15	.26	-.08	.09	-.05
d560 beber	.27	.43**	.08	.28	.01	.12	-.19
d570 Cuidado de la propia salud	.50**	.34*	.18	.50**	.29	.36	-.36
d6. Vida doméstica							
d620 Adquisición de bienes y servicios	.26	.36*	-.10	.39*	.05	.10	-.52**
d630 Preparar comidas	.08	.06	-.08	.31	.07	.13	-.35
d640 Realizar los quehaceres de la casa	.12	.23	.11	.15	.43*	.31	-.10
d660 Ayudar a los demás	.42*	.39*	.03	.39*	.19	.22	-.35
d7. Interacciones y relaciones interpersonales							
d720 interacciones interpersonales complejas	.38*	.14	.14	.34	.21	.25	-.17
d730 Relacionarse con extraños	.28	.22	.24	.49**	.18	.32	-.20
d740 Relaciones formales	.41*	.10	-.10	.23	.02	.02	-.29
d750 Relaciones sociales informales	.23	.27	.02	.34	.15	.19	-.31
d760 Relaciones familiares	.47**	.13	.30	.26	.32	.32	.05
d770 Relaciones íntimas	.14	-.003	-.04	.06	.01	.04	-.17
d8. Áreas principales de la vida							
d810 Educación no reglada	.24	-.06	.10	.29	-.04	.15	-.19
d820	.24						
d830 Educación superior	.22	.06	.10	.24	.32	.32	-.15

	HAM-A	HAM-D	PANSS Positiva	PANSS Negativa	PANSS Psic. Gral.	PANSS Total	PANSS Compuesta
d850 Trabajo remunerado	.24	.04	.08	-.26	.04	-.07	.25
d860 Transacciones económicas básicas	.21	.27	.09	.30	.26	.28	-.28
d870 Autosuficiencia económica	.15	.10	-.02	.02	.06	-.03	-.03
d9.vida comunitaria, social y cívica							
d910 Vida comunitaria	.30	.28	.10	.53**	.18	.32	-.38*
d920 Tiempo libre y ocio	.31	.15	-.07	.28	.10	.13	-.46*
d930 Religión y espiritualidad	.47**	.33*	-.15	.32	.18	.18	-.49**
d940 Derechos humanos	.22	.06	.12	.22	.25	.26	-.11
d950 Vida política y ciudadanía	.24	.43**	-.17	.31	.08	.10	-.49**

* La correlación es significativa al nivel de .05

** La correlación es significativa al nivel de .01

La **H5**: *Hay relación entre la discapacidad y la intensidad de la sintomatología en los pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia*, se acepta parcialmente ya que en respecto a la discapacidad tanto las categorías de Funciones Corporales como las de Actividades y Participación establecieron pocas correlaciones significativas con los puntajes de los instrumentos de intensidad de la sintomatología.

Discapacidad y Psicopatología General

Objetivo:

Determinar la relación entre discapacidad y psicopatología general en pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos.

Funciones Corporales y Psicopatología General en el grupo con Ansiedad

Se calcularon correlaciones de Spearman. En el grupo de ansiedad, respecto a la escala Funciones Corporales, todas las dimensiones y el ISG de la SCL-90 correlacionaron

significativamente con [b130] Funciones relacionadas con la energía y los impulsos y con [b140] Funciones de la atención. [b152] Funciones emocionales correlacionaron significativamente con las dimensiones obsesión compulsión (OC), sensibilidad interpersonal (SI), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOST), ansiedad fóbica (ANSF), psicoticismo (PSCT) e ISG. [b167] Funciones mentales del lenguaje por su parte alcanzaron significancia con depresión y psicoticismo. [b280] Sensaciones de dolor con somatización (SOM), ansiedad e ISG. [420] Funciones de la presión arterial con hostilidad e ideación paranoide (IDPAR). Hostilidad también correlacionó significativamente con [b515] Funciones relacionadas con la digestión. [b640] Funciones sexuales con psicoticismo. [b730] Funciones relacionadas con la fuerza muscular con somatización, obsesión compulsión, depresión, ansiedad, psicoticismo e ISG. [b735] Funciones relacionadas con el tono muscular únicamente con ansiedad y [b765] Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios con somatización, ansiedad fóbica e ISG (Tabla 44).

Tabla No. 44. Relación entre funciones corporales e intensidad de la psicopatología en el grupo de pacientes con ansiedad.

	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOST	ANSF	IDPAR	PSCT	ISG
b1. Funciones Mentales										
b114 Funciones de la orientación (tiempo, lugar y persona)	.05	-.10	.01	-.10	-.08	.18	.09	.06	-.07	-.005
b117 Funciones intelectuales	.23	.10	.18	.14	.10	.13	-.08	.30	.23	.13
b130 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	.49**	.39*	.58**	.59**	.58**	.58**	.56**	.58**	.47**	.64**
b134 Funciones del sueño	.32	.11	.25	.30	.31	.41*	.08	.21	.08	.30
b140 Funciones de la atención	.51**	.44*	.46**	.61**	.68**	.55**	.57**	.48**	.47**	.64**
b144 Funciones de la memoria	.21	.14	-.06	.11	.14	-.04	-.20	.000	.17	.07
b152 Funciones emocionales	.24	.43*	.37*	.45**	.44*	.40*	.50**	.21	.46**	.45**
b156 Funciones de la percepción	-.01	.11	.07	.07	.07	.15	-.21	.10	.04	.03
b164 Funciones cognitivas superiores	.24	.14	.07	.14	.06	.07	.26	.17	.30	.15
b167 Funciones mentales del lenguaje	.28	.31	.31	.40*	.23	.18	.12	.28	.41*	.30

	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOST	ANSF	IDPAR	PSCT	ISG
b2. Funciones sensoriales y dolor										
b210 Funciones visuales	.10	-.09	-.13	.04	.12	.03	.12	.13	.04	.07
b230 Funciones auditivas										
b235 Funciones vestibulares	.06	-.22	-.15	-.03	-.03	.04	.15	.03	-.21	-.06
b280 Sensaciones de dolor	.43*	.27	.22	.27	.37*	.22	.34	.16	.34	.34*
b3. Funciones de la voz y el habla										
b310 Funciones de la voz	-.02	-.13	.01	.05	-.07	.09	-.13	.07	-.01	.000
b4. Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio										
b410. Funciones del corazón	.25	.20	.17	.22	.19	.20	-.08	.20	.12	.20
b420. Funciones de la presión arterial	.18	.31	.16	.27	.32	.39*	.10	.35*	.32	.31
b430 Funciones del sistema hematológico										
b435 Funciones del sistema inmunológico	.12	.29	-.02	.08	.09	.06	-.08	-.03	.09	.10
b440 Funciones respiratorias	.09	.20	.14	.13	.11	.17	-.17	-.09	-.01	.09
b5. Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endócrino										
b515 Funciones relacionadas con la digestión	.15	.14	.14	.16	.19	.38*	.22	.22	.03	.21
b525 Funciones relacionadas con la defecación	.22	.15	.16	.19	.27	.14	.03	.09	.12	.23
b530 Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso	-.06	.10	.16	.06	-.06	.17	-.10	.21	.11	.06
b555 Funciones de las glándulas endócrinas	.35	.24	.25	.28	.33	.22	.03	.13	.27	.29
b6. Funciones genitourinarias y reproductoras										
b620 Funciones urinarias	.14	.30	.29	.24	.28	.28	.27	.28	.25	.30
b640 Funciones sexuales	.16	.22	.18	.16	.24	.04	.04	.16	.38*	.15
b7. Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento										
b710 Funciones y movilidad de las articulaciones	.24	.09	.17	.16	.24	.06	-.02	.06	.17	.18
b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular	.39*	.42*	.13	.38*	.40*	.30	.23	.09	.38*	.38*

	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOST	ANSF	IDPAR	PSCT	ISG
b735 Funciones relacionadas con el tono muscular	.30	.27	.18	.29	.37*	.21	.32	-.03	.24	.30
b765 Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios	.37*	.29	.34	.30	.32	.27	.40*	.24	.29	.36*
b8. Funciones de la piel y estructuras relacionadas	.27	.19	.02	.19	.21	.21	-.05	.02	.06	.16

* La correlación es significativa al nivel de .05

** La correlación es significativa al nivel de .01

Actividades y Participación y Psicopatología General en el grupo con Ansiedad

En el mismo grupo con ansiedad alcanzaron significancia las siguientes correlaciones respecto a la escala Actividades y Participación: [d720] Interacciones interpersonales complejas y [d950] Vida política y ciudadanía, fueron las únicas que correlacionaron significativamente con todas las dimensiones del SCL-90 (Tabla 45). En las demás categorías se presentó lo siguiente: [d175] Resolver problemas con somatización y sensibilidad interpersonal. [d210] Llevar a cabo una tarea y [d220] Llevar a cabo múltiples tareas con todas las dimensiones de SCL-90 (excepto ansiedad fóbica con llevar a cabo una tarea). [d310] Comunicación-recepción de mensajes, [d350] Conversación y [d430] Levantar y llevar objetos con ansiedad fóbica. [d440] Uso fino de la mano con somatización, ansiedad y psicoticismo. [d470] Utilización de medios de transporte con sensibilidad interpersonal, hostilidad e ISG. [d510] Lavarse y [d520] Cuidado de la propia salud, con todas las dimensiones de SCL-90, excepto con ideación paranoide. [d620] Adquisición de bienes y servicios con todas las dimensiones, excepto con hostilidad y con ideación paranoide. [d660] Ayudar a los demás con todas las dimensiones excepto con hostilidad y ansiedad fóbica. [d730] Relacionarse con extraños con todas, excepto con somatización y psicoticismo. [d740] Relaciones formales con todas, excepto con obsesión compulsión, depresión, ansiedad y hostilidad. [d750] Relaciones sociales informales sólo correlacionó significativamente con sensibilidad interpersonal y con ideación paranoide. [d760] Relaciones familiares con todas, excepto con obsesión compulsión. [d770] Relaciones íntimas únicamente correlacionó

significativamente con somatización y psicoticismo. [d830] Educación superior con psicoticismo. [d850] Trabajo remunerado con todas las dimensiones, excepto con sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo. [d860] Transacciones económicas básicas, con todas, excepto con hostilidad. [d870] Autosuficiencia económica únicamente correlacionó significativamente con somatización y ansiedad fóbica. [d910] Vida comunitaria con todas las dimensiones, excepto con ideación paranoide y psicoticismo. [d920] Tiempo libre y ocio únicamente correlacionó significativamente con sensibilidad interpersonal e ideación paranoide. [d30] Religión y espiritualidad únicamente correlacionó significativamente con psicoticismo. [d940] Derechos humanos con obsesión compulsión, depresión y psicoticismo.

Tabla No. 45. Relación de restricciones en la actividad y limitaciones en la participación con la intensidad en el trastorno en el grupo de pacientes con ansiedad.

	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOST	ANSF	IDPAR	PSCT	ISG
d1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento										
d110 Mirar	.23	.27	.09	.19	.21	-.01	-.16	.05	.27	.20
d115 Escuchar	.14	.30	.29	.24	.28	.28	.27	.28	.25	.30
d140 Aprender a leer	-.01	-.14	-.20	-.19	-.08	-.11	.11	-.07	-.23	-.11
d145 Aprender a escribir	-.20	-.20	-.26	-.30	-.13	-.16	-.30	-.17	-.28	-.26
d150 Aprender a calcular	-.20	-.20	-.26	-.30	-.13	-.16	.30	-.17	-.28	-.26
d175 Resolver problemas	.37*	.18	.36*	.33	.34	-.16	.30	-.17	-.28	-.26
d2. Tareas y demandas generales										
d210 Llevar a cabo una tarea	.53**	.64**	.55**	.63**	.63**	.48**	.34	.41*	.68**	.64**
d220 Llevar a cabo múltiples tareas	.65**	.62**	.67**	.69**	.70**	.78**	.58**	.60**	.51**	.77**
d3. Comunicación										
d310 Comunicación-recepción de mensajes	.26	.09	.12	.26	.33	.33	.64**	.27	.19	.32
d315 Comunicación-recepción de mensajes no verbales	.03	-.15	-.19	-.25	-.20	-.18	.03	-.06	-.14	-.18
d330 Hablar	-.06	-.15	-.02	-.19	-.15	-.11	-.02	-.11	-.15	-.15
d335 Producción de mensajes no verbales	-.02	-.20	-.23	-.30	-.24	.19	-.04	-.07	-.20	-.24
d350 Conversación	.24	.15	.06	.13	.22	.09	.53**	.06	.20	.20

	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOST	ANSF	IDPAR	PSCT	ISG
d4. Movilidad										
d430 Levantar y llevar objetos	.33	.10	.08	.20	.29	.21	.39*	.14	.18	.25
d440 Uso fino de la mano	.37*	.29	.14	.32	.46**	.34	.19	.19	.35*	.34
d450 Caminar	.28	.04	.09	.06	.25	.08	.27	.08	.06	.17
d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	.18	.06	-.07	-.07	.03	-.10	.07	-.03	.01	-.02
d470 Utilización de medios de transporte	.16	.29	.46**	.34	.29	.52**	.55**	.42*	.10	.38*
d475 Conducción	.29	.20	.15	.29	.29	.33	.28	.11	.16	.28
d5. Autocuidado										
d510 Lavarse	.43*	.41*	.35*	.45**	.43*	.45**	.36*	.28	.50**	.49**
d520 Cuidado de las partes del cuerpo	.35*	.19	.19	.28	.32	.31	.36*	.21	.31	.34
d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	.11	.13	-.07	.13	.16	.26	-.14	.20	.19	.13
d540 Vestirse	.18	.16	.09	.13	.10	.12	-.09	.09	.28	.15
d550 Comer	.10	.23	.33	.24	.13	.20	.10	.14	.25	.23
d560 beber	.09	.19	.21	.10	.07	.09	-.04	.05	.23	.11
d570 Cuidado de la propia salud	.51**	.43*	.48**	.51**	.44**	.47**	.37*	.34	.43*	.49**
d6. Vida doméstica										
d620 Adquisición de bienes y servicios	.37*	.36*	.37*	.41*	.39*	.17	.48**	.12	.42*	.41*
d630 Preparar comidas	.09	.08	.13	.12	.11	.09	-.04	.24	.14	.15
d640 Realizar los quehaceres de la casa	.11	.19	.28	.22	.18	.22	.09	.33	.23	.25
d660 Ayudar a los demás	.47**	.49**	.49**	.48**	.43*	.33	.24	.46**	.62**	.49**
d7. Interacciones y relaciones interpersonales										
d720 interacciones interpersonales complejas	.40*	.40*	.64**	.43*	.36*	.45*	.40*	.58**	.45*	.49**
d730 Relacionarse con extraños	.24	.39*	.63**	.36*	.41*	.55**	.54**	.55**	.33	.47**
d740 Relaciones formales	.39*	.33	.45**	.30	.23	.24	.37*	.43*	.42*	.36*
d750 Relaciones sociales informales	.21	.26	.40*	.27	.16	.24	.26	.41*	.30	.31
d760 Relaciones familiares	.47**	.30	.41*	.51**	.44*	.38*	.44**	.39*	.45**	.50**
d770 Relaciones íntimas	.37*	.31	.18	.24	.29	.15	.14	.20	.37*	.29
d8. Áreas principales de la vida										
d810 Educación no reglada	.28	.28	.29	.30	.27	.27	.28	.25	.28	.30
d830 Educación superior	.19	.15	.13	.16	.17	-.02	.12	.15	.39*	.16
d850 Trabajo remunerado	.48**	.38*	.32	.42*	.40*	.37*	.52**	.24	.27	.45**

	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOST	ANSF	IDPAR	PSCT	ISG
d860 Transacciones económicas básicas	.38*	.42*	.46**	.44**	.41*	.31	.48**	.41*	.49**	.50**
d870 Autosuficiencia económica	.48**	.34	.11	.33	.34	.30	.44*	.05	.22	.33
d9.vida comunitaria, social y cívica										
d910 Vida comunitaria	.35*	.46**	.46**	.44*	.46**	.46**	.44*	.31	.32	.51**
d920 Tiempo libre y ocio	.09	.18	.42*	.18	.08	.27	.16	.42*	.19	.21
d930 Religión y espiritualidad	.21	.22	.31	.29	.14	.07	-.07	.29	.38**	.24
d940 Derechos humanos	.33	.36*	.23	.35*	.33	.21	.23	.26	.35*	.34
d950 Vida política y ciudadanía	.52**	.42*	.35*	.49**	.42*	.39*	.50**	.38*	.50**	.55**

* La correlación es significativa al nivel de .05

** La correlación es significativa al nivel de .01

Funciones Corporales y Psicopatología General en grupo con Depresión

En el grupo de pacientes con depresión, en cuanto a Funciones Corporales, las correlaciones significativas que se dieron fueron: [b117] Funciones intelectuales con somatización. [b130] Funciones relacionadas con la energía y los impulsos con todas, excepto, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. [134] Funciones del sueño con todas, excepto con sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo. [b140] Funciones de la atención con todas excepto con sensibilidad interpersonal, ansiedad, ideación paranoide, psicoticismo e ISG. [b152] Funciones emocionales con todas, excepto con ansiedad, ideación paranoide, psicoticismo e ISG. [b156] Funciones de la percepción con todas, excepto con sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. [b230] Funciones auditivas y [b235] Funciones vestibulares únicamente correlacionaron significativamente con hostilidad e ideación paranoide. [b280] Sensaciones de dolor correlacionaron significativamente con somatización y hostilidad. [b710] Funciones y movilidad de las articulaciones alcanzó significancia con somatización, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide e ISG. [b735] Funciones relacionadas con el tono muscular únicamente correlacionó significativamente con hostilidad y [b765] Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios con somatización (Tabla 46).

Tabla No. 46. Relación de funciones corporales con intensidad del trastorno en el grupo de pacientes con depresión.

	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOST	ANSF	IDPAR	PSCT	ISG
b1. Funciones Mentales										
b110 Funciones de la conciencia										
b114 Funciones de la orientación (tiempo, lugar y persona)	.20	.09	.04	-.01	-.05	.13	.08	.02	.16	.08
b117 Funciones intelectuales	.36*	.08	.24	.13	.16	.35	.18	.18	.07	.23
b130 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	.38*	.38*	.41*	.44**	.38*	.26	.31	.19	.28	.41*
b134 Funciones del sueño	.53**	.44**	.25	.36*	.42**	.36*	.36*	.14	.18	.46**
b140 Funciones de la atención	.53**	.41**	.28	.35*	.31	.40*	.39*	.28	.06	.41
b144 Funciones de la memoria	.26	.26	.03	.11	.09	.20	.26	.09	-.11	.16
b152 Funciones emocionales	.46**	.42**	.32*	.35*	.31	.37*	.39*	.09	.17	.41
b156 Funciones de la percepción	.34*	.40*	.16	.34*	.32*	.21	.44*	.22	.25	.35*
b164 Funciones cognitivas superiores	.18	.01	-.01	-.14	-.04	.17	.05	-.05	-.10	.01
b167 Funciones mentales del lenguaje	.12	-.08	-.04	-.07	.04	-.07	.05	.16	-.01	.01
b2. Funciones sensoriales y dolor										
b210 Funciones visuales	-.04	-.02	-.22	-.11	-.15	-.03	.03	-.03	-.22	-.08
b230 Funciones auditivas	.17	.18	.12	.26	.21	-.34*	-.26	-.38*	-.25	-.24
b235 Funciones vestibulares	-.06	-.30	-.28	-.23	-.06	-.34*	-.26	-.38*	-.25	-.24
b280 Sensaciones de dolor	.47**	.26	.19	.12	.13	.41*	.24	.10	.05	.25
b4. Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio										
b410. Funciones del corazón	-.01	.10	-.08	.03	.03	.01	-.03	.04	-.09	.01
b420. Funciones de la presión arterial	-.04	.09	-.06	.02	.01	.03	.01	-.12	.03	.01
b430 Funciones del sistema hematológico										
b435 Funciones del sistema inmunológico	.02	-.07	.001	-.02	-.10	.07	.11	-.04	-.01	-.03
b440 Funciones respiratorias	.21	.21	.03	.14	.22	.23	.20	.10	-.03	.19
b5. Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endócrino										
b515 Funciones relacionadas con la digestión	.25	.19	.04	.14	-.003	.11	.12	.06	-.09	.12

	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOST	ANSF	IDPAR	PSCT	ISG
b525 Funciones relacionadas con la defecación	.30	.14	.08	.18	.10	.19	.08	-.08	-.10	.15
b530 Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso	.26	.20	.07	.15	.02	.20	.13	.08	-.04	.15
b555 Funciones de las glándulas endócrinas	.26	.27	.12	.16	.17	.11	.12	.18	.08	.19
b6. Funciones genitourinarias y reproductoras										
b620 Funciones urinarias	.22	.04	.10	.05	.06	.21	.09	-.08	.06	.11
b640 Funciones sexuales	-.12	-.12	-.002	-.08	-.14	.02	-.10	.08	-.10	-.07
b7. Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento										
b710 Funciones y movilidad de las articulaciones	.33*	.25	.28	.32*	.23	.42**	.42**	.17	.28	.35*
b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular	.40*	.25	.17	.25	.14	.21	.22	.20	-.02	.25
b735 Funciones relacionadas con el tono muscular	.31	.18	.09	.18	.13	.32*	.24	-.002	-.05	.21
b765 Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios	.44**	.24	.11	.23	.23	.06	.12	.02	-.02	.21
b8. Funciones de la piel y estructuras relacionadas										
	-.18	-.07	-.18	-.16	-.22	-.05	-.05	-.11	-.09	-.16

* La correlación es significativa al nivel de .05

** La correlación es significativa al nivel de .01

Actividades y Participación y Psicopatología General en grupo con Depresión

El mismo grupo con depresión presentó las siguientes correlaciones entre dimensiones de SCL-90 y la escala Actividades y Participación. [d220] Llevar a cabo múltiples tareas, [d730] Relacionarse con extraños y [d750] Relaciones sociales informales correlacionaron significativamente con todas las dimensiones de SCL-90. [d175] Resolver problemas con todas las dimensiones excepto con sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo. [d210] Llevar a cabo una tarea con todas, excepto con psicoticismo. [d310] Comunicación-recepción de mensajes sólo con ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica e ISG. [d330] Hablar y [d350] Conversación con ansiedad fóbica. [d440] Uso fino de la

mano con ansiedad. [d450] Caminar con ansiedad fóbica. [d510] Lavarse con todas, excepto con sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. [d520] Cuidado de las partes del cuerpo con todas, excepto con ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. [d540] Vestirse correlacionó significativamente con somatización, obsesión compulsión, depresión, ansiedad fóbica e ISG. [d550] Comer, con todas, excepto con sensibilidad interpersonal e ideación paranoide. [d570] Cuidado de la propia salud con todas, excepto con hostilidad e ideación paranoide. [d620] Adquisición de bienes y servicios correlacionó significativamente sólo con ansiedad fóbica y con psicoticismo. [d630] Preparar comidas únicamente con somatización, obsesión compulsión y ansiedad. [d640] Realizar los quehaceres de la casa con todas, excepto sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. [d660] Ayudar a los demás sólo con somatización, obsesión compulsión, ansiedad y ansiedad fóbica. [d720] Interacciones interpersonales complejas con todas, excepto hostilidad y ansiedad fóbica. [d740] Relaciones formales con todas, excepto con sensibilidad interpersonal, hostilidad, ansiedad fóbica e ideación paranoide. [d760] Relaciones familiares con todas, excepto con somatización, ansiedad fóbica e ideación paranoide. [d770] Relaciones íntimas sólo correlacionó significativamente con ideación paranoide. [d910] Vida comunitaria alcanzó significancia con todas, excepto con sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo. [d920] Tiempo libre y ocio sólo con somatización y ansiedad. [d940] Derechos humanos con todas, excepto con ansiedad fóbica. Por último [d950] Vida política y ciudadanía correlacionó significativamente con todas las dimensiones, excepto con hostilidad e ideación paranoide (Tabla 47).

Tabla No. 47. Relación de restricciones en la actividad y limitaciones en la participación con intensidad del trastorno en el grupo de pacientes con depresión.

	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOST	ANSF	IDPAR	PSCT	ISG
d1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento										
d110 Mirar	-.09	-.09	-.17	-.11	-.06	-.004	.01	-.12	-.25	-.10
d115 Escuchar	-.06	-.09	.05	-.002	-.10	.13	.16	.02	-.01	.02
d175 Resolver problemas	.50**	.37*	.30	.33*	.32*	.48**	.32*	.002	.18	.39*

	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOST	ANSF	IDPAR	PSCT	ISG
d2. Tareas y demandas										
generales										
d210 Llevar a cabo una tarea	.59**	.52**	.34*	.43*	.47**	.36*	.46**	.48**	.22	.49**
d220 Llevar a cabo múltiples tareas	.61**	.59**	.33*	.44**	.41**	.43**	.48**	.33*	.38*	.50**
d3. Comunicación										
d310 Comunicación-recepción de mensajes	.31	.28	.29	.28	.33*	.42**	.32*	.07	.11	.33*
d315 Comunicación-recepción de mensajes no verbales	-.01	.11	.02	.01	-.05	-.04	-.03	-.10	.24	-.002
d330 Hablar	.30	.29	.27	.15	.29	.25	.42**	.25	.30	.29
d335 Producción de mensajes no verbales	.01	.12	.02	-.01	-.01	-.01	-.04	-.17	.20	.001
d350 Conversación	.28	.27	.26	.16	.22	.21	.38*	.22	.27	.25
d4. Movilidad										
d430 Levantar y llevar objetos	.12	.13	.004	.02	-.05	.27	.02	-.05	.18	.06
d440 Uso fino de la mano	-.13	-.31	-.24	-.28	-.32*	-.21	-.12	-.09	-.19	-.24
d450 Caminar	.27	.20	.22	.13	.20	.17	.40*	.21	.13	.21
d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	.17	.15	.14	.11	-.02	.08	.09	-.06	.30	.12
d470 Utilización de medios de transporte	.03	-.01	.06	.003	.09	-.11	.25	-.004	-.03	.02
d475 Conducción	-.06	-.02	-.15	-.17	-.24	-.08	.03	-.24	-.06	-.14
d5. Autocuidado										
d510 Lavarse	.41*	.37*	.24	.34*	.38*	.17	.45**	.16	.20	.33*
d520 Cuidado de las partes del cuerpo	.38*	.38*	.32*	.45**	.32*	.33*	.36	.25	.27	.39*
d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	.22	.10	.07	-.07	.14	.05	.25	.21	.06	.09
d540 Vestirse	.34*	.45*	.27	.35*	.24	.22	.36*	.22	.28	.33*
d550 Comer	.46**	.49**	.31	.47**	.45**	.39*	.48**	.14	.46**	.47**
d560 beber	.45**	.49**	.31	.41**	.43**	.35*	.49**	.27	.45**	.46**
d570 Cuidado de la propia salud	.38*	.39*	.39*	.46**	.56**	.29	.46**	.19	.47**	.46**
d6. Vida doméstica										
d620 Adquisición de bienes y servicios	.18	.21	.16	.25	.15	.21	.33*	.25	.34*	.26
d630 Preparar comidas	.33*	.35*	.29	.28	.41*	.25	.24	.13	.19	.31

	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOST	ANSF	IDPAR	PSCT	ISG
d640 Realizar los quehaceres de la casa	.42**	.42**	.29	.28	.41*	.25	.24	.13	.19	.31
d660 Ayudar a los demás	.35*	.34*	.12	.30	.37*	.11	.40*	.22	.23	.31
d7. Interacciones y relaciones interpersonales										
d720 interacciones interpersonales complejas	.57**	.42**	.40*	.41**	.41**	.29	.30	.34*	.36*	.43**
d730 Relacionarse con extraños	.34*	.44**	.40*	.39*	.36*	.41*	.50**	.41*	.50**	.44**
d740 Relaciones formales	.61**	.46**	.35	.47**	.43**	.31	.27	.26	.37*	.46**
d750 Relaciones sociales informales	.58**	.62**	.43**	.58**	.51**	.55**	.52**	.40*	.47**	.60**
d760 Relaciones familiares	.36	.40*	.32*	.43*	.35*	.47**	.28	.26	.32*	.43**
d770 Relaciones íntimas	.30	.28	.19	.28	.31	.12	.24	.35*	.17	.30
d8. Áreas principales de la vida										
d810 Educación no reglada	-.10	-.08	-.24	-.27	-.14	-.26	-.07	-.23	-.26	-.24
d830 Educación superior	.18	.17	.03	.05	.04	.06	.24	-.04	.10	.11
d850 Trabajo remunerado	.22	.07	.06	.12	-.02	.10	.05	.04	.06	.09
d860 Transacciones económicas básicas	.18	.19	.16	.29	.19	.03	.21	-.01	.18	.21
d870 Autosuficiencia económica	.18	.05	.14	.06	-.06	-.05	.02	.13	.08	.06
d9. vida comunitaria, social y cívica										
d910 Vida comunitaria	.55**	.46**	.38*	.48**	.49**	.40*	.52**	.14	.31	.49**
d920 Tiempo libre y ocio	.38*	.30	.18	.29	.35*	.14	.11	-.07	.13	.10
d930 Religión y espiritualidad	.03	.06	.18	.12	.08	.14	.11	-.07	.13	.10
d940 Derechos humanos	.34*	.32*	.56**	.38*	.42**	.42**	.28	.40*	.38*	.45**
d950 Vida política y ciudadanía	.38*	.33*	.36*	.52**	.40*	.25	.37*	.06	.39*	.41**

* La correlación es significativa al nivel de .05

** La correlación es significativa al nivel de .01

Funciones Corporales y Psicopatología General en grupo con Esquizofrenia

En cuanto al grupo de pacientes con esquizofrenia las correlaciones que alcanzaron significancia entre Funciones Corporales y dimensiones de SCL-90 fueron: en primer lugar [b110] Funciones de la conciencia únicamente con ISG. [b114] Funciones de la

orientación sólo con somatización, ansiedad e ISG. [b117] Funciones intelectuales solamente con obsesión compulsión e ISG. [b134] Funciones del sueño con somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión e ideación paranoide. [b144] Funciones de la memoria y [b152] Funciones emocionales con obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal y depresión. [b156] Funciones de la percepción con todas, excepto con obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica y psicoticismo. [b164] Funciones cognitivas superiores y [b210] Funciones visuales sólo con ISG. [b280] Sensaciones de dolor con hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. [b730] Funciones relacionadas con la fuerza muscular sólo con ansiedad fóbica e ISG y piel y otras estructuras relacionadas con sensibilidad interpersonal y depresión (Tabla 48).

Tabla No. 48. Relación entre funciones corporales y dimensiones de SCL-90 en pacientes con esquizofrenia.

	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOST	ANSF	IDPAR	PSCT	ISG
b1. Funciones Mentales										
b110 Funciones de la conciencia	-.08	.06	-.03	-.03	-.20	.27	.02	-.06	-.30	-.47**
b114 Funciones de la orientación (tiempo, lugar y persona)	-.38*	.18	-.17	-.11	-.42*	.08	-.08	-.003	-.38	-.60**
b117 Funciones intelectuales	.13	.43*	.11	.24	-.29	-.001	-.14	-.16	-.16	-.41*
b130 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	.15	.24	.27	.27	-.05	.21	.05	.36	-.02	-.12
b134 Funciones del sueño	.71**	.38*	.43*	.57**	.29	.32	.10	.50**	.34	.20
b140 Funciones de la atención	-.07	.08	.05	.01	-.01	.36	.18	.12	.08	-.24
b144 Funciones de la memoria	.25	.53**	.38*	.44*	-.26	.10	-.19	.06	.08	-.20
b152 Funciones emocionales	.23	.50**	.45*	.45*	-.19	.28	.09	.14	-.02	-.13
b156 Funciones de la percepción	.50**	.07	.33	.41*	.48*	.47*	.21	.47*	.17	.41*
b164 Funciones cognitivas superiores	-.09	.28	-.07	.04	-.28	.12	-.11	.07	-.11	-.45*
b167 Funciones mentales del lenguaje	.16	.20	.14	.16	-.07	.23	-.04	.04	-.04	-.20
b2. Funciones sensoriales y dolor										
b210 Funciones visuales	.29	.05	.17	.19	.30	.19	.22	.31	.27	.42*

	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOST	ANSF	IDPAR	PSCT	ISG
b230 Funciones auditivas	-.10	-.29	.04	-.15	.19	.000	.01	.23	.27	.08
b235 Funciones vestibulares	-.30	-.14	-.19	-.23	-.07	-.17	-.21	-.30	-.27	-.32
b280 Sensaciones de dolor	.34	.007	.10	.16	.37	.53**	.35	.46*	.46*	.35
b3. Funciones de la voz y el habla										
b310 Funciones de la voz	.39	.16	.26	.35	.20	.34	.15	.25	.11	.12
b4. Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio										
b430 Funciones del sistema hematológico	.32	.15	.25	.30	.23	.25	.26	.12	.15	.32
b435 Funciones del sistema inmunológico	.02	-.01	.17	.08	-.01	.07	-.17	.20	-.14	-.11
b440 Funciones respiratorias	.07	.07	.16	.10	-.06	.01	-.07	.10	-.06	.06
b5. Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endócrino										
b515 Funciones relacionadas con la digestión	-.30	.11	-.06	-.08	-.30	-.27	.07	.01	-.14	-.26
b525 Funciones relacionadas con la defecación	.31	.18	.24	.26	.09	-.06	-.23	.17	.05	.04
b530 Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso	.15	-.11	.20	.11	.26	-.11	-.10	-.10	-.01	.12
b6. Funciones genitourinarias y reproductoras										
b620 Funciones urinarias	.02	-.32	-.26	-.26	.26	-.13	.21	.12	-.09	-.02
b640 Funciones sexuales	-.05	-.14	-.02	-.07	.07	.28	-.03	.36	.13	.03
b7. Funciones neuromusculares y relacionadas con el movimiento										
b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular	-.08	.01	-.33	-.20	-.07	.24	.38*	-.12	-.18	-.38*
b735 Funciones relacionadas con el tono muscular	-.23	-.20	-.26	-.30	.06	.21	.31	-.18	-.27	-.26
b765 Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios	.32	.15	.25	.30	.23	.25	.26	.12	.15	.32

	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOST	ANSF	IDPAR	PSCT	ISG
b8. Funciones de la piel y estructuras relacionadas	.21	.26	.46*	.41*	-.07	.32	.10	-.09	.12	.23

* La correlación es significativa al nivel de .05

** La correlación es significativa al nivel de .01

Actividades y Participación y Psicopatología General en grupo con Esquizofrenia

Siguiendo con el mismo grupo de pacientes con esquizofrenia, pero refiriéndose a Actividades y Participación, se observaron correlaciones significativas entre [d110] Mirar y obsesión compulsión. [d115] Escuchar con obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal y depresión. [d175] Resolver problemas con obsesión compulsión y sensibilidad interpersonal. [d210] Llevar a cabo una tarea con obsesión compulsión y depresión. [330] Hablar con obsesión compulsión, ansiedad e ISG. [d350] Conversación con obsesión compulsión, depresión y ansiedad. [d430] Levantar y llevar objetos con ansiedad fóbica. [d440] Uso fino de la mano con obsesión compulsión. [d450] Caminar con obsesión compulsión. [d465] Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento con sensibilidad interpersonal y ansiedad fóbica. [d470] Utilización de medios de transporte con obsesión compulsión, ansiedad e ISG. [d520] Cuidado de las partes del cuerpo con ideación paranoide. Higiene personal con ansiedad. [d540] Vestirse con ideación paranoide. Cuidado de la propia salud con obsesión compulsión. [d620] Adquisición de bienes y servicios con obsesión compulsión y ansiedad. [d640] Realizar los quehaceres de la casa con sensibilidad interpersonal. [d660] Ayudar a los demás con obsesión compulsión. [d730] Relacionarse con extraños con obsesión compulsión e ideación paranoide. [d910] Vida comunitaria con obsesión compulsión y ansiedad. Tanto [d920] Tiempo libre y ocio, [d930] Religión y espiritualidad, así como [d950] Vida política y ciudadanía correlacionaron significativamente sólo con ansiedad (Tabla 49).

Tabla No. 49. Relación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación con la intensidad del tratamiento en el grupo de pacientes con esquizofrenia.

	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOST	ANSF	IDPAR	PSCT	ISG
d1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento										
d110 Mirar	.10	.47*	.25	.31	-.24	-.09	-.01	.20	-.14	.06
d115 Escuchar	.17	.55**	.45*	.46*	-.34	-.09	-.15	-.02	-.01	-.003
d175 Resolver problemas	.07	.41*	.39*	.36	-.17	.23	.15	.29	.04	.02
d2. Tareas y demandas generales										
d210 Llevar a cabo una tarea	.35	.48**	.33	.45*	-.10	.27	.000	.31	-.04	-.02
d220 Llevar a cabo múltiples tareas	.09	.36	.36	.36	-.31	.24	-.12	.13	.14	-.07
d3. Comunicación										
d310 Comunicación-recepción de mensajes	.09	.28	.17	.18	-.12	.03	-.04	.19	.04	-.30
d315 Comunicación-recepción de mensajes no verbales	-.14	.18	.20	.19	-.28	-.12	-.30	-.34	-.05	.08
d330 Hablar	-.21	.39*	.03	.04	-.58**	-.30	-.32	.05	-.24	-.55**
d335 Producción de mensajes no verbales	-.08	.35	.26	.27	-.35	-.11	-.32	-.39*	-.08	.12
d350 Conversación	.20	.70**	.27	.41*	-.40*	.15	.09	.17	-.04	-.48
d4. Movilidad										
d430 Levantar y llevar objetos	.08	.37	.28	.30	-.37	-.26	-.46*	-.07	-.02	-.12
d440 Uso fino de la mano	.17	.57**	.27	.35	-.36	-.004	-.16	.21	-.03	-.17
d450 Caminar	.31	.41*	.08	.22	-.05	-.08	-.02	.28	-.06	.04
d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	-.01	.32	.39*	.34	-.24	-.13	-.38*	.004	-.004	.19
d470 Utilización de medios de transporte	-.01	.52**	.17	.23	-.52**	-.05	-.21	-.09	-.14	-.39*
d475 Conducción	-.15	-.04	.08	-.03	-.003	-.08	-.36	-.01	-.09	-.02
d5. Autocuidado										
d510 Lavarse	.03	.09	.07	.05	-.13	.26	-.05	.36	.35	-.11
d520 Cuidado de las partes del cuerpo	.01	.15	.08	.08	-.18	.30	.04	.41*	.28	-.14
d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	-.21	.24	.01	-.03	-.44*	.02	-.09	.21	.10	-.36
d540 Vestirse	.28	.26	.17	.23	-.04	.17	.02	.56**	.32	.01
d550 Comer	.15	.26	-.08	.09	-.05	.23	.24	.32	.29	.11
d560 beber	.08	.28	.01	.12	-.19	.06	.04	.25	.26	.06

	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOST	ANSF	IDPAR	PSCT	ISG
d570 Cuidado de la propia salud	.18	.50**	.29	.36	-.36	-.17	-.17	.20	.16	-.11
d6. Vida doméstica										
d620 Adquisición de bienes y servicios	-.10	.39*	.05	.10	-.52**	.01	-.17	-.05	-.12	-.33
d630 Preparar comidas	-.08	.31	.07	.13	-.35	-.29	-.24	-.12	-.28	-.02
d640 Realizar los quehaceres de la casa	.11	.15	.43*	.31	-.10	.20	-.09	.23	.23	.10
d660 Ayudar a los demás	.03	.39*	.19	.22	-.35	.10	-.10	.18	.11	-.21
d7. Interacciones y relaciones interpersonales										
d720 interacciones interpersonales complejas	.14	.34	.21	.25	-.17	.31	.07	.32	.30	-.12
d730 Relacionarse con extraños	.24	.49**	.18	.32	-.20	.21	.07	.41*	.07	-.13
d740 Relaciones formales	-.10	.23	.02	.02	-.29	.14	-.04	.10	.19	-.23
d750 Relaciones sociales informales	.02	.34	.15	.19	-.31	.09	-.09	.22	-.01	-.34
d760 Relaciones familiares	.30	.26	.32	.32	.05	.11	.03	.37	.16	-.13
d770 Relaciones íntimas	-.04	.06	.01	.04	-.17	-.06	.02	.05	.02	.17
d8. Áreas principales de la vida										
d810 Educación no reglada	.10	.29	-.04	.15	-.19	.000	-.01	-.23	-.27	-.08
d830 Educación superior	.10	.24	.32	.32	-.15	.27	.17	.25	.21	.11
d850 Trabajo remunerado	.08	-.26	.32	-.07	.25	-.02	-.13	.10	.04	-.07
d860 Transacciones económicas básicas	.09	.30	.26	.28	-.28	.20	-.12	.10	.05	-.11
d870 Autosuficiencia económica	-.02	.02	.06	-.03	-.03	.09	-.05	.18	.07	-.06
d9. vida comunitaria, social y cívica										
d910 Vida comunitaria	.10	.53**	.18	.32	-.38*	.25	.02	.15	-.05	-.21
d920 Tiempo libre y ocio	-.07	.28	.10	.13	.46*	-.07	-.21	-.06	-.08	-.28
d930 Religión y espiritualidad	-.15	.32	.18	.18	-.49**	-.29	-.23	-.002	-.22	-.32
d940 Derechos humanos	.12	.22	.25	.26	-.11	.31	.17	.23	.06	-.08
d950 Vida política y ciudadanía	-.17	.31	.08	.10	-.49**	.18	-.12	.01	-.04	-.28

* La correlación es significativa al nivel de .05

** La correlación es significativa al nivel de .01

La **H6**: *Hay relación entre la discapacidad y la psicopatología general en los pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia*, se acepta parcialmente, debido a que en cuanto a las Funciones

Corporales, pocas de sus categorías establecieron correlaciones significativas con las dimensiones de SCL-90, mientras que en Actividades y Participación, los grupos de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión presentaron mayor número de correlaciones entre las categorías de esta escala con las dimensiones de SCL-90.

Discapacidad y Cronicidad de Trastorno

Objetivo:

Determinar la relación entre discapacidad y cronicidad de trastorno en pacientes con ansiedad, depresión o esquizofrenia.

Funciones Corporales y Cronicidad de Trastornos en los Grupos Estudiados

Respecto a la correlación entre trastornos mentales y Funciones Corporales, se encontró que en el caso del grupo con ansiedad, no se dio ninguna correlación significativa. En cuanto al grupo con depresión sólo alcanzó correlaciones significativas con [b130] Funciones relacionadas con la energía y los impulsos y con [b410] Funciones del corazón. El grupo de esquizofrenia tuvo correlaciones significativas con [b134] Funciones del sueño y [b156] Funciones de la percepción. Se realizó una correlación global, esto es, se tomaron en cuenta los tres trastornos y se les convirtió en un solo grupo para calcular la relación existente entre cronicidad y funciones corporales y se encontró significancia en [b114] Funciones de la orientación, [b117] Funciones intelectuales, [b144] Funciones de la memoria, [b156] Funciones de la percepción, [b167] Funciones mentales del lenguaje, [b310] Funciones de la voz y [b530] Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso (Tabla 50).

Tabla No. 50. Relación entre deficiencia en funciones corporales y cronicidad del trastorno.

	Ansiedad	Depresión	Esquizofrenia	GLOBAL
b1. Funciones Mentales				
b110 Funciones de la conciencia			-.16	.16

	Ansiedad	Depresión	Esquizofrenia	GLOBAL
b114 Funciones de la orientación (tiempo, lugar y persona)	-.01	-.02	-.03	.41**
b117 Funciones intelectuales	-.03	.13	.05	.25*
b130 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	-.26	-.40*	.33	-.05
b134 Funciones del sueño	-.24	.001	.38*	.01
b140 Funciones de la atención	-.02	.06	-.20	-.02
b144 Funciones de la memoria	.06	.13	.11	.21*
b152 Funciones emocionales	-.28	-.16	.21	.11
b156 Funciones de la percepción	.08	.07	.42*	.21*
b164 Funciones cognitivas superiores	.04	.02	.10	.17
b167 Funciones mentales del lenguaje	.02	.17	.21	.39**
b2. Funciones sensoriales y dolor				
b210 Funciones visuales	.22	.22	.29	.12
b230 Funciones auditivas		.09	-.12	.04
b235 Funciones vestibulares	.17	-.23	.26	-.11
b280 Sensaciones de dolor	-.21	-.24	.33	-.16
b3. Funciones de la voz y el habla				
b310 Funciones de la voz	.31		.10	.25*
b4. Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio				
b410 Funciones del corazón	.17	.32*		.06
b420 Funciones de la presión arterial	.01	.04		-.05
b430 Funciones del sistema hematológico			.15	.14
b435 Funciones del sistema inmunológico	.26	.12	.08	.10
b440 Funciones respiratorias	-.03	.17	.24	.07

	Ansiedad	Depresión	Esquizofrenia	GLOBAL
b5. Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endócrino				
b515 Funciones relacionadas con la digestión	.27	-.27	.000	-.19
b525 Funciones relacionadas con la defecación	.003	-.009	.25	-.07
b530 Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso	.10	-.25	-.25	-.21*
b555 Funciones de las glándulas endócrinas	-.11	-.06		-.16
b6. Funciones genitourinarias y reproductoras				
b620 Funciones urinarias	-.17	-.08	-.05	-.11
b640 Funciones sexuales	-.10	-.16	.09	-.20
b7. Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento				
b710 Funciones y movilidad de las articulaciones	-.01	-.14		-.19
b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular	.22	-.15	-.20	-.14
b735 Funciones relacionadas con el tono muscular	.25	-.22	-.08	-.14
b765 Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios	-.01	.000	.15	-.09
b8. Funciones de la piel y estructuras relacionadas				
	-.07	-.27	-.07	-.19

* La correlación es significativa al nivel de .05

** La correlación es significativa al nivel de .01

Actividades y Participación y Cronicidad de Trastorno en los Grupos Estudiados

Estableciendo la relación entre la cronicidad del trastorno y las limitaciones en la Actividad y las restricciones en la Participación, se encontró que en los pacientes con ansiedad sólo se dieron correlaciones significativas en las categorías [d660] Ayudar a los

demás y [d750] Relaciones sociales informales. En los pacientes con depresión las correlaciones significativas se ubicaron en [d220] Llevar a cabo múltiples tareas, [d430] Levantar y llevar objetos y [d570] Cuidado de la propia salud. Con los pacientes con esquizofrenia se observó un mayor número de correlaciones significativas estas fueron con [d110] Mirar, [d210] Llevar a cabo una tarea, [d440] Uso fino de la mano, [d540] Vestirse y [d730] Relacionarse con extraños. En el global fue aún mayor el número de correlaciones significativas, estas se dieron en [d110] Mirar, [d115] Escuchar, [d310] Comunicación-recepción de mensajes, [d335] Producción de mensajes no verbales, [d440] Uso fino de la mano, [d470] Utilización de medios de transporte, [d520] Cuidado de las partes del cuerpo, [d530] Higiene personal relacionada con los procesos de excreción, [d770] Relaciones íntimas y [d860] Transacciones económicas básicas (Tabla 51).

Tabla No. 51. Relación entre restricciones en la actividad y limitaciones en la participación y cronicidad del trastorno.

	Ansiedad	Depresión	Esquizofrenia	GLOBAL
d1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento				
d110 Mirar	.02	-.02	.39*	.26**
d115 Escuchar	-.17	.08	.30	.33**
d140 Aprender a leer	-.16			-.02
d145 Aprender a escribir	.17			.11
d150 Aprender a calcular	.17			.11
d175 Resolver problemas	.003	-.10	.27	-.04
d2. Tareas y demandas generales				
d210 Llevar a cabo una tarea	.08	-.11	.41*	.11
d220 Llevar a cabo múltiples tareas	-.22	.33*	.36	-.07
d3. Comunicación				
d310 Comunicación-recepción de mensajes	.13	.27	.13	.28**

	Ansiedad	Depresión	Esquizofrenia	GLOBAL
d315 Comunicación-recepción de mensajes no verbales	-.17	.01	.07	-.005
d330 Hablar	-.17	-.10	.13	.13
d335 Producción de mensajes no verbales	-.15	.06	.07	.44*
d350 Conversación	.005	-.39	.28	.18
d4. Movilidad				
d430 Levantar y llevar objetos	.09	.36*	.25	-.09
d440 Uso fino de la mano	.12	.16	.49**	.41**
d450 Caminar	-.17	.000	.36	-.05
d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	-.28	-.004	.32	.31
d470 Utilización de medios de transporte	-.03	.19	.16	.25*
d475 Conducción	.17	.14	.25	.14
d5. Autocuidado				
d510 Lavarse	.08	.10	.17	.17
d520 Cuidado de las partes del cuerpo	.06	.09	.23	.30**
d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	.20	.03	.20	.36*
d540 Vestirse	-.04	.02	.42*	.19
d550 Comer	-.08	-.14	.13	-.01
d560 beber	.15	-.30	.13	-.05
d570 Cuidado de la propia salud	-.12	.36*	.30	.08
d6. Vida doméstica				
d620 Adquisición de bienes y servicios	-.27	-.18	.11	.13
d630 Preparar comidas	-.13	-.09	.25	-.14

	Ansiedad	Depresión	Esquizofrenia	GLOBAL
d640 Realizar los quehaceres de la casa	-.01	-.13	.04	-.15
d660 Ayudar a los demás	.42*	-.17	.31	.02
d7. Interacciones y relaciones interpersonales				
d720 interacciones interpersonales complejas	-.10	-.10	.23	-.03
d730 Relacionarse con extraños	-.14	-.10	.43*	.13
d740 Relaciones formales	-.14	-.20	.004	.10
d750 Relaciones sociales informales	.42*	-.09	.18	.07
d760 Relaciones familiares	-.09	-.05	.19	.02
d770 Relaciones íntimas	.24	.14	.34	.24*
d8. Áreas principales de la vida				
d810 Educación no reglada	-.05	.13	.12	.000
d820	-.05			
d830 Educación superior	.04	.13	.26	-.76
d850 Trabajo remunerado	.04	.16	-.10	.23
d860 Transacciones económicas básicas	-.30	.06	.10	.40**
d870 Autosuficiencia económica	.09	.15	-.10	.07
d9. vida comunitaria, social y cívica				
d910 Vida comunitaria	-.23	-.13	.22	.04
d920 Tiempo libre y ocio	-.32	-.18	.13	-.10
d930 Religión y espiritualidad	-.22	-.20	.004	.07
d940 Derechos humanos	.01	.01	.15	.13
d950 Vida política y ciudadanía	.06	-.11	-.001	.18

* La correlación es significativa al nivel de .05

** La correlación es significativa al nivel de .01

La **H7**: *Hay relación entre la discapacidad y la cronicidad del trastorno en los pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia*, es aceptada parcialmente para el grupo de pacientes con esquizofrenia, ya que fueron pocas las categorías de Funciones Corporales y de Actividades y Participación que correlacionaron significativamente con la cronicidad del trastorno. Asimismo la hipótesis se rechaza respecto a los trastornos ansiosos y depresivos.

Conclusiones del segundo estudio

La mayor parte de los pacientes captados para el estudio fueron excluidos debido principalmente a incompatibilidad con el horario de la investigadora, a que presentaban trastorno esquizoafectivo o el trastorno había remitido cuando se les contactó.

Los participantes masculinos presentaron como trastornos más frecuentes los de las categorías ansiedad y esquizofrenia. En estado civil la mayoría de los pacientes con ansiedad y depresión estaban relacionados con una pareja y predominó que estuvieran casados. El grupo de deprimidos en su mayoría trabajaban en contraste con los esquizofrénicos cuya mayor parte no trabajaba.

La mayor parte de de los pacientes con esquizofrenia que fueron evaluados provenían del interior del estado de Puebla.

El índice socioeconómico de los participantes fue uniforme y este se caracterizó por condiciones de vivienda en la que el piso tenía recubrimiento, agua potable dentro del domicilio, drenaje y donde el nivel de escolaridad de los pacientes era superior a siete años.

El grupo ansiedad tuvo una intensidad de sintomatología moderada y el grupo depresión un nivel grave. El grupo esquizofrenia se ubicó en el límite para considerar severo el cuadro en lo que se refiere a las escalas positiva y de psicopatología general y el nivel fue severo en escala negativa. El síndrome que predominó también fue negativo.

En psicopatología general las dimensiones somatización, depresión y hostilidad resaltaron en el grupo depresión, ansiedad en el de ansiedad.

En cuanto a discapacidad, en el WHO-DAS-II, el grupo esquizofrenia presentó mayor promedio en discapacidad en las áreas comprensión y comunicación y relacionarse con otras personas.

En funciones corporales de la Lista de Cotejo de la CIF, el grupo de pacientes con esquizofrenia tuvieron mayor deficiencia en funciones de la conciencia, de la orientación, intelectuales, cognitivas, mentales del lenguaje y de la voz.

Dentro de la misma Lista de Cotejo, pero en actividades y participación, el mismo grupo esquizofrenia presentó un mayor número de limitaciones y restricciones en mirar, escuchar, comunicación-recepción de mensajes, hablar, producción de mensajes no verbales, hablar, uso fino de la mano, utilización de medios de transporte, cuidado de las partes del cuerpo, higiene personal, cuidado de la propia salud, adquisición de bienes y servicios, ayudar a los demás, relaciones sociales informales, trabajo remunerado, transacciones económicas básicas, autosuficiencia económica, vida comunitaria y vida política y ciudadanía.

En la parte de factores ambientales de la misma lista, el grupo esquizofrenia tuvo un mayor porcentaje de barreras en apoyo de amigos, conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad, profesionales de la salud, actitudes individuales de miembros de la familia cercana, actitudes individuales de amigos, actitudes sociales, normas, costumbres e ideologías sociales, servicios, sistemas y políticas de seguridad social, servicios, de apoyo social general y sanitarias. En el mismo rubro de factores ambientales, el grupo ansiedad tuvo mayor porcentaje de facilitadores en apoyo de amigos, actitudes individuales de miembros de la familia cercana, actitudes individuales de amigos, actitudes sociales, normas, costumbres e ideologías sociales y servicios, sistemas y políticas de seguridad social. Por su parte, el grupo depresión tuvo un mayor

porcentaje de facilitadores en apoyo de conocidos, apoyo de profesionales de la salud, servicios, sistemas y políticas legales, de apoyo social general y sanitarias.

Respecto a las características de salud de los sujetos que participaron en este estudio, el grupo depresión estuvo más afectado por problemas como fumar y en la utilización de dispositivos de ayuda como lentes, sillas de ruedas, etc. A pesar de que este mismo grupo reportó haber reducido sus actividades cotidianas o su trabajo en los últimos 30 días debido a su estado de salud en mayor proporción que los otros dos grupos, el más afectado era el grupo esquizofrenia ya que fue totalmente incapaz de realizar sus actividades cotidianas debido a su estado de salud durante un promedio de 24.94 días (mediana de 30 días).

Los grupos ansiedad y depresión tendieron a reportar mayor número de quejas de salud como gastritis, dolor muscular, varices e hipertensión.

En cuanto a la relación entre psicopatología general e intensidad de la sintomatología, los puntajes del HAM-A y del HAM-D se asociaron de manera significativa con la mayoría de las escalas del SCL-90. Las escalas del PANSS se asociaron principalmente con las escalas ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo del SCL-90.

La discapacidad en relación a la intensidad de la sintomatología presentó pocas asociaciones en déficit de funciones corporales. Las más significativas se establecieron entre déficit de funciones del sueño y los puntajes del HAM-A, HAM-D y de las escalas del PANSS. En limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, destacó la asociación entre llevar a cabo una tarea con los puntajes del HAM-A y las escalas negativa y total del PANSS, así como hablar, conversar, utilización de medios de transporte con las escalas negativa y compuesta del PANSS y de cuidado de la propia salud con el HAM-A, el HAM-D y la escala negativa del PANSS.

Respecto a la relación entre discapacidad y psicopatología general, en el grupo ansiedad se presentaron asociaciones significativas entre déficit en funciones relacionadas con la energía y los impulsos y todas las escalas del SCL-90 y entre déficit en funciones de la atención y todas las escalas del SCL-90. En limitaciones de la actividad y restricciones de la participación, se asoció de manera significativa llevar a cabo una tarea, llevar a cabo múltiples tareas, lavarse, interacciones interpersonales complejas y vida política y ciudadanía con todas las escalas del SCL-90.

En el mismo tema, pero respecto al grupo depresión, el déficit en funciones del sueño y la mayor parte de las escalas del SCL-90 (las excepciones fueron sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo). En cuanto a limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, el mismo grupo presentó correlaciones significativas en llevar a cabo una tarea, llevar a cabo múltiples tareas, lavarse, cuidado de las partes del cuerpo, vestirse, comer, beber, cuidado de la propia salud, todas las categorías de interacciones y relaciones interpersonales, vida comunitaria, derechos humanos y vida política y ciudadanía con la mayoría de las escalas del SCL-90. En conclusión la psicopatología general se asoció más con las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación en este grupo.

En lo que se refiere a la misma relación, pero en el grupo esquizofrenia, el déficit en las funciones del sueño estableció las asociaciones más significativas con somatización, obsesión compulsión, interacciones sociales, depresión e ideación paranoide del SCL-90. En limitaciones de la actividad y restricciones en la participación, las más importantes fueron las que estableció obsesión compulsión del SCL-90 con todas las categorías de aprendizaje y aplicación del conocimiento, llevar a cabo una tarea, hablar, conversación, uso fino de la mano, caminar, utilización de medios de transporte, cuidado de la propia salud, adquisición de bienes y servicios, ayudar a los demás, relacionarse con extraños y vida comunitaria.

En la relación entre discapacidad y cronicidad del trastorno, se concluye que no fue significativa en los tres grupos diagnósticos, en lo que se refiere a déficit en las

funciones corporales, excepto en funciones del sueño y la cronicidad de la esquizofrenia. En lo que respecta a limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, los grupos ansiedad y depresión tampoco tuvieron una relación importante con la cronicidad, el grupo esquizofrenia presentó asociación significativa entre su cronicidad y mirar, llevar a cabo una tarea, uso fino de la mano, vestirse y relacionarse con extraños.

DISCUSIÓN

La presente investigación constó de dos estudios, en el primero se determinaron los aspectos clinimétricos de la Lista de Cotejo de la CIF y en el segundo se establecieron las áreas en que las que presentan discapacidad los pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia, así como relación que guarda la discapacidad con la psicopatología general, la intensidad de la sintomatología y la cronicidad de los trastornos estudiados.

En el primer estudio se determinó la aplicabilidad y las características psicométricas de la CIF; se dividió en tres fases. En la primera en lo que se refiere a la evaluación de las actividades y la participación en pacientes con trastornos mentales en general y en la segunda respecto a las categorías más pertinentes de evaluar en pacientes con ansiedad, depresión y psicosis. En la tercera fase se obtuvo la validez y la confiabilidad de la Lista de Cotejo de la CIF.

En el segundo estudio se realizó una comparación entre tres grupos de pacientes, uno con ansiedad, otro con depresión y otro con esquizofrenia. Se determinó cuál de estos grupos presentaba mayor porcentaje de discapacidad y en qué áreas principalmente se presentaba ésta. Estas áreas específicas pertenecían a los componentes de la Lista de Cotejo de la CIF Funciones Corporales y Actividades y Participación, mismas que se relacionaron con la intensidad de la sintomatología, la psicopatología general y la cronicidad en cada uno de los grupos estudiados. También se hizo una comparación intergrupala de los Factores Ambientales que rodean a estos pacientes acerca de los Facilitadores y Barreras existentes en relación a los, así como de sus características generales de salud.

Primer estudio

Este primer estudio se ubica dentro de las investigaciones que se han propuesto para obtener la factibilidad de la CIF, respecto al número de categorías que se deben medir en diferentes condiciones de salud, en este caso las concernientes a la salud mental y en específico, las relacionadas con depresión, ansiedad y esquizofrenia.

Si bien la CIF es un modelo teórico y una clasificación que da una nueva perspectiva a las condiciones de salud, que considera tanto las funciones y estructuras corporales como las actividades y participación y asimismo toma en cuenta la interacción que existe con los factores contextuales del sujeto tales como los factores ambientales y los factores personales, contiene un número elevado de categorías, para ser exactos, 1,494 (OMS, 2001), lo cual dificulta su aplicación cotidiana dentro de los servicios de salud que es uno de los escenarios en que se requiere de la clasificación.

El proyecto más importante hasta la fecha en relación a la investigación de la factibilidad de la CIF, inició en 2001 emprendido por la División de Investigación de la CIF perteneciente al Centro de Colaboración de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS, de la Universidad Ludwig-Maximilian en Munich, Alemania, que trabaja en coordinación con el Equipo de Clasificación, Medición y Encuestas de la OMS. Otro proyecto que propusieron fue el de vincular a la CIF con los contenidos de mediciones existentes, incluyendo tests y mediciones clínicas del estado de salud (Stucki y Grimby, 2004).

A través del proyecto de factibilidad de la CIF, este equipo de investigadores conformó las *Series Esenciales* de la CIF, a las que dividió en dos tipos, la *serie global* de la CIF, que debe incluir el espectro típico de problemas en el funcionamiento de pacientes con una condición o en un contexto definido y la *serie esencial breve* de la CIF que permite incluir sólo las categorías más importantes para todas las culturas y países, con la finalidad de que sea práctica en cualquier situación o ubicación (Stucki y Grimby, 2004), sin embargo este último tipo de serie esencial no se ha logrado

hasta la fecha, lo cual justifica la necesidad de llevar a cabo en diferentes lugares estudios como el aquí presentado.

Las series esenciales de la CIF que desarrollaron en la Universidad de Munich, cubrieron 12 condiciones crónicas de salud que se consideraron altas en cuanto a carga de enfermedad; estas 12 condiciones se dividieron en tres grupos (CAS, 2002a, Weigl et al., 2004):

- 1) *Condiciones musculoesqueléticas*: dolor de la espalda baja, osteoporosis, artritis reumatoide y osteoartritis.
- 2) *Condiciones cardiovasculares/y otras*: cardiopatía isquémica crónica, enfermedad pulmonar obstructiva, diabetes mellitus y cáncer de mama.
- 3) *Condiciones de dolor crónico/psicológicas/neurológicas*: dolor generalizado crónico, obesidad, trastorno depresivo y evento cerebrovascular.

Para cada una de las condiciones de salud mencionadas, los estudios preliminares incluyeron un ejercicio Delphi, que representó el punto de vista de los expertos, una revisión sistemática sobre los resultados en ensayos clínicos aleatorizados, que representó el punto de vista de los investigadores en esos temas, y por último, una colección de datos empíricos utilizando la Lista de Cotejo de la CIF, que representó la perspectiva de los pacientes en rehabilitación (Cieza, et al., 2004b).

Siguiendo la línea del proyecto comentado, en el presente estudio se decidió no sólo abordar la depresión, sino considerar en un primer momento a los trastornos mentales en general y en seguida centrarse en trastornos depresivos, ansiosos y psicóticos. En la primera fase, el objetivo fue probar únicamente la factibilidad del componente Actividades y Participación de la CIF para evaluar pacientes con trastornos mentales en general, el consenso se alcanzó en el 43.43% del total de los ítems elegidos por el grupo y de estos, el 67.44% se hallaban ya incluidos en la Lista de Cotejo de la CIF. Se observó que para el grupo de expertos las actividades más relevante de evaluar en los pacientes con trastornos mentales fueron de Tareas y

Demandas Generales, [d210] Llevar a cabo una única tarea; de Comunicación, [d335] Producción de mensajes no verbales y [d350] Conversación; de Movilidad, [d410] Cambiar las posturas corporales básicas, [d415] Mantener la posición del cuerpo, [d420] “Transferir el propio cuerpo”, [d440] Uso fino de la mano, [d450] Andar y [d460] Desplazarse por distintos lugares; de Autocuidado, [d510] lavarse, [d520] Cuidado de las partes del cuerpo, [d530] Higiene personal relacionada con los procesos de excreción, [d540] Vestirse, [d550] Comer y [d560] Beber; de Vida Doméstica, [d630] Preparar comidas, [d640] Realizar los quehaceres de la casa y [d650] Cuidado de los objetos del hogar; por último, de Interacciones y Relaciones Interpersonales, [d710] Interacciones interpersonales básicas,

De acuerdo con lo observado, para el grupo de expertos resulta suficiente que estos pacientes lleven a cabo actividades sobre todo de Movilidad y Autocuidado. Aunque fueron elegidas categorías como [d177] Tomar decisiones, [d629] Adquirir lo necesario para vivir, [d720] Interacciones interpersonales complejas, recibir educación en diferentes niveles y [d940] Derechos humanos, sólo fueron seleccionadas en algunos casos por un solo experto y se esperaría que tuvieran mayor peso tomando en cuenta el hecho de que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, una de cada cinco personas presenta al menos un trastorno mental en algún momento de su vida (Medina Mora et al., 2003), que aproximadamente existen en el mundo 450 millones de personas con trastornos mentales y del comportamiento (depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos debidos al consumo de alcohol y de drogas, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario) y que se ha previsto que en las próximas décadas el número de personas con trastornos mentales aumentará debido a factores como la pobreza, el envejecimiento de las poblaciones y la rápida urbanización, en especial en los países en desarrollo (OMS, 2001, c). En México, la SSA ha calculado que alrededor de 15 millones de personas padecen algún trastorno mental (Valencia Collazos, 2007).

Otros argumentos que apoyan este punto son que los trastornos mentales son diversos, que en cuanto al curso como al pronóstico que presentan pueden ser

completamente diferentes unos de otros (APA, 2002, Kaplan et al., 1994) y afectan de manera diferente a los individuos en relación al funcionamiento.

El tipo de categorías y áreas elegidas por el grupo de expertos parece apuntar a los pacientes que sufren un grado importante de deterioro cognitivo y social que por lo regular permanecen como pacientes de asilo y custodia bajo el cuidado de sus familiares o internados en hospitales psiquiátricos tanto públicos como privados, sin embargo, lo que se observa es que los pacientes que llegan a presentar estas características son aquellos con retraso mental, esquizofrenia residual y con trastornos mentales orgánicos (Kaplan et al., 1995), los cuales constituyen una minoría, ya que en la población mexicana los trastornos más prevalentes y crónicos son los de ansiedad y los trastornos individuales más comunes que se han ubicado son la depresión mayor, la dependencia al alcohol, la fobia específica y la fobia social y a pesar de que se ha informado que sólo uno de cada 10 pacientes con un trastorno mental recibe atención, cuando buscan tratamiento, lo reciben a través de servicios de consulta ambulatoria, la mayor parte de las ocasiones en servicios pertenecientes al primer nivel de atención de la salud (Medina-Mora et al., 2003).

Es importante considerar como probables razones de estos resultados en primer lugar la situación de que el número de expertos fue reducido, sólo eran 20 (y de éstos se eliminó la respuesta de cinco por no llevar a cabo la actividad que se les pidió) y en cambio el número de ítems era grande, ya que el capítulo completo de la CIF Actividades y Participación está compuesto por 118 categorías o ítems.

Otra probable razón sea la misma formación de los profesionales que participaron y el tipo de instrumentos que tradicionalmente se utilizan dentro de la salud mental, los cuales no siempre tienen un fundamento bio-psico-social, lo cual también se manifestó en el estudio de revisión sistemática realizado por el grupo de investigación de la Universidad de Munich, acerca de los instrumentos empleados para la medición de resultados de tratamientos para depresión y la vinculación del contenido de dichos instrumentos con los conceptos de la CIF. Lo que hallaron fue que las cinco categorías de la CIF más usadas fueron, del componente Funciones Corporales, [b134] Funciones del sueño, [b152] Funciones emocionales, [b130]

Funciones de la energía y los impulsos, [b160] Funciones del pensamiento y [b164] Funciones cognitivas superiores. En Actividades y Participación las más usadas habían sido [d177] Tomar decisiones, [d570] Cuidar de la salud de otros, [d859] Trabajo y empleo, otros especificados y no especificados y [d920] Recreación y entretenimiento. Los autores concluyeron que desde un punto de vista conceptual los resultados reflejaban una mayor representación de la perspectiva biológica y un reducido uso de conceptos funcionales y del impacto que tienen los factores ambientales sobre la vida de un individuo (Brokow et al., 2004).

En la segunda fase de este primer estudio, el objetivo fue probar la aplicabilidad de la CIF para evaluar pacientes con trastornos de ansiedad, depresión y psicosis a través del análisis de cinco de las 25 viñetas propuestas por la OMS, por parte de un grupo de médicos, de los que 85.71% tenían la especialidad en psiquiatría. Los casos que se eligieron para analizar fueron Sara (trastorno depresivo mayor), Rita (depresión pos parto), Ana (trastorno de ansiedad generalizada), Amón (esquizofrenia paranoide) y María (trastorno psicótico breve, en remisión).

Los ítems que el grupo de expertos consideró más importantes, se concentraron en los pertenecientes a los componentes Funciones Corporales, Actividades y Participación y a Factores Ambientales. Sólo en los casos de Amón y María cuyos padecimientos eran psicóticos y en el de Sara que presentaba depresión mayor, seleccionaron ítems del componente Estructuras Corporales.

Lo que se observó en general en este estudio fue un bajo nivel de consenso en la mayoría de las categorías, con excepción de [d310] Familiares cercanos, que en tres de las viñetas sobrepasaron el 60%. Otro aspecto que se observó fue que los expertos omitieron categorías que sí se pueden ubicar en las viñetas y por otra parte mencionaron categorías que no eran ubicables de manera directa.

El hecho de que la categoría [d310] Familiares cercanos haya tenido un alto nivel de consenso es congruente con lo reportado por Cieza et al. (2004a) quienes conformaron las series esenciales para la depresión y concluyeron que Apoyo y

Relaciones son categorías importantes de considerar porque involucran a la familia u otros significativos en el proceso de tratamiento.

En relación a las omisiones de categorías identificables en las viñetas, es importante comentar lo siguiente:

En el Caso de Sara, que cursaba con trastorno depresivo mayor no identificaron: [b530] Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso: “no tiene apetito ni interés por la comida y está perdiendo peso”; [d2302] Completar la rutina diaria: “en el trabajo no rinde adecuadamente...no puede realizar ninguna tarea ni trabajo doméstico”; [d740] Relaciones formales: “los colegas también piensan que está actuando de una manera extraña y empiezan a evitarla”.

Lo que se observa es que principalmente no tomaron en cuenta situaciones que expresan el desempeño de la persona en su vida diaria. Nuevamente no se reconoce al sujeto como un ser social. Esto se repite en el caso de Rita que presentaba depresión posparto y en la evaluación de dicha viñeta los expertos también omitieron el desempeño de la persona en su contexto, como se aprecia en estas categorías que no señalaron: [d710] Interacciones interpersonales básicas: “no se relaciona socialmente”; [d740]: Relaciones formales: “no tiene ningún contacto con sus colegas”; [d9203] Manualidades: “también ha perdido sus intereses anteriores como... la jardinería o la cerámica” y [e410] Actitudes individuales de miembros de la familia cercana (facilitadores): “su marido no puede quedarse en casa, pero su madre acude todos los días para cuidar de ella y de sus hijos”.

En el caso de Ana, que tenía un trastorno de ansiedad generalizada, las categorías que se encontraban en la viñeta y no señalaron fueron: [b1400] Mantenimiento de la atención: “no es capaz de concentrarse en lo que hace”; [b530] Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso: “las pastillas le han producido sobrepeso”; [b7651] Temblor: “las pastillas hacen que se sienta muy cansada y un poco temblorosa”; [d166] Leer y [d170] Escribir: “tiene problemas para escribir y no lee a causa de los mareos”; [d175] Resolver problemas: “tiene dificultades para resolver los problemas diarios, y para tomar decisiones”; [d455]

Desplazarse por el entorno: “cuando camina, siente como si la habitación se moviera”; [d920] Tiempo libre y ocio y [d9300]: “ya no participa en las actividades religiosas, ni en otros hobbies” y [e410] Actitudes individuales de familiares cercanos (facilitador): “su marido se ocupa de las tareas domésticas y de cuidarla, y no dispone de tiempo libre ya que trabaja a jornada completa” y [e575] Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general (facilitador); “los servicios sociales le proporcionan un vehículo cuando tiene que salir”.

Nuevamente ignoraron los datos donde se expresaban limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, sobre todo los referentes a aprendizaje y aplicación del conocimiento y a vida comunitaria, social y cívica. También resalta que al igual que en el caso de Sara, el 100% de los evaluadores no señalaron la categoría de funciones relacionadas con el mantenimiento del peso, aún cuando en ambas viñetas se menciona que bajaron o subieron de peso. Es probable que no hayan puesto atención a la mencionada categoría debido a que algunos medicamentos utilizados en psiquiatría modifican el peso, sin embargo, es importante tomar en cuenta que la modificación del peso en los pacientes, ya sea traducido en aumento o disminución (cuando no es necesario) debe ser monitoreada y atendida, ya que es un aspecto que se relaciona con otros problemas de salud, así como con el funcionamiento social y psicológico (Durand y Barlow, 2007).

En el caso de Amón, un paciente con esquizofrenia paranoide, el grupo de expertos omitió las siguientes categorías: [b1560] Percepción auditiva y [b1561] Percepción visual: “Amon, de vez en cuando oye voces y ve cosas que no son reales”; [d220] Llevar a cabo múltiples tareas y [d845] Conseguir, mantener y finalizar un trabajo: “no se preocupa por las tareas domésticas, ni por su higiene personal o apariencia. No se puede concentrar en ningún trabajo y está en paro”; [d2400] Manejo de responsabilidades: “no paga las facturas”; [d920] Tiempo libre y ocio: “tiene muy pocos hobbies y muy pocas actividades le complacen” y [e425] Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad (barrera): “cuando anda por la calle, habla con alguien que no existe, resultando muy extraño para las demás personas lo que hace que la gente le rechace”.

Además de lo mencionado para las anteriores viñetas, en el caso de Amón, es importante resaltar que ninguno de los evaluadores identificó como problema funcional que oyera y viera cosas que no eran reales y en cambio, lo atribuyeron a una deficiencia o cambio en la estructura del cerebro, del globo ocular y del oído externo, lo cual es ilógico, ya que además de que no estaba reportado en la viñeta un hallazgo de este tipo, está descartado que las alucinaciones auditivas que se presentan en la esquizofrenia sean por alteraciones en la estructura del oído externo. Algunas investigaciones reportan que a través de tomografía computarizada con emisión de un fotón (SPECT) para estudiar el flujo de sangre en el cerebro de hombres con esquizofrenia encontraron que en el momento en que presentaban alucinaciones auditivas en el cerebro se activaba más el área de Broca, que participa en la producción del habla (Cleghorn, et al., 1992; McGuire, Shah y Murray, 1993).

Por otra parte, respecto a sistema ocular, se han hecho estudios de lo que se ha llamado movimiento ocular de actividad lenta o simplemente rastreo ocular, que consiste en que manteniendo inmóvil la cabeza se siga con la vista un péndulo que se mueva hacia adelante y hacia atrás, lo cual es algo que se le dificulta llevar a cabo a muchas personas con esquizofrenia (Clementz y Sweeny, 1990). Esto podría constituir un indicador de esquizofrenia, más no un factor asociado específicamente a las alucinaciones visuales.

Por último, aunque el cerebro está implicado no sólo en la esquizofrenia sino en todos los trastornos mentales y a pesar de que diversos estudios de neuroimagen, neuropsicológicos y neurofisiológicos han demostrado diferencias entre grupos de individuos que padecen esquizofrenia y sujetos control, el diagnóstico de esquizofrenia no se establece a través de estudios de laboratorio o gabinete sino a través de la sintomatología presente (American Psychiatric Association, 2002).

En el caso de María que no padecía ninguna enfermedad mental o física, pero que en el pasado reciente había presentado un trastorno psicótico breve, omitieron las siguientes categorías: [e320] Amigos (barrera) y [e420] Actitudes de amigos (barrera): “debido a la enfermedad perdió a todos sus amigos”; [e330] Personas en cargos de autoridad (barrera) y [e430] Actitudes individuales de personas en cargos de

autoridad (barrera): “nadie quiere hacerle un contrato fijo” y [e460] Actitudes sociales (barrera): “cuando conoce a alguien se da cuenta de que le rechazan”.

Al igual que en los otros casos no señalaron problemas de tipo social (barreras) que María enfrentaba por haber padecido una enfermedad mental, pero además al observar las categorías que sí incluyeron en su valoración, es notorio que siguieron considerando a María como portadora todavía de un trastorno mental grave, lo cual pudiera expresar una tendencia a la estigmatización social entre los participantes en el estudio, ya que de acuerdo con esto, este tipo de pacientes estará prácticamente señalado para toda su vida.

En cuanto a las categorías que no eran identificables a simple vista o de manera directa en las viñetas, pero que señalaron algunos de los expertos fueron:

En el caso de Sara: [d760] Relaciones hijo-padre: ya que no se hablaba de que la madre fuera dependiente de ella; [d840] Aprendizaje (preparación para el trabajo): en la viñeta no se habla de que el problema de rendimiento en el trabajo sea falta de preparación o de capacitación al respecto; [e110] Comida, [e1602] Productos y tecnología relacionada con el uso/explotación de zonas urbanas: ambas no aparecen como barrera o facilitador y por último, [e440] Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda: no se puede considerar esta categoría, ya que excluye a familiares y novio que son quienes cuidan de Sara.

Lo que se puede inferir es que los participantes tendieron a especular al leer la viñeta y no entendieron la diferencia entre el apoyo proporcionado por familiares y el de personal de ayuda (empleados).

La especulación también se observa en el caso de Rita donde señalaron: [d7602] Relaciones fraternales: no se menciona a ningún hermano(a) y [d7603] Relaciones con otros familiares: tampoco se mencionan a familiares diferentes a sus hijos, su madre o su esposo.

En la viñeta de Ana: [d4701] Utilización de un medio de transporte con

motor: no se reporta que no lo pueda utilizar, al contrario, es la única forma en que puede trasladarse de un lugar a otro. Aquí probablemente se dio una mala interpretación del material que estaban leyendo.

En el caso de Amón: [e120] Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos, [e155] Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado, [e 160] Productos y tecnología relacionados con el uso/explotación del suelo y [e210] Geografía física. Las categorías señaladas en esta viñeta son las más desconectadas de la viñeta de referencia, por lo que queda la interrogante de si especularon o contestaron al azar.

En la viñeta de María: [b1609] Funciones del pensamiento, no especificado, sin embargo, no se mencionaba que en la actualidad todavía tuviera esas alteraciones; las categorías que mencionaron del componente Estructuras Corporales, ya que no se da ningún dato de estudios de gabinete o laboratorio y [e440] Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda, en donde sucede lo mismo que en la viñeta de Sara, quien la cuida es un familiar y en este caso es el esposo.

Es probable que lo anterior esté relacionado con el hecho de que los participantes tuvieron que considerar un número de ítems o categorías muy alto, ya que se trataba de toda la CIF, cuya totalidad de categorías pertenecientes a los componentes Funciones Corporales, Estructuras Corporales, Actividades y Participación y Factores Ambientales, asciende a 1,424, lo cual en sí mismo es una limitante para llevar a cabo el estudio en una sola etapa, ya que aunque se dio un plazo de siete días para evaluar las viñetas clínicas, la tarea pudo ser pesada para el grupo de expertos. Aunque también es necesario mencionar que durante los ensayos de campo de la versión Beta 2 de la CIDD-2 (documento que antecedió a la CIF), los evaluadores que revisaron las 25 viñetas también presentaron problemas al identificar algunas categorías como por ejemplo deficiencia asociada a uso de alcohol y sustancias. También tendieron a inferir deficiencia en estructuras o limitaciones en la actividad a pesar de que los casos no mencionaban explícitamente estos problemas, por otra parte, malinterpretaron las categorías de participación y algunos evaluadores

no registraron barreras que estaban mencionadas claramente (CAS, 2002a, 14-19 octubre). Esto demuestra que para el manejo tanto de la clasificación como de la Lista de Cotejo es necesario un entrenamiento previo.

Tomando en cuenta las limitaciones observadas en estas dos fases hubiera sido recomendable llevar a cabo una fase adicional a través de un ejercicio Delphi como los que ha llevado a cabo el grupo de investigación de la CIF de la Universidad de Munich (Weigl et al., 2004), sin embargo, no se contaba con los suficientes recursos para ello.

El ejercicio Delphi que realizó el mencionado grupo de investigación consideró las 12 condiciones médicas que se refirieron líneas arriba (entre ellas depresión) y en todas el ejercicio se desarrolló a través de tres rondas, utilizando encuesta por e-mail a expertos. En el consenso final relacionado con la condición depresión el número de categorías que quedaron incluidas también fue reducido, en total 39, de las cuales ocho pertenecían a funciones corporales, 22 a actividades y participación y nueve a factores ambientales. Al igual que en las dos fases de este primer estudio, en aquel ninguna categoría del componente Estructuras Corporales quedó incluido, lo cual fue discutido en otro estudio (Cieza et al., 2004b) y se concluyó que si bien el cerebro es una estructura relevante, no es indispensable para describir el funcionamiento y la salud de pacientes con depresión. A pesar de que el estudio de Weigl et al. (2004) intentó capturar el punto de vista de expertos de diferentes continentes, también tuvo limitaciones, ya que la mayoría de los que respondieron la encuesta por e-mail eran de Europa occidental y esto redujo la posibilidad de generalizar los resultados a otras culturas.

Complementando lo relacionado a las categorías que no estaban o no se apreciaban a primera vista en las viñetas analizadas y que identificó el grupo de expertos también puede deberse a que la definición de algunas categorías de la CIF no hubiera sido lo suficientemente específicas, lo cual ha sido señalado por Haglund y Henriksson (2003) y que es un problema que debe ser resuelto ya que uno de los propósitos de la CIF es que sea una terminología que permita la comunicación entre

diferentes profesiones y entre diferentes niveles de investigación (Haglund y Henriksson, 2003).

En la tercera fase del estudio, los objetivos fueron obtener la validez para el componente Actividades y Participación y la confiabilidad de toda la Lista de Cotejo. El componente Actividades y Participación de la Lista de Cotejo de la CIF demostró adecuada validez concurrente con el WHO-DAS-II, en especial en las subescalas Tareas y Demandas Generales, Autocuidado, Vida Doméstica, Interacciones y Relaciones Interpersonales y Vida Comunitaria, Social y Cívica, lo cual era de esperarse ya que ambos instrumentos tienen las mismas bases conceptuales, esto es, subyace en ambos el modelo de discapacidad de Jette (1997). El hecho de haber considerado un componente es una limitación, sin embargo, se contribuye a la investigación de las propiedades clinimétricas de la Lista de Cotejo de la CIF, ya que se ha señalado que son necesarias para que este instrumento sea aplicable a diferentes poblaciones, en virtud de que la aplicación clínica de las categorías de la CIF a diversas poblaciones permanece como un tópico que necesita estudiarse y discutirse (Okochi, Utsunomiya y Takehashi, 2005).

En cuanto a estudios que analicen la validez de la Lista de Cotejo de la CIF, Cieza et al. (2006) calcularon su validez concurrente tomando como referente el ítem uno del SF-36, que mide salud general, y obtuvieron una serie esencial genérica a través de un modelo de regresión. Las categorías que componen esta serie son 13: [b130] Funciones de la energía y los impulsos, [b152] Funciones emocionales, [b230] Funciones vestibulares, [b280] Sensación de dolor, [b730] Funciones de la fuerza muscular, [d450] Caminar, [d620] Adquisición de bienes y servicios, [d640] Quehaceres domésticos, [d660] Ayudar a otros, [d850] Empleo remunerado, [d920] Recreación y entretenimiento, [e450] Actitudes individuales de profesionales de la salud, [e580] Servicios, sistemas y políticas de salud. Los autores hicieron notar que siete de estas categorías (funciones de la energía y los impulsos, funciones emocionales, sensación de dolor, funciones de la fuerza muscular, caminar, quehaceres domésticos y servicios, sistemas y políticas de salud), están incluidas en al menos seis de las 12 series esenciales breves de la CIF, que se han desarrollado hasta la fecha. Debido a lo anterior, los autores afirman que estas 13 categorías tienen alta

validez de apariencia, ya que representan problemas que afectan a la mayoría de los pacientes, independientemente de sus condiciones de salud específicas.

Haciendo una comparación con los resultados obtenidos en esta fase del presente estudio, con excepción de [d850] Trabajo remunerado, las categorías de Actividades y Participación señaladas en el estudio de Cieza et al., también tuvieron una correlación significativa con las subescalas del WHO-DAS-II.

En relación a la confiabilidad, la Lista de Cotejo de la CIF alcanzó valores arriba de .70 en consistencia interna. Por cuestión de recursos limitados no se calculó confiabilidad externa. No se localizaron investigaciones centradas también en la confiabilidad interna de la Lista de Cotejo de la CIF, pero sí dos que exploraron la confiabilidad externa, una a través de inter-evaluadores y otra test-retest.

El estudio que probó la consistencia inter-evaluador incluyó a tres expertos psicólogos: un psicómetra, un clínico y un investigador de servicios de salud que estaban entrenados en el manejo de la CIF. Estos expertos tenían que ligar los conceptos de la CIF con ocho instrumentos que miden estado de salud (SF-36, Perfil de Impacto de Enfermedad, EQ-5D, WHO-DAS-II, Índice de Discapacidad por Dolor, Línea Base de Espina Lumbar, Escala de Autoevaluación de la Depresión y Escala de la Depresión de Hamilton). El mayor nivel de acuerdo ligó a la CIF con el WHO-DAS-II y el SF-36, lo que reflejó que la CIF está íntimamente ligada a la evaluación de estado de salud desde un punto de vista genérico (Cieza et al., 2002).

El estudio que calculó la confiabilidad test-retest, lo dirigió a la evaluación de población geriátrica. Los autores encontraron que la confiabilidad de los ítems de la CIF eran bajos, pero mejoraron considerablemente cuando los estadísticos de Kappa ponderada fueron estratificados de acuerdo a la experiencia de trabajo de los evaluadores, entre mayor era esta, aumentaba la confiabilidad. Los resultados de confiabilidad también fueron diferentes dependiendo del componente, así encontraron que el valor de Kappa ponderada fue menor en las subescalas de Funciones Corporales [b4] sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio, [b5] sistemas digestivo, metabólico y endócrino y [b8] Piel y estructuras

relacionadas. De las subescalas de Actividades y Participación alcanzaron una Kappa ponderada menor [d8] Áreas principales de la vida y [d9] Vida comunitaria, social y cívica. En general concluyeron que la confiabilidad de los códigos de la CIF medida a través de calificadores, era baja y que la Lista de Cotejo de la CIF requería modificarse incluyendo ítems más relevantes de acuerdo a las necesidades de los pacientes (Okochi et al., 2005).

Lo anteriormente expuesto demuestra que si bien la Lista de Cotejo de la CIF es un instrumento con un alto nivel de validez, la confiabilidad debe explorarse más en función de los trastornos o enfermedades que se estudien. Es probable que también los factores personales influyan en la variación de la confiabilidad, sin embargo, hasta el momento no se han incluido como un aspecto a valorar tanto en la CIF como en su Lista de Cotejo.

Segundo estudio

El estudio se desarrolló en el servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano (El Batán), que es una institución perteneciente a la Asistencia Social y depende directamente de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Debido a lo anterior, la atención que brinda principalmente es utilizada por personas que no son beneficiarias de ningún organismo perteneciente al Sistema de Seguridad Social, y que tampoco cuentan con la solvencia económica para pagar los honorarios de una consulta psiquiátrica particular. Al ser atendidas en el servicio de consulta externa del hospital, pagan una cuota de recuperación de acuerdo con el nivel socioeconómico al que pertenecen. La institución también atiende a la población afiliada al Seguro Popular y dentro de esta modalidad, el derechohabiente recibe no sólo la consulta sino también los medicamentos que le son prescritos con las consabidas limitaciones que se comentaron en el capítulo acerca de la protección social en salud y discapacidad en trastornos mentales.

En este segundo estudio se captaron 345 pacientes, que principalmente presentaban los diagnósticos de esquizofrenia paranoide (62 pacientes) y trastorno mixto ansioso-depresivo (65 pacientes), diagnósticos que han sido reportados por la

consulta externa del hospital entre los más atendidos. De los 345 captados sólo se incluyó en el estudio al 28.98% (100 pacientes). Estos fueron los principales motivos de exclusión que se encontraron: 73 pacientes (29.8%) no podían acudir a la hora en que la investigadora se encontraba en el servicio de consulta externa, 42 (17.1%) presentaban un trastorno esquizoafectivo, que era uno de los criterios de exclusión y en 33 (13.4%) el cuadro clínico había remitido. A pesar de esta situación los participantes que se incluyeron en el estudio tuvieron características similares a las de la totalidad de pacientes captados, esto es, la mayoría pertenecía al sexo femenino y el promedio de edad en los pacientes excluidos fue de 34.68 años y en los que participaron en el estudio de 35.82 años, lo cual expresa que hubo adecuada representatividad del tipo de pacientes que se atienden en el escenario en donde se llevó a cabo el estudio.

Los pacientes con esquizofrenia presentaron un promedio de cronicidad del trastorno de 11.29 años, que era significativamente mayor que el de los pacientes con ansiedad y depresión, lo cual puede deberse a que aunque la atención especializada tarda en buscarse hasta dos años en el caso de la esquizofrenia (Valencia, 1996), es menos demorada que en el caso de otros trastornos en los que puede tardar de ocho a 15 años y a veces las personas prefieren automedicarse (Vitela, 2006).

La mayoría de pacientes con esquizofrenia tenía el subtipo paranoide, ya que los pacientes con otros subtipos de esquizofrenia en su mayoría fueron excluidos por presentar deterioro cognitivo o no cooperar.

En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra, en el grupo con depresión predominaron las mujeres, lo cual se reporta en diferentes poblaciones tanto clínicas como de población general (Kaplan, et al., 1994; Rojas Castillo, et al., 2002; Medina Mora, et al, 2003). Se esperaba que sucediera lo mismo en el grupo ansiedad, sin embargo no fue así, ya que el 58% de este grupo estuvo compuesto por sujetos masculinos, situación que es contraria a lo informado en diferentes estudios epidemiológicos, entre ellos la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México, en los que se reporta que los trastornos de ansiedad afectan más a población femenina (American Psychiatric Association, 2002; Korten y Henderson, 2000;

Medina-Mora et al., 2003). Una posible razón de este hallazgo es que se trataba de una muestra clínica y las muestras clínicas suelen ser diferentes de las extraídas de población general, por ejemplo, la fobia social se detecta más en mujeres cuando los estudios son realizados en población general, sin embargo, cuando la muestra es clínica, el trastorno se distribuye igual en ambos sexos. La explicación que se ha dado a este fenómeno es que en la sociedad occidental la timidez es incompatible con el rol masculino tradicional y esto hace que busquen tratamiento (Bados, 2001b). Otra probable razón es que en el presente estudio los pacientes masculinos no abusaban del alcohol y otras sustancias psicoactivas, lo cual se ha reportado como un factor que enmascara los trastornos de ansiedad en población masculina, en especial cuando el paciente presenta agorafobia, ya que les ayuda a aliviar la ansiedad y soportar las situaciones temidas (Bados, 2001a).

En el grupo esquizofrenia hubo más hombres que mujeres, esto puede ser explicado por el hecho de que si bien los datos de prevalencia basados en encuestas en comunidad informan que afecta por igual a hombres y mujeres, los realizados en muestras hospitalarias incluyen más hombres (American Psychiatric Association, 1994). Además, la literatura indica que hay diferencias en el curso y el pronóstico del trastorno, entre ellas que las mujeres con esquizofrenia tienen menor deterioro debido a síntomas negativos y mejor funcionamiento en comparación con los hombres afectados por dicho trastorno (American Psychiatric Association, 1994; Kaplan et al., 1994).

La mayoría de los pacientes con esquizofrenia nunca habían estado casados o convivido con una pareja, ésta es una situación común en estos pacientes con esquizofrenia que asisten a diferentes servicios de salud mental (Aguilar, Degrott, Hernández y Maza, 2005) y que se explica porque los síntomas negativos producen dificultades en el establecimiento de relaciones. Jarne (2001) afirma que más del 80% de pacientes con esquizofrenia permanecen solteros y no tienen pareja debido a las dificultades de adaptación social, sexual y cognitiva frecuentes tras los episodios agudos y a características de personalidad premórbida.

Otra característica del grupo con esquizofrenia fue que presentaba con mayor frecuencia desempleo, explicado por la poca disponibilidad de trabajos para este tipo de pacientes, por las recaídas por suspensión de tratamiento, y por último, por el prejuicio de los empleadores para contratar a personas con este trastorno, tanto en sociedades occidentales como orientales (Tsan et al., 2007). Aunque la dificultad para encontrar un trabajo remunerado en los pacientes con esquizofrenia coincide con lo reportado en otros estudios (Schubart et al., 1986; Walkup et al., 1999 y Wiersma et al., 2000), se debe recalcar que las oportunidades de empleo son importantes para ampliar las redes sociales del paciente con esquizofrenia (Schomerus et al., 2007).

En relación al lugar de origen y de residencia, la mayor parte de los pacientes con ansiedad y depresión nacieron y viven en la ciudad de Puebla, lo cual no sucede con los pacientes esquizofrénicos quienes en su mayoría se desplazan del interior del estado, lo que evidencia la carencia de servicios especializados de salud para pacientes con trastornos mentales graves en sus lugares de residencia y en caso de que se trate de familias de escasos recursos la única alternativa con que cuentan para atender al familiar con el trastorno mental grave son los SSEP, que atiende al 85.38% de pacientes que requieren hospitalización debido a un trastorno mental y del comportamiento (INEGI, 2007).

En cuanto al índice de nivel socioeconómico, el grupo ansiedad presentó un nivel más alto, sin embargo, no hubo diferencia significativa al compararlo con los otros dos grupos estudiados. Lo que resalta es que había un mayor número de pacientes en el grupo con esquizofrenia cuya vivienda tenía piso sin recubrimiento, no disponían de agua potable dentro del domicilio ni de acceso a drenaje y su nivel de escolaridad era inferior a siete años. Esto se relaciona con la situación de empobrecimiento que se ha identificado que padecen tanto los pacientes con trastornos mentales graves, en este caso la esquizofrenia, como sus familias (Andrews et al., 1985; Eder, 2001; Valencia Collazos, 2007) y que muy probablemente se remarca en México al ser un país que en cuanto a índice de desarrollo humano ocupa el lugar 53 a nivel mundial y en donde en 2004 se detectó que el 24.6% de la población estaba inmersa en pobreza de capacidades (Cruz Rivero et al., 2007a). Tomando en cuenta que el grupo con ansiedad quedó incluido en su mayoría con un

nivel socioeconómico que les permitía vivir de manera decorosa, se comprueba que en muchas ocasiones los servicios y apoyos destinados a la población de menos recursos, en este caso de asistencia social, son aprovechados más por la clase media (Feachem, 2000; Frenk et al., 2000).

En lo que se refiere al objetivo de comparar la discapacidad que se presenta en los pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos, se analizaron los datos obtenidos tanto a través del WHO-DAS-II como a través de la Lista de Cotejo de la CIF.

En el WHO-DAS-II un porcentaje mayor de pacientes con esquizofrenia presentó discapacidad en dos escalas: 1) comprensión y comunicación y 2) relacionarse con otras personas. La diferencia fue significativa en relación a los otros dos grupos. En otro estudio en que también se empleó el WHO-DAS-II en pacientes con esquizofrenia, se demostraron correlaciones altas entre la discapacidad (en especial la escala relacionarse con otras personas) y la sintomatología positiva y negativa (Ulug, 2002).

En la evaluación utilizando la Lista de Cotejo de la CIF, se analizó la información concerniente a los componentes Funciones Corporales y Actividades y Participación. Asimismo se analizaron las barreras y los facilitadores presentes en Factores Ambientales.

En el componente Funciones Corporales, como era de esperarse, los mayores porcentajes de discapacidad se observaron en más categorías de Funciones Mentales. Los pacientes con esquizofrenia tuvieron mayor porcentaje de deficiencia, de manera significativa, en [b110] Funciones de la conciencia, [b114] Funciones de la orientación (tiempo, lugar y persona), [b117] Funciones intelectuales, [b164] Funciones cognitivas superiores y [b167] Funciones mentales del lenguaje. La alteración de los procesos cognitivos y de procesamiento de información forma parte clave de lo que es la esquizofrenia, pero también hay que tomar en cuenta que estas funciones tienen relación con el curso y pronóstico de la esquizofrenia (Andreasen, 2003). Se sabe que no existe un curso único para todos los casos de esquizofrenia,

que guarda relación con la forma de inicio, pero no siempre es unívoca. Esta relación es más directa con la forma de inicio insidiosa, ya que suele evolucionar hacia un estado de esquizofrenia residual crónica en donde generalmente hay deterioro que se expresa en las áreas cognitiva, social y de adaptación al ambiente. También juegan un papel muy importante las recaídas, las cuales dependen de la dinámica interna de la enfermedad, del tratamiento y del ambiente en que vive el paciente. Los factores que han predicho mejor la recaída son el abandono de la medicación antipsicótica, una alta expresión de la emoción familiar -la cual es un estilo comunicacional y afectivo inadecuado en la familia del enfermo-, vivir sometido a situaciones estresantes y el consumo de sustancias como marihuana, cocaína, alucinógenos, etc. (Gutiérrez Maldonado, 2001), aunque esto último no es aplicable a los pacientes que participaron en el presente estudio.

Después de cada episodio puede quedar algún tipo de sintomatología negativa residual que aumenta el “defecto” del paciente. Se considera que después de la cuarta recaída existe un riesgo importante de deterioro (Andreasen, 2003; Gutiérrez Maldonado, 2001), lo cual es una condición muy frecuente en la muestra del presente estudio, ya que la mayoría han tenido más de cuatro recaídas a lo largo de su vida.

Asimismo el grupo esquizofrenia presentó mayor porcentaje de deficiencia en Funciones de la voz y el habla, en particular en [b310] Funciones de la voz, en donde la diferencia también fue significativa en comparación con los otros dos grupos. Esto parece compatible con la presencia de alucinaciones auditivas y con la presencia de delirios, en donde el paciente podría sentirse controlado al respecto. También podría explicarse por los hallazgos referidos anteriormente acerca de la conexión entre alucinaciones auditivas y actividad del área de Broca (Cleghorn et al., 1992; McGuire et al., 1993).

Es importante mencionar que en otras de las Funciones mentales, no sólo los pacientes con esquizofrenia presentaron un porcentaje alto de deficiencia, sino también los pacientes con ansiedad y depresión, ejemplo de esto son las categorías [b130] Funciones relacionadas con la energía y los impulsos, [b134] Funciones del

sueño, [b140] Funciones de la atención y [b152] Funciones emocionales, en las que más del 50% de los participantes se encontraban afectados. En relación a esto, Cieza et al. (2006) identificaron a funciones relacionadas con la energía y los impulsos y a funciones emocionales como categorías incluidas en al menos seis de los 12 conjuntos básicos breves de la CIF, lo cual las convierte en funciones íntimamente relacionadas con el estado de salud en general y aquí se reflejó de esa manera. En cuanto a sueño y atención son funciones que con frecuencia se reportan alteradas en los trastornos estudiados (Durand y Barlow, 2007; Gelder, et al., 1989; Kaplan et al., 1994).

El grupo con depresión presentó un porcentaje significativamente mayor de deficiencias en comparación con los otros dos grupos en las categorías [b515] Funciones relacionada con la digestión, [b710] Funciones y movilidad de las articulaciones y [b735] Funciones relacionadas con el tono muscular. La deficiencia en las funciones digestivas en algunos pacientes estaba relacionada con el hecho de que habían estado enfermos de gastritis, como consta en la sección de información general sobre la salud, pero también y junto con las otras funciones mencionadas se encuentra relacionadas con estudios en donde se reportan molestias física asociadas al síndrome depresivo detectadas en el nivel primario de atención principalmente en mujeres de escasos recursos (Medina-Mora et al., 1997).

El grupo con ansiedad sólo presentó un porcentaje mayor de deficiencia significativo en [b280] Sensaciones de dolor y [b640] Funciones sexuales. En el primer caso la literatura ha reportado esta asociación que establecen los trastornos de ansiedad y depresivos con el dolor, el cual se detecta más en el nivel de atención primaria y que suele presentarse más en espalda, cabeza y articulaciones (Crombez et al., 1999; Gureje et al., 1998; Knowles et al., 2004; McCracken et al., 1998;). De hecho es muy probable que las deficiencias que reportaron los pacientes con depresión en funciones de la digestión, la movilidad de las articulaciones y el tono muscular, fueran en realidad sensación de dolor, categoría que se por sí se detectó en el 74% de estos pacientes. En relación a las funciones sexuales, se ha descrito ampliamente que la presencia de ansiedad tiene impacto negativo en el desempeño

sexual de las personas (Durand y Barlow, 2007; Kaplan et al., 1994; Machleidt et al., 2004).

Respecto a los resultados del componente de Actividades y Participación, el grupo que presentó mayor limitación fue el de pacientes con esquizofrenia, quienes en Aprendizaje y aplicación del conocimiento presentaron mayor porcentaje de discapacidad en [d110] Mirar y [d115] Escuchar; en Comunicación, en las categorías [d310] Comunicación-recepción de mensajes, [d330] Hablar, [d335] Producción de mensajes no verbales y [d350] Conversación; en Movilidad, en los ítems [d440] Uso fino de la mano, [d470] Utilización de medios de transporte; en Autocuidado, en [d520] Cuidado de las partes del cuerpo, [d530] Higiene personal, [d540] Vestirse y [d570] Cuidado de la propia salud; de vida doméstica [d620] Adquisición de bienes y servicios y [d660] Ayudar a los demás; de Interacciones y relaciones interpersonales, [d750] Relaciones sociales informales; de Áreas principales de la vida, [d850] Trabajo remunerado, [d860] Transacciones económicas básicas y [d870] Autosuficiencia económica y por último, de Vida comunitaria, social y cívica, [d910] Vida comunitaria y [d950] Vida política y ciudadanía. Aquí resalta que la dificultad en estos pacientes se presenta incluso en actividades que son elementales como las de Autocuidado, lo cual tiene relación con el deterioro cognitivo asociado a las recaídas en el curso del trastorno y al predominio de síntomas negativos (Kaplan et al., 1994). Los pacientes que participaron tenían en promedio 10 años de cursar con la enfermedad y como se mencionó anteriormente, la mayoría no reside en la ciudad de Puebla, sino al interior del estado, en donde es difícil encontrar la disponibilidad de atención especializada, lo cual aumenta la probabilidad de una recaída. También es importante tomar en cuenta el estudio de seguimiento de Chesnut Lodge (Fenton y MacGlashan, 1991 a y b) que permitió conocer la historia natural a largo plazo de la esquizofrenia y el cual reportó, entre otros datos, que la sintomatología negativa se asociaba a pobre funcionamiento premórbido, inicio insidioso y discapacidad.

Aunque los grupos ansiedad y depresión no presentaron un porcentaje significativamente mayor, respecto a Actividades y Participación, en comparación con el grupo esquizofrenia, más del 60% reportó discapacidad en las categorías [d175] Resolver problemas, [d220] Llevar a cabo múltiples tareas, [d640] realizar los

quehaceres de la casa, todos los ítems de Interacciones y relaciones interpersonales, excepto [d750] Relaciones sociales informales y [d920] Tiempo libre y ocio. Las limitaciones en algunas de estas actividades se relacionan con el bajo nivel de energía y el desinterés en las actividades cotidianas que se observa en las personas afectadas con depresión y ansiedad. Maier et al. (2000) y Katzelnick (2001), también encontraron que los trastornos de ansiedad impactaban principalmente las relaciones interpersonales de los pacientes, independientemente de que los otros fueran personas conocidas o desconocidas. Resultados similares obtuvieron Ewert et al. (2004) que mediante la Lista de Cotejo de la CIF, identificaron que los pacientes con trastorno depresivo tenían mayor dificultad en la subescala de interacciones y relaciones interpersonales, en especial en las categorías de relaciones íntimas e interacciones interpersonales complejas. En la mencionada investigación, compararon las dificultades existentes entre pacientes con diferentes condiciones médicas crónicas, entre ellas la depresión mayor y concluyeron que a pesar de que tanto las relaciones íntimas como las interacciones interpersonales complejas eran relevantes para todas las condiciones que analizaron, se encontraban más afectadas en pacientes con trastornos mentales como la depresión.

En general se observó que la discapacidad en los pacientes con trastornos ansiosos y depresivos se manifiesta principalmente en actividades de tipo social, mientras que en los pacientes con esquizofrenia ésta sucede especialmente en actividades básicas. Es de subrayar la gran similitud entre los tres grupos de pacientes en la dificultad presente en las actividades sociales como las interacciones y relaciones interpersonales, así como en actividades de autocuidado como lavarse y comer, lo cual es reflejo de que no hay una relación unívoca entre síntomas y funcionamiento y no necesariamente la sintomatología leve se asocia a menor discapacidad (OMS, 2001a).

El presente estudio demostró que los trastornos mentales como estados de salud crónicos tienen impacto en las áreas de funcionamiento de las personas afectadas, lo cual es afín a lo que Murray y López (1994) han mencionado en las diferentes etapas del estudio de la Carga Global de la Enfermedad. En éste ponderaron el peso de la discapacidad en función de la habilidad limitada para

desempeñarse en áreas como la recreación, la educación, la procreación y la ocupación, así como por la necesidad de ayuda para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana como preparar comidas, hacer compras, quehaceres domésticos, comer y procesos de higiene personal. Para estos autores el grado de discapacidad es mayor conforme exista mayor grado de limitación y se necesite ayuda para llevar a cabo las actividades cotidianas y consideran a los trastornos neuropsiquiátricos en general como altamente discapacitantes.

Una limitación del estudio de la Carga Global de Enfermedad es que la discapacidad es medida a través de seis clases globales y subjetivas, las cuales establecen una diferencia por grados entre la perfecta salud y la muerte, de acuerdo a la opinión de un grupo de expertos. Aunque el concepto es operacional, no permite un análisis cualitativo de las dificultades que presentan los pacientes con un trastorno específico.

En el presente estudio se demostró cuantitativamente el grado de discapacidad que presentan los pacientes con esquizofrenia, el cual suele ser apreciado en situación clínica como más grave que el que presentan los pacientes con ansiedad y depresión. En estudios previos se ha mencionado que la depresión mayor y los trastornos ansiosos son las condiciones mentales más discapacitantes (Murray y Lopez, 1996; Wittchen et al., 2002), sin embargo, no se había establecido una comparación con los trastornos esquizofrénicos. El presente estudio además ha permitido conocer de manera específica las áreas de la actividad y la participación que se afectan en estos trastornos y en qué medida. Es importante mencionar que las dificultades experimentadas tanto por los pacientes con esquizofrenia como con ansiedad y depresión, se midieron objetivamente, lo cual es necesario resaltar, ya que las mediciones a través de instrumentos de auto-reporte como las que están contenidas en instrumentos que miden calidad de vida o estado de salud, no permiten detectar dichas dificultades en su totalidad.

Relacionado con este punto se encuentra la información que ha sido arrojada por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en la que también se midió la discapacidad asociada a los trastornos mentales detectados y el establecimiento de

una comparación respecto a enfermedades crónicas no psiquiátricas como son: diabetes, artritis, hipertensión, cefalea, dolor de espalda y cuello, y otras enfermedades dolorosas (Lara Muñoz, Medina Mora, Borges y Zambrano, 2007). Para medir la discapacidad utilizaron la Escala de Discapacidad de Sheehan y lo que encontraron fue que las relaciones con personas cercanas y la vida social fueron las áreas más afectadas y que los trastornos que producen los niveles más elevados de discapacidad son la depresión, la fobia social y el trastorno por estrés postraumático y que la depresión había tenido el mayor impacto en el área laboral, lo cual en cierta medida es consistente con lo detectado en el presente estudio, tomando en cuenta que no consideraron a la esquizofrenia en la mencionada encuesta.

Para los objetivos de comparar la presencia de barreras y facilitadores en Factores Ambientales entre las personas con ansiedad, depresión y esquizofrenia, se encontró que en lo que se refiere a las barreras, el grupo de pacientes con esquizofrenia reportó un mayor porcentaje en más factores, estos se ubicaron en Apoyo y relaciones para las categorías [e320 Amigos], [e325] Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad, [e355] Profesionales de la salud; en Actitudes, en las categorías [e420] Actitudes individuales de amigos, [e450] Actitudes individuales de profesionales de la salud, [e460] Actitudes sociales y [e465] Normas, costumbres e ideologías sociales y por último, en Servicios, sistemas y políticas, en las categorías [e570] Servicios, sistemas y políticas de seguridad social, [e575] Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general y [e580] Servicios, sistemas y políticas sanitarias. Lo que evidencia este hallazgo es la presencia de rechazo social, estigmatización y hasta discriminación hacia las personas con esquizofrenia, incluso por parte de profesionales de la salud. A pesar de las grandes conquistas dentro de la psicofarmacología, los pacientes con esquizofrenia y sus familiares todavía enfrentan la discriminación ejercida por otras familias o por la comunidad (Eder, 2001; Valencia Collazos, 2007). Las barreras en servicios, sistemas y políticas de seguridad social y sanitarias, se relacionan con lo comentado en el capítulo Protección social y discapacidad acerca de las limitaciones en la atención que brindan los servicios de salud a los pacientes con esquizofrenia, como se observa en el Modelo Hidalgo y en el Seguro Popular. En el primero porque es un modelo de atención que si bien tiene como punto fuerte acciones preventivas, también tiene la

debilidad de no poder reinsertar socialmente de una manera verdadera a los pacientes con trastornos mentales graves, ya que sus acciones son paternalistas, no han propuesto qué hacer con pacientes crónicos que sufren de marcada discapacidad y los gobiernos federal y estatales suelen destinar poco presupuesto a este tipo de proyectos, ya que la atención de los trastornos mentales necesitan una gran cantidad de presupuesto del sistema de protección social, el cual está ligado de manera estrecha con el desarrollo económico de los países (Hayashi et al., 1986). En lo que se refiere al Seguro Popular, si bien ha ampliado la cobertura de la protección social en salud mexicana y ha disminuido en cierta medida los gastos catastróficos en salud, en materia de salud mental, tiene limitaciones que inician desde su catálogo de medicamentos, el cual es casi la mitad de lo que ofrece el catálogo del IMSS en materia de psiquiatría y que el número de consultas de especialidad que da es de sólo tres a intervalo de dos meses.

Siguiendo con la barrera en los servicios, sistemas y políticas de seguridad social y sanitarias, el Surgeon General's Report on Mental Health (U.S. Department of Health and Human Services, 1999), dice que hay tres tipos de barreras con que se enfrentan los pacientes psiquiátricos a la hora de acceder de manera adecuada a una asistencia sanitaria. Estas son:

- 1) *Barreras por parte del paciente:* preferencia por el nivel de atención primaria, tendencia a enfatizar los problemas físicos, negación de los síntomas psicológicos.
- 2) *Barreras por parte del proveedor:* falta de conocimiento de los cuadros sintomáticos de los trastornos mentales por parte de los clínicos de asistencia primaria, la complejidad del tratamiento y la reticencia a informar a los pacientes sobre un diagnóstico.
- 3) *Barreras en el sistema de provisión de los servicios de salud mental:* presión del tiempo y acuerdos de financiación. Algunas de estas se han manifestado en la operación del Seguro Popular.

Aunque la literatura especializada refiere que en general todas las personas con trastornos mentales y conductuales aún enfrentan el estigma y la discriminación en todas partes del mundo (Cieza et al., 2004), en este estudio no se observó una situación homogénea, por el contrario, hubo mejor situación de los pacientes con ansiedad y depresión en cómo los impactan los factores ambientales, de hecho, en los factores en los que los pacientes con esquizofrenia encontraron barrera, los pacientes con ansiedad o depresión hallaron un facilitador.

La única categoría en la que el grupo de pacientes con depresión tuvo barrera de manera significativa en comparación con los otros dos grupos fue en la categoría [e410] Actitudes individuales de miembros de la familia cercana, que podría tener la explicación de que al interferir este trastorno en diferentes actividades y participación, así como provocar deficiencia en algunas funciones corporales, al interior de la familia se resienten, ya sea en forma de carga emocional por tener que cuidar al enfermo y apoyarlo económicamente si no trabaja (Valencia Collazos, 2007), de hecho tiene relación con que el 66,7% de los pacientes con depresión también tuvo dificultad en sus relaciones familiares.

Un alto porcentaje de los tres grupos, reportó barrera en relación a [e590] Servicios, sistemas y políticas laborales y de empleo, situación que es entendible, ya que si una persona presenta ansiedad, depresión esquizofrenia y dicha condición lo incapacita, no existen políticas laborales y de seguridad social que puedan protegerla, ya que de acuerdo con la Ley Federal de Trabajo, es un número reducido de profesiones, en las que se reconoce que la persona pueda quedar afectada por una enfermedad mental y tenga derecho a ser cubierto por discapacidad.

En la autoevaluación de salud física y salud mental, no se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos y la mayoría ubicó su salud física como regular, sin embargo, llama la atención que sólo en el grupo de pacientes con depresión hayan elegido la opción de calificar como muy mala su salud física. Esto por una parte tiene conexión con lo reportado en la literatura respecto a la presencia de dolor no únicamente como pena o sufrimiento emocional, sino también en cuanto a sensación corporal (Damatarca y Stahl, 2003; Fava, 2002; von Korff y Simon,

1996); pero por la otra también se relaciona con el hecho de que algunos de los participantes con depresión en el último año habían tenido otras enfermedades físicas tales como gastritis, dolor muscular, varices, aplastamiento de vértebras, traumatismo, aborto y meningitis, casos en los que es probable que la depresión sea secundaria a dichas condiciones como se ha reportado en la literatura (Leon et al., 2002) y que justifica que los problemas de salud mental deban ser detectados desde el nivel de atención primaria como ha propuesto la OMS (2001b). Un hecho que llama la atención es que el 35.9% de la muestra de pacientes con depresión informó que fumaba y es un porcentaje significativamente mayor en comparación con los otros dos grupos, lo cual plantea la interrogante de si esta conducta constituye una manera de afrontamiento entre este tipo de pacientes.

En salud mental, la mayoría de los pacientes la calificó también como regular y ninguno consideró que esta era muy buena, lo que refleja un nivel de insight adecuado.

En cuanto a condiciones de salud, un porcentaje mayor de pacientes con esquizofrenia estuvo hospitalizado en el último año, lo cual expresa que han tenido recaídas con el consiguiente riesgo de sufrir deterioro cognitivo y social y probablemente debido a ello también fue el grupo que presentó un mayor porcentaje (85.2%) en la categoría de tener personas que le ayuden con su cuidado personal, con más frecuencia sus padres, en sus compras o en sus actividades diarias. El promedio de días que estuvieron hospitalizados fue de 20.4%. Esto refleja por una parte el impacto que la esquizofrenia tiene sobre las familias y la sociedad. Es tal el impacto que incluso diversos autores la refieren como el trastorno mental más devastador, ya que impide que los que la sufren alcancen una participación social plena, afecta a los familiares para toda la vida y le cuesta a la sociedad millones de dólares al año (Andreasen, 2003; Andrews et al., 1985; Bedford Productions, 1992; Wyatt et al., 1995). Por otra parte las múltiples recaídas y hospitalizaciones se relacionan con la falta de adherencia terapéutica, la cual se ha asociado a los efectos colaterales producidos por los antipsicóticos del tipo neuroléptico. Al respecto el Estudio de Ensayos Clínicos con Antipsicóticos sobre Efectividad en la Intervención (CATIE, por sus siglas en inglés) reportó que el 74% de los pacientes interrumpieron sus

tratamientos antes de los 18 meses y el 40% lo había hecho por decisión propia (Lieberman et al., 2005). Una propuesta para solucionar este hecho aparece en el Estudio de Consenso Clínico Español, en donde concluyeron que la psicoeducación era la estrategia no farmacológica más viable y el empleo de fármacos antipsicóticos atípicos inyectables de larga duración como estrategia farmacológica de primera elección (Roca, Cañas, Olivares, Rodríguez y Giner, 2007). Sin embargo, esto último no es muy aplicable a la muestra estudiada, ya que ese tipo medicamento es caro y tampoco garantizaría adecuado apego terapéutico. En México un estudio encontró que los pacientes con esquizofrenia presentaban mayor adherencia terapéutica, así como mejoramiento de su sintomatología y en su funcionamiento social y ocupacional, menos recaídas y rehospitalizaciones cuando el tratamiento farmacológico se acompañaba de entrenamiento en habilidades psicosociales y terapia familiar (Valencia, Rascón, Juárez y Murow, 2007), lo cual sería conveniente considerar dentro de la rutina de tratamiento de los pacientes que participaron en el presente estudio.

Lo anterior es muestra de los tratamientos que debieran ofrecerse a los pacientes con esquizofrenia y no concentrar la atención en el internamiento en un hospital psiquiátrico. La OMS (2001b) ha sostenido que el hospital psiquiátrico no es un servicio idóneo para este tipo de pacientes porque en sí mismo ofrece condiciones de pobreza y mantiene la estigmatización y aislamiento de las personas con trastornos mentales. También ha planteado que sería necesario que los servicios de salud mental se descentralicen, que estén vinculados con el nivel de atención primaria y que se introduzcan camas psiquiátricas en los hospitales generales. Estas modificaciones en las políticas de salud mental contribuirían a disminuir el estigma social que pesa sobre los trastornos mentales y considerarlos como una enfermedad más.

El grupo con depresión reportó un porcentaje significativamente mayor (59%), respecto a que en los últimos 30 días había reducido sus actividades cotidianas o su trabajo debido a su estado de salud, lo cual corrobora que es una de las enfermedades más discapacitantes (Murray y Lopez, 1996a) y también en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Lara Muñoz et al., 2007) se reportó que la depresión junto con el trastorno de pánico eran las condiciones que habían

provocado más días perdidos de actividad en el último año, y que los días perdidos por enfermedades crónicas en comparación habían sido menos.

Sin embargo, al preguntar por el número de días que habían sido totalmente incapaces de realizar sus actividades cotidianas debido a su estado de salud, el grupo de esquizofrenia tuvo un promedio significativamente mayor, este fue de 24.94 días (D.E. ± 10.23) y la mediana fue de 30 días. Esto podría estar relacionado con el predominio de sintomatología negativa producto tanto de la evolución del trastorno en unos casos como de las recaídas que han sufrido.

Los medicamentos que la mayor parte de los pacientes tenía prescritos fueron antidepresivos y de éstos, predominaron los ISRS. Esto era de esperarse en virtud de que entre los participantes 72 cursaban con trastornos ansiosos y depresivos. Al respecto, Nieto-Moreno et al., (2006) comentan que la prescripción de antidepresivos en el Sistema Nacional de Salud español se incrementó cuando aparecieron los ISRS. Lozano-Serrano y Ortiz Lobo (2004) informan que en 2001, el 80% de los antidepresivos consumidos en España era de ese tipo y que en atención primaria se prescribieron seis veces más que en el servicio especializado de psiquiatría. Sería interesante investigar si en México sucedió lo mismo y evaluar el efecto que tienen en el funcionamiento de los sujetos, ya que los autores citados señalan que este aspecto no ha sido estudiado adecuadamente.

En cuanto a la intensidad de la sintomatología, el grupo con ansiedad tuvo un promedio en la puntuación del HAM-A equivalente a ansiedad moderada, el grupo con depresión en cambio tuvo un promedio en la puntuación del HAM-D que lo ubicó en depresión severa. Por su parte los resultados de la PANSS en los pacientes con esquizofrenia demostraron que predominaba el síndrome negativo, situación que concuerda con lo anteriormente comentado en relación a que son pacientes que en muchas ocasiones han tenido más de cuatro recaídas durante su vida debido a un inadecuado apego al tratamiento y a que el promedio de cronicidad con el trastorno es mayor a 10 años.

En relación a la psicopatología general, las diferencias significativas establecidas por cada grupo diagnóstico correspondieron de manera aproximada a lo que se esperaba que puntuaran en la SCL-90, de esta forma el grupo ansiedad tuvo el promedio mayor en la dimensión Ansiedad y el grupo depresión, en las dimensiones Depresión, Somatización y Hostilidad. Lo que sorprendió fue que el grupo con esquizofrenia no hubiera alcanzado un promedio superior en ninguna de las dimensiones de la SCL-90. Se podría pensar que esto sucedió debido a que el instrumento es de auto-reporte y que el paciente pudo minimizar su problema o no entendió adecuadamente los ítems; sin embargo, los resultados que se presentan a continuación demuestran que no fue así y que la psicopatología general no necesariamente se relaciona con el síndrome esquizofrénico, ya que este último es demasiado complejo.

Al calcular la relación entre psicopatología general e intensidad de la sintomatología en los tres grupos estudiados, se encontró una adecuada asociación entre las dimensiones de la SCL-90 y el HAM-A. La correlación entre SCL-90 y HAM-D también fue buena, excepto con las dimensiones Sensibilidad interpersonal e Ideación paranoide, lo cual demuestra una alta validez de las tres escalas.

En el caso del grupo con esquizofrenia, fueron pocas las dimensiones de SCL-90 que correlacionaron significativamente con las escalas de la PANSS. La escala negativa de la PANSS sólo correlacionó significativamente con la dimensión Somatización de la SCL-90. En cambio las escalas positivas, de psicopatología general y total de la PANSS sólo se asociaron significativamente con las dimensiones Ansiedad, Hostilidad, Ideación paranoide y Psicoticismo. La escala compuesta correlacionó significativamente con Somatización, Obsesión compulsión, Ansiedad, Hostilidad y Ansiedad fóbica. Esto pudiera parecer una falla de alguno de los dos instrumentos, sin embargo, hay que tomar en cuenta que los síntomas negativos en sí mismos son incompatibles con las características que se observan en la mayoría de las dimensiones de SCL-90, lo extraño es que sólo se haya establecido correlación negativa y significativa con la dimensión Somatización. En cambio las dimensiones Ansiedad, Hostilidad, Ideación paranoide y Psicoticismo por sus características son más similares a los síntomas positivos de la esquizofrenia.

En cuanto al objetivo determinar la relación entre discapacidad e intensidad de la sintomatología en pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos, en el componente Funciones Corporales, los tres instrumentos (HAM-A, HAM-D y PANSS), se relacionaron más significativamente con las funciones mentales, como se esperaba que sucediera por la naturaleza de los trastornos estudiados. De las funciones mentales las más relevantes fueron [b130] Funciones relacionadas con la energía y los impulsos, [b134] Funciones del sueño, [b140] Funciones de la atención y [b156] Funciones de la percepción, las cuales corresponden a los síntomas que toman en cuenta los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-IV-TR para el establecimiento del diagnóstico en estos trastornos.

Para el componente Actividades y Participación, resaltó el hecho de que la intensidad en la sintomatología de los trastornos ansiosos y depresivos, no se relacionó totalmente con este componente, más que con categorías del área Autocuidado. La intensidad de la sintomatología ansiosa alcanzó más correlaciones altas que la sintomatología depresiva, y sólo la sintomatología negativa de la esquizofrenia pareció estar más relacionada con la limitación en las actividades y las restricciones en la participación, lo cual podría explicarse por el hecho de que los síntomas negativos en sí mismos describen deterioro en el funcionamiento. El resultado encontrado para los trastornos ansiosos y depresivos evidencia que aunque síntomas y discapacidad son aspectos interrelacionados, también son diferentes y el hecho de que aún en el DSM-IV-TR continúe tomándose en cuenta al deterioro en el funcionamiento como criterio de alto significado clínico, resulta restrictivo, ya que la discapacidad debe evaluarse y clasificarse de manera independiente; con esto se anticiparía que el diagnóstico de los trastornos mentales cada vez se respalde más en el conocimiento de la etiología y los factores de riesgo y menos en su fenomenología (Lehman et al., 2004).

En el objetivo determinar la relación entre discapacidad y psicopatología general en personas con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos, en las correlaciones de SCL-90 y el componente Funciones Corporales se observa una situación muy similar a la sección del objetivo anterior en los tres grupos

diagnósticos. Las dimensiones de psicopatología tuvieron relación más importante con los funciones mentales y las razones de esto podrían ser las mismas que se comentaron en relación al HAM-A, HAM-D y PANSS, ya que la SCL-90 de todas maneras evalúa síntomas, aunque en forma dimensional.

En las relaciones con el componente Actividades y Participación, fueron pocas las correlaciones significativas. En el grupo con ansiedad, las dimensiones de la SCL-90 se asociaron más a Tareas y demandas generales y a Interacciones y relaciones interpersonales, también a categorías específicas como [d510] Lavarse, [d570] Cuidado de la propia salud, [d620] Adquisición de bienes y servicios, [d660] Ayudar a los demás, [d850] Trabajo remunerado, [d860] Transacciones económicas básicas, [d910] Vida comunitaria y [d950] Vida política y ciudadanía. En el grupo con depresión, se encontró asociación entre las dimensiones de SCL-90 y las áreas Tareas y demandas generales, Interacciones y relaciones interpersonales -coincidiendo ambas con lo observado en el grupo ansiedad- y Autocuidado. Al igual que en el grupo con ansiedad, las dimensiones de SCL-90 también se relacionaron significativamente con [d910] Vida comunitaria y [d950] Vida política y ciudadanía, pero adicionalmente también se asociaron a [d940] Derechos humanos. En el grupo con esquizofrenia muy pocas dimensiones de la SCL-90 correlacionaron significativamente con áreas y categorías del componente Actividades y Participación. La dimensión ansiedad fue la que más se asoció con categorías de dicho componente, entre estas se encuentran [d330] Hablar, [d350] Conversación, [d470] Utilización de medios de transporte, [d530] Higiene personal relacionada con los procesos de excreción, [d620] Adquisición de bienes y servicios y con excepción de [d940] Derechos humanos, todas las categorías de Vida comunitaria, social y cívica.

Los hallazgos corroboran lo señalado por Lehman et al., (2004) en torno a que estudios anteriores que se han realizado para explorar si la psicopatología aumenta la discapacidad, si determinado nivel de discapacidad se relaciona con la psicopatología o si la asociación es bidireccional, no han establecido una relación y por otra parte no han sido concluyentes. También reflejan el inconveniente (también señalado por Lehman et al., 2004), de mezclar en un solo criterio aspectos de malestar y problemas en el funcionamiento, ya que en primer lugar, malestar y

discapacidad son dominios conductuales que conceptual y clínicamente son distintos uno de otro y además están influidos por diferentes factores, y en segundo, la ausencia de un umbral de gravedad puede llevar a diagnosticar a casi todo mundo un trastorno mental.

En cuanto al último objetivo, determinar la relación entre discapacidad y cronicidad del trastorno en personas con ansiedad, depresión y esquizofrenia, se halló que muy pocas categorías del componente funciones corporales se relacionaron con la cronicidad presentada en el trastorno. La cronicidad del trastorno de ansiedad no tuvo relación con ninguna categoría del componente. Esto refleja que en el caso de estos pacientes aunque tengan varios episodios del trastorno a lo largo de la vida, no necesariamente presentarán en episodios posteriores deficiencias más graves en lo mental y lo físico. La cronicidad de la depresión se relacionó moderada y negativamente con [b130] Funciones relacionadas con la energía y los impulsos y positivamente con [b410] Funciones del corazón. Es probable que por ser un trastorno en el que las personas afectadas pueden vivir hasta años sin un episodio, no exhiban una perpetua deficiencia en la energía y los impulsos, y en lo que respecta al corazón probablemente con los años aumente la somatización y se centre en sensaciones en este órgano. La cronicidad de la esquizofrenia se relacionó moderadamente con: [b134] Funciones del sueño y [b156] Funciones de la percepción, que son alteraciones que se presentan en un episodio psicótico, los cuales aunque tienden a disminuir conforme aumenta el número de años, no han desaparecido por completo en los pacientes estudiados.

Respecto a las correlaciones entre el componente Actividades y Participación, también fueron prácticamente inexistentes. La cronicidad de la ansiedad sólo correlacionó moderadamente con [d660] Ayudar a los demás y [d750] Relaciones sociales informales, lo que evidencia que si bien la ansiedad no provoca mayor discapacidad a lo largo de los años, sí tienen un impacto en la relación con los demás y es muy probable que la persona se aleje de sus grupos sociales de referencia. La cronicidad de depresión correlacionó moderadamente con [d220] Llevar a cabo múltiples tareas, [d430] Levantar y llevar objetos y [d570] Cuidado de la propia salud. Los resultados reflejan que entre mayor sea el tiempo que la persona ha presentado

episodios depresivos, el deterioro se presenta en actividades que son complejas y que requieren de organización. La cronicidad de esquizofrenia correlacionó moderadamente con [d110] Mirar, [d210] Llevar a cabo una tarea, [d540] Vestirse y [d730] Relacionarse con extraños y con mayor fuerza con [d440] Uso fino de la mano. Esto demuestra que entre mayor es el tiempo que la persona vive con la esquizofrenia, el deterioro se concentra principalmente en actividades básicas que requieren de coordinación motora fina.

Lo encontrado respecto a la cronicidad de los trastornos estudiados y su relación con la discapacidad tiene implicaciones respecto a la limitación que todavía se tiene en el campo de la salud mental para identificar factores biológicos involucrados en la etiología de los trastornos mentales. Lehman et al., (2004) señalan la necesidad de clarificar los mecanismos por los que la patología cerebral genera discapacidad y la forma en que esta discapacidad afecta la evolución de los trastornos psiquiátricos, ya que la aparente resiliencia contra la discapacidad en ciertos individuos (como la que se observó en especial en el grupo de sujetos con ansiedad) es un aspecto que intriga.

Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos en ambos estudios, se llegó a las siguientes conclusiones:

- El componente Actividades y Participación de la CIF demostró adecuada aplicabilidad para la evaluación de pacientes con trastornos mentales.
- Es importante que los profesionales de la salud mental le otorguen mayor relevancia a la evaluación de las siguientes áreas del componente Actividades y Participación: Aprendizaje y Aplicación del Conocimiento, Áreas Principales de la Vida y Vida Comunitaria, Social y Cívica.
- La evaluación de pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos, a través de la CIF es posible considerando pocas categorías

de la clasificación, lo cual demuestra que tiene adecuada aplicabilidad en salud mental.

- La Lista de Cotejo de la CIF que se utilice para evaluar a pacientes con trastornos mentales debe ser tan corta como sea posible, para lograr su implementación en los servicios de salud mental.
- El componente Estructuras Corporales no fue relevante para la evaluación de la discapacidad de pacientes con trastornos mentales.
- Para que los profesionales del campo de la salud mental utilicen tanto la CIF como su Lista de Cotejo, es necesario que reciban una debida capacitación con la finalidad de que identifiquen con mayor precisión las áreas en que presentan discapacidad los pacientes evaluados.
- El componente Actividades y Participación de la Lista de Cotejo de la CIF tiene apropiada validez concurrente.
- La Lista de Cotejo de la CIF tiene una confiabilidad interna aceptable.
- Los pacientes con esquizofrenia presentan discapacidad en un mayor número de áreas como son funciones mentales, aprendizaje y aplicación del conocimiento, comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica, interacciones y relaciones interpersonales, áreas principales de la vida y vida comunitaria, social y cívica.
- La discapacidad observada en los pacientes con trastornos ansiosos y depresivos se relaciona con el bajo nivel de energía y con el desinterés en actividades cotidianas y tiene impacto en la vida social de los pacientes.
- Mediante el uso de la Lista de Cotejo de la CIF es posible medir las dificultades en la actividad y la participación de los pacientes con diferentes

trastornos mentales. Asimismo permite establecer comparaciones del impacto que tiene la enfermedad sobre las personas.

- Los pacientes con esquizofrenia enfrentan un mayor número de barreras en los Factores Ambientales que los rodean, especialmente en apoyo y relaciones, así como en actitudes y en servicios, sistemas y políticas.
- Los pacientes con ansiedad y depresión encuentran facilitadores en los factores ambientales en que los pacientes con esquizofrenia encuentran barreras.
- Los servicios, sistemas y políticas laborales son un factor ambiental en el que tanto pacientes con ansiedad como con depresión y esquizofrenia encuentran barrera, por lo que es necesaria la revisión de las políticas públicas que rigen este aspecto.
- Los pacientes con depresión tienden a evaluar su salud física como muy mala por las quejas somáticas que presentan.
- La reducción de actividades cotidianas o del trabajo en los últimos 30 días debido al estado de salud es más común en los pacientes con depresión, mientras que la incapacidad total para realizar actividades cotidianas predomina en pacientes con esquizofrenia.
- Es necesario que los servicios de salud mental se integren a los servicios de salud general debido a que un gran número de pacientes con trastornos ansiosos y depresivos son captados en ese nivel y en muchas ocasiones presentan comorbilidad con otras condiciones médicas que de por sí tienen que ser evaluadas en ese nivel de atención.
- Es recomendable que se fortalezcan programas psicoeducativos y de psicoterapia familiar para aumentar la adherencia terapéutica de los pacientes con esquizofrenia y disminuir los ingresos hospitalarios.

- La psicopatología general no se relacionó con el síndrome esquizofrénico probablemente porque en este predominó la sintomatología negativa.
- Existe relación entre intensidad de la sintomatología y deficiencia en funciones mentales en pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia.
- La intensidad de la sintomatología de los trastornos ansiosos y depresivos sólo se relaciona con dificultades en el área de autocuidado del componente Actividades y Participación.
- La intensidad de la sintomatología negativa del trastorno esquizofrénico se relaciona con la limitación en las actividades y las restricciones en la participación.
- La discapacidad debe evaluarse y clasificarse de manera independiente de la sintomatología.
- La psicopatología general presente en pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia tiene relación con la deficiencia en las funciones mentales.
- La psicopatología general presente en pacientes con ansiedad y depresión, se relaciona principalmente con la limitación para desempeñarse en tareas y demandas generales, e interacciones y relaciones interpersonales.
- La ansiedad es la única dimensión de psicopatología general que se relaciona con limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en los pacientes con esquizofrenia.
- No existe relación entre la cronicidad de los trastornos de ansiedad y depresión y la deficiencia en las funciones corporales.

- Existe relación entre cronicidad de la esquizofrenia y la deficiencia en funciones mentales.
- La cronicidad de los trastornos de ansiedad tiene impacto en la interacción social de los pacientes.
- La cronicidad de los trastornos depresivos deteriora principalmente el desempeño en actividades que requieren de organización.
- La cronicidad de la esquizofrenia tiene impacto en actividades básicas que requieren de coordinación motora fina.
- Es fundamental considerar en futuras investigaciones el papel que desempeñan los factores personales en relación a la discapacidad que presentan los sujetos afectados por trastornos mentales.

Aportaciones al Área de la Salud Mental

La presente investigación no sólo tiene relevancia para la psicología (en específico para la psicología de la salud y la psicología clínica), sino para las demás disciplinas involucradas en la salud mental como son la psiquiatría, la enfermería, el trabajo social y la terapia de rehabilitación. Asimismo contiene información que puede ser de utilidad para los administradores de los servicios de salud mental y para las instancias gubernamentales y legislativas que se ocupan de la salud.

Con base en los resultados obtenidos en ambos estudios, las aportaciones que se hacen al campo de la salud mental son:

- Representa un intento de separar dentro del estudio de los trastornos mentales, lo que pertenece al área de discapacidad, distinguiéndola de lo que es la fenomenología de de los trastornos.

- Contribuye al estudio sobre métodos para definir y valorar la discapacidad que sean utilizables tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación.
- En el contexto clínico permitirá medir las necesidades de la población que se está atendiendo, relacionar intervenciones con estados específicos de salud, rehabilitación y evaluación de resultados.
- Provee la base para utilizar en la atención de problemas de salud mental no sólo las clasificaciones de trastornos mentales tales como DSM-IV-TR o capítulo F de la CIE-10, sino también la Lista de Cotejo de la CIF para determinar las áreas y el grado de discapacidad que presentan los pacientes evaluados diferenciándolo de la sintomatología del trastorno.
- Presenta una forma más adecuada de ponderar el peso de estas enfermedades respecto a otras, ya que no sólo considera el eje de mortalidad, sino de años vividos con discapacidad debido a una enfermedad, lo cual tendrá repercusiones en las políticas de salud, así como en el diseño y establecimiento de programas de atención a la salud mental.
- Contribuye con información cuantitativa respecto a las diferencias en la manifestación de la discapacidad en pacientes con ansiedad, depresión y esquizofrenia.
- Aporta datos acerca del curso evolutivo que tiene la discapacidad en los trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos.
- Demuestra la importancia de estudiar más a fondo la discapacidad asociada a la esquizofrenia.
- Provee información que puede ayudar al diseño de políticas sociales que reduzcan el impacto que tiene no sólo el estado de salud, sino también las

barreras sociales y medioambientales en el funcionamiento y calidad de vida de las personas afectadas por trastornos mentales.

- Plantea la necesidad de integrar los servicios de salud mental dentro de los servicios de salud general que se brindan en áreas urbana, suburbana y rural para disminuir la inequidad de recursos y disminuir las barreras en Factores Ambientales a los que se enfrentan principalmente las personas con esquizofrenia.

APÉNDICE A

GLOSARIO

Actividad. La realización de una tarea o acción por parte de un individuo (OMS, 2001a).

Anamnesis. Del Griego *anámnesis* (recuerdo). Parte del examen clínico que reúne todos los datos personales y familiares del enfermo anteriores a la enfermedad (Diccionario terminológico de ciencias médicas, 1994).

Ansiedad. Del Latín *anxietas* (problemas en la mente). Sentimiento subjetivo de aprehensión, temor o presentimiento que fluctúa desde el excesivo interés en el presente o futuro hasta sentimientos de pánico, acompañado de una variedad de signos y síntomas autónomos en ausencia de un estímulo externo obvio. En la ansiedad patológica, estos sentimientos ocurren sin un peligro externo real. La ansiedad es la descripción subjetiva y emocional de lo que objetivamente podría llamarse reacción al estrés. Las manifestaciones somáticas están asociadas al umbral del sistema nervioso simpático e incluye palpitaciones, resequedad de boca, dilatación pupilar, jadeo, respiración entrecortada, sudor, palidez, anorexia y malestar abdominal, sofocación, temblor y confusión. Los síntomas pueden ser persistentes u ocurrir en crisis de angustia (panic attacks). La ansiedad estado, donde los límites de la normalidad han sido superados, es extremadamente común. La ansiedad es un síntoma común, pero una enfermedad poco frecuente, especialmente en la vejez. Se le debe diferenciar de agitación, depresión, estados hiperadrenérgicos, toxicidad por medicación, consecuencias

secundarias de otras enfermedades y daño neurológico u orgánico. El inicio tardío del trastorno puede ser una manifestación inicial de una enfermedad oculta. Es aconsejable realizar una evaluación médica y psiquiátrica completa antes de establecer un tratamiento para la ansiedad. Es extremadamente difícil medir los efectos de los medicamentos en la ansiedad, especialmente en los estudios a largo plazo. Los niveles de ansiedad fluctúan en gran medida aumentando o disminuyendo debido a muchos factores diferentes a los medicamentos. No es fácil definir la severidad de la ansiedad cuando depende de la evaluación del propio paciente y el estilo de interpretación del médico. La ansiedad se presenta con muchas apariencias y la gente la ve y la siente en formas muy diferentes (Ayd, 1995).

Asistencia social. El conjunto de acciones tendientes a convertir en positivas las circunstancias adversas que puedan impedir al hombre su realización como individuo, como miembro de una familia y de la comunidad; así como la protección física, mental y social a personas en estado de abandono, incapacidad o minusvalía, en tanto se logre una solución satisfactoria a su situación (Centro de Estudios de Administración Estatal y Municipal, 1995).

Benzodiazepina (BZD). Miembro de un grupo de medicamentos con efectos sedantes, ansiolíticos, relajantes musculares y anticonvulsivantes. Las BZD varían ampliamente en la potencia por miligramo y tienen diferencias cualitativas en la velocidad de inicio de acción y duración de actividad clínica con una dosis simple. Su farmacocinética también difiere, particularmente respecto a la vía metabólica, afinidad receptora, solubilidad en lípidos y vida media de eliminación. Las BZD pueden ser divididas en tres categorías generales: de vida media *ultracorta* (menos de cinco horas), e.g., triazolam y midazolam, que no se acumulan y casi siempre son empleadas como hipnóticos; de vida media *corta e intermedia* (de cinco a 24 horas), e.g., oxazepam, lorazepam y alprazolam, que tienen acumulación insignificante de metabolitos activos, y de vida media *larga* (mayor a 24 horas), e.g., clordiazepóxido, diazepam, clorazepato, prazepam, clonazepam y quazepam, frecuentemente tienen metabolitos activos y éstos se pueden acumular durante terapia crónica. Las BZD son seguras y efectivas en el tratamiento de una variedad de estados

ansiosos, pero no para los trastornos depresivos. También son inefectivas para tratar conductas agresivas crónicas y puede agravar agresiones y o precipitar ataques de ira. Pueden ser causa de ansiedad como síntoma de abstinencia. No estimulan los sistemas oxidantes microsomales hepáticos, pero su metabolismo se puede alterar por medicamentos que afectan la función hepática (Ayd, 1995).

“Bienestar”. Es un término que engloba todo el universo de dominios de la vida humana, incluyendo los aspectos físicos, mentales y sociales que componen lo que se considera como tener una “buena vida”. Los dominios de salud son un subgrupo dentro de los dominios que componen todo el universo de la vida humana (OMS, 2001a).

Casa de medio camino. También llamada unidad intermedia. Es un servicio que se ha planteado para atender a enfermos mentales crónicos estabilizados. Consiste en un programa de rehabilitación sistemática y de reinserción a la vida extrahospitalaria. El programa estimula y regula un proceso que promueve la autonomía cuidando del aseo y la apariencia personales, la adhesión al tratamiento farmacológico, la facilitación de las habilidades sociales, la supresión de conductas extravagantes y la reiniciación en tareas escolares o laborales o de otra índole (de la Fuente, Medina-Mora, Caraveo, 1997).

Clinimetría. Término empleado por Feinstein para expresar los índices, escalas y otras medidas para reseñar los datos clínicos de interés en la gestión y manejo de las enfermedades y procesos clínicos, que sirven de base para los estudios epidemiológicos al respecto (Calero y Gil de Miguel, 2005).

“Condición de salud”: incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Una “condición de salud” puede incluir también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas. Las “condiciones de salud” se codifican utilizando la CIE-10 (OMS, 2001a).

Crisis de angustia. Períodos discretos en los que se produce inicio súbito de aprensión, miedo o terror intensos, a menudo asociados a la sensación de muerte inminente.

Durante estas crisis hay síntomas como alteración de la respiración o sensación de ahogo; palpitaciones, opresión precordial o pulso acelerado; dolor o molestias torácicas; sofocación, y miedo a volverse loco o a perder el control. Las crisis de angustia pueden ser inesperadas (no suscitadas) cuando el inicio de la crisis no se asocie con un precipitante situacional, ocurriendo como “llovido del cielo”; determinada situacionalmente; cuando la crisis ocurra casi invariablemente después de la exposición a un precipitante situacional (“señal”) o en su anticipación; y predispuesta situacionalmente, cuando la crisis tienda a producirse en la exposición un precipitante situacional, pero no se asocie invariablemente con él (American Psychiatric Association, 2002).

Deficiencias. Son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida (OMS, 2001a).

Depresión. Estado de ánimo abatido, a menudo acompañado de alteraciones en el sueño, la energía, el apetito, la concentración, los intereses y el impulso sexual. Es una enfermedad biológicamente heterogénea que involucra muchos sistemas de neurotransmisores y receptores. Diferentes subgrupos han sido descritos (por ej., endógena/no endógena, primaria/secundaria, unipolar/bipolar, psicótica/no psicótica, trastorno depresivo familiar/trastorno depresivo esporádico). Por lo tanto, es plausible esperar que los pacientes respondan en diferentes formas y en diferentes medidas a la farmacoterapia antidepresiva. La evidencia sugiere que la depresión está infradiagnosticada e infratratada, especialmente cuando se acompaña de enfermedad física. Los clínicos pueden estar inclinados a considerar los síntomas afectivos como entendibles cuando se asocian a condiciones médicas serias (por ej., cáncer). Además, puede haber renuencia a usar medicamento antidepresivo cuando se agravan de la condición física subyacente. Por otra parte hay peligros latentes en el diagnóstico si se enfatizan síntomas como la anorexia, pérdida de peso y fatiga, los cuales son síntomas importantes de enfermedad depresiva primaria, pero que pueden explicarse por patología física (Ayd, 1995).

Discapacidad. Incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) (OMS, 2001a).

Enfermedad mental. Enfermedad o trastorno del cerebro o la psique que produce síntomas de origen orgánico o no orgánico (p. ej., trastorno en el pensamiento, el afecto o la conducta) y que necesita diagnóstico y tratamiento cuando es lo suficientemente severo. El término es usado de manera sinónima con trastornos mentales, psiquiátricos y conductuales. En el sistema legal se usa para distinguir a los pacientes psiquiátricos de los mentalmente retrasados y los químicamente dependientes (Ayd, 1995).

Ergoterapia. Del Griego *érgon* (trabajo) y *therapeía* (tratamiento). Tratamiento de ciertos estados psiconeuróticos por trabajos agrícolas o de otra clase (Diccionario terminológico de ciencias médicas, 1994).

Esquizofrenia (EQZ). Grupo de psicosis, cuyo curso a menudo es crónico y otras veces caracterizado por ataques intermitentes y se puede detener en cualquier etapa, pero no permite una recuperación completa. El término “esquizofrenia” fue acuñado en 1911 por Eugene Bleuler para reemplazar la inconveniente frase “dementia praecox”, que Kraepelin utilizó previamente para describir un grupo similar de trastornos psicóticos. Los síntomas cardinales de la EQZ, la más común, devastadora y enigmática de los trastornos psicóticos son delirios, alucinaciones, cognición trastornada y déficit en el pensamiento y la relación con el propio ambiente. La EQZ se manifiesta por la “pérdida de las asociaciones” y por ideas ilógicas, respuestas emocionales marcadamente inapropiadas o aplanadas y aislamiento autista de las relaciones sociales para adentrarse en la fantasía interna. Si no se resuelve dentro de los 2 primeros años, su curso es deteriorante y permanecen algunos aspectos durante toda la vida del paciente. En las etapas posteriores, el paciente puede aparecer como una mera sombra de su existencia anterior, careciendo de la gama completa de habilidades básicas intelectuales, emocionales, sociales y comunicacionales. Cuando la EQZ ocurre, la relación del

paciente con su ambiente es radicalmente transformada. La discapacidad cognitiva fluctúa desde lo elemental (como los procesos perceptuales) a lo moderadamente complejo (como resolver problemas y memoria verbal) y lo altamente complejo (como las percepciones sociales, el esquema social y la comunicación). Estos diferentes niveles de capacidades cognitivas podrían ser considerados subsistemas o módulos relativamente independientes. Los pensamientos y sonidos ajenos pueden invadir la conciencia, las ideas extrañas pueden afianzarse y los sentimientos de ira incontrolada, miedo, suspicacia y ansiedad ser dominante. Con frecuencia la atención está desviada y el umbral de respuesta está aumentado, pero con un funcionamiento que está sobrecargado. La capacidad para pensar clara y racionalmente y ejercitar un juicio está afectada y las relaciones sociales normales son forzadas ya que el paciente se ha vuelto retraído y preocupado en extremo. Los pacientes con EQZ a menudo muestran síntomas cardinales de enfermedad depresiva. Agregado al estado de ánimo triste, está el riesgo suicida, la falta de interés en el ambiente, pérdida de energía y motivación y sueño alterado. Cognitivamente pueden estar tan discapacitados que un número significativo podría tener demencia o una deficiencia mental. Como consecuencia, la confusión diagnóstica con el retraso mental se vuelve un problema. La EQZ es una enfermedad para toda la vida para la cual no existe cura, como en la diabetes, se requiere de mantenimiento con medicamento para evitar la recaída. En un estado no tratado, la EQZ puede fluctuar en intensidad. Dos pacientes con un diagnóstico confirmado tienen poca semejanza entre ellos. Los pacientes pueden ser muy diferentes entre ellos mismos no sólo en su presentación clínica, sino también en los efectos del tratamiento. Entre investigadores, así como entre clínicos, los conceptos diagnósticos de la EQZ difieren en gran medida y se utilizan una gran cantidad de tipos de criterios diagnósticos. Las perspectivas actuales sitúan un trastorno del neurodesarrollo con anormalidades en la morfología cerebral, reflejando no un deterioro cerebral, sino una falla para lograr los sutiles y fundamentales aspectos de la función y la estructura cerebrales debido a eventos etiológicos que tuvieron lugar en la vida embrional y fetal. Los estudios postmortem y de imagen cerebral en vivo han demostrado anormalidades morfológicas en los pacientes con EQZ, incluyendo agrandamiento de las cisuras corticales de las regiones frontal,

temporal y parietal, y la reducción en el volumen de las estructuras mediales del lóbulo temporal (Ayd, 1995).

Estados de salud y dominios de salud: un “estado de salud” es el nivel de funcionamiento dentro de un determinado “dominio de salud” de la CIF. Los “dominios de salud” indican áreas de la vida que incluimos en el concepto de “salud”, como aquellas que cuando se definen los objetivos de los sistemas de salud, se consideran como su responsabilidad prioritaria. La CIF no aboga por la existencia de una separación estricta entre la “salud” y los “dominios relacionados con la salud”. Más bien acepta que puede haber una “zona gris” entre ellos, en función de cómo conceptualicemos los “elementos de salud” y los “relacionados con la salud”, que se pueden situar dentro de los dominios de la CIF (OMS, 2001a).

Estados “relacionados con la salud” y dominios “relacionados con la salud”: un “estado relacionado con la salud” es el nivel de funcionamiento dentro de un determinado “dominio relacionado con la salud” de la CIF. Los “dominios relacionados con la salud” son aquellas áreas de funcionamiento que, aún teniendo una fuerte relación con una “condición de salud”, no se incluyen dentro de las responsabilidades prioritarias de los sistemas de salud, sino más bien, dentro de los otros sistemas que contribuyen al “bienestar” global (OMS, 2001a).

Estructuras corporales. Son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes (OMS, 2001a).

Factores Ambientales. Constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas. Están organizados en dos niveles: individual y social. En lo individual se encuentra el contexto inmediato del sujeto e incluye lugares como el hogar, el trabajo y la escuela, también toma en cuenta el contacto directo con otras personas como la familia, los amigos, compañeros y desconocidos. En lo social se encuentran las estructuras sociales formales e informales que tienen efecto en los individuos. Ejemplos de estas son las organizaciones y servicios relacionados con el

trabajo, las agencias gubernamentales, las actividades comunitarias, los servicios de comunicación y transporte, las leyes, las reglas y las ideologías (OMS, 2001a).

Factores personales. Se componen de “características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los ‘estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos’, el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas (sucesos de la vida pasada y sucesos actuales), los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características. Tanto todas ellas en conjunto como algunas de ellas individualmente pueden desempeñar un papel en la discapacidad a cualquier nivel. Los factores personales no se clasifican en la CIF” (OMS, 2001a).

Funcionamiento. Incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) (OMS, 2001a).

Funciones corporales. Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas) (OMS, 2001a).

Gasto catastrófico en salud. Cuando se presentan erogaciones que superan 50% del ingreso efectivo familiar mensual (ingresos que normalmente se destinan a consumo no alimentario). Asimismo, se define el gasto semi-catastrófico como aquel que representa entre el 30 y el 49% del ingreso efectivo familiar mensual (Knaul, Méndez, Murray, Arreola, Ortiz, Torres y Frenk, 2001).


Gasto de bolsillo de los hogares. Gasto en salud de los hogares como pago directo, discrecional. Un hogar es un pequeño grupo de personas compartiendo el mismo recinto habitacional, que comparte parte, o todo el ingreso y riqueza y consumen ciertos

tipos de bienes y servicios colectivamente, principalmente habitación y comida (OMS, s/f).

Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina (ISRS). Son antidepresivos químicamente distintos de los tricíclicos y otros heterocíclicos. El grupo incluye indalpina, citalopram, escitalopram, femoxetina, fluoxetina, fluvoxamina, litoxetina, paroxetina y sertralina. Los ISRS inhiben selectiva y potentemente la recaptura neuronal de serotonina y tienen poco o ningún efecto sobre la recaptura de norepinefrina. Carecen de una afinidad significativa para otros sistemas receptores de neurotransmisión en el cerebro y, en contraste con los antidepresivos tricíclicos (ATC), no tienen significativos efectos sedantes, anticolinérgicos y/o cardiovasculares. Todos potencializan los efectos farmacológicos de la serotonina y su precursor, el 5-hidroxitriptofano. Como los ATC, los ISRS, pueden ser divididos en aminas terciarias (citalopram, femoxetina), aminas secundarias (fluoxetina, sertralina y paroxetina) y una amina primaria (fluvoxamina). Citalopram, fluoxetina, sertralina y femoxetina están deaminados para las correspondientes aminas primarias y/o secundarias, las cuales son también más potentes y selectivos inhibidores de recaptura de serotonina. La fluvoxamina y la paroxetina son biotransformadas a metabolitos inactivos por otros mecanismos oxidativos. Los ISRS parecen ser tan efectivos como los ATC, al tratar una amplia gama de pacientes deprimidos, con algunas ventajas selectivas para ciertos subgrupos, tales como aquellos con marcada ansiedad o agitación. Las crisis de angustia, los trastornos obsesivos compulsivos, el síndrome premenstrual, los trastornos alimentarios, síndromes de dolor crónico, abuso de sustancias, trastornos del control de los impulsos (como agresión patológica) y fobia social, pueden responder mejor a los ISRS que a los antidepresivos con influencia más débil en la neurotransmisión serotoninérgica. Los ISRS reducen el consumo de alcohol en ratas dependientes al alcohol; su rol en conjunción con tratamientos psicológicos ha sido examinado en alcohólicos. Aunque todos los ISRS actúan bloqueando la recaptura de la serotonina, existen importantes diferencias entre ellos. Sus vidas medias, por ejemplo, difieren sustancialmente, en especial cuando se consideran sus metabolitos activos. La fluoxetina y su metabolismo tienen una vida

media de 330 horas, contrastando con las vidas medias de otros ISRS, que varían entre 15 y 30 horas (Ayd, 1995).

Limitaciones en la Actividad. Son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades (OMS, 2001a).

Medicamento genérico intercambiable. Es un medicamento que tiene las mismas sustancia activa, vía de administración, concentración o potencia que el medicamento innovador, que después de haber aprobado pruebas de intercambiabilidad ha demostrado ser igual o equivalente al producto innovador. Se denomina por el nombre de la sustancia activa y en su envase presenta el símbolo  (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, 2008).

Medicamento innovador. También se le llama de patente y es el medicamento registrado por un laboratorio farmacéutico y reconocido internacionalmente como propietario de la investigación (Esquivel Ferriño, Gallegos Sánchez y Jiménez Tototzintle, 2004).

Medicamento similar. También llamado no innovador o producto copia. Es un medicamento que no ha tenido ninguna prueba de intercambiabilidad, por lo que aún cuando tenga el mismo principio activo, forma farmacéutica, cantidad de un fármaco, etc., la forma de preparación o los aditivos que se usen en su elaboración puede hacer variar su biodisponibilidad, o sea su comportamiento dentro del organismo (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, 2008).

Neuroléptico (NL). Término acuñado por Delay en 1955. Significa “tomar la neurona” (el sufijo *-léptico* se deriva de la palabra griega *leptomai* que significa “sostener o capturar”) debido a que la clorpromazina reducía la tensión nerviosa más que la parálisis (neuroplejia). En el Segundo Congreso Internacional de Psiquiatría (1955), el término *neuroléptico* ganó por votación a tranquilizante y atarácico. El término que se refiere a las

acciones duales de la sustancia sobre la psicosis y la función motora, reemplazó el de *tranquilizante mayor*. Aunque todavía se usa, está siendo gradualmente reemplazado por el término *antipsicótico*. Con la aparición de la clozapina y otros NL atípicos, que son antipsicóticos pero que raramente producen reacciones extrapiramidales, se ha demostrado que los efectos antipsicóticos pueden lograrse sin afectar la función motora. Es así que *neuroléptico* y *antipsicótico* ya no son términos intercambiables. *Neuroléptico* es usado para todos los compuestos psicoactivos que producen ambos efectos, antipsicóticos y extrapiramidales. Los NL son agentes antipsicóticos de beneficio probado en el tratamiento agudo y a largo plazo de estados psicóticos, particularmente esquizofrenia. En 1957, Delay y Deniker sugirieron la siguiente definición de cinco puntos de las características de un NL: a) inducción de un estado de indiferencia motora completamente diferente de la sedación producida por barbitúricos; b) eficacia respecto a la agitación, excitación y agresión; c) eficacia en trastornos psicóticos agudos y crónicos; d) patrón distintivo de efectos colaterales neurológicos (extrapiramidales) y vegetativos (e.g., cardiovasculares, gastrointestinales, endócrinos); y e) acción predominantemente subcortical. Se sabe que los NL afectan los siguientes sistemas de neurotransmisión: dopaminérgico, alfa-adrenérgico, muscarinico-anticolinérgico, serotoninérgico, histaminérgico, gabaérgico y peptidérgico. Antagonizando los receptores de dopamina en la pituitaria, los NL pueden provocar niveles elevados en sangre de prolactina, la cual a veces, causa galactorrea y disfunción menstrual y sexual (Ayd, 1995).

Participación. El acto de involucrarse en una situación vital (OMS, 2001a).

Población no asegurada. Personas que no son beneficiarias de alguna institución de seguridad social. También llamada población abierta (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2007).

Primer nivel de atención. Es el primer nivel de contacto con la población y de servicios médicos y sanitarios para la comunidad...Normalmente se subdivide, sin perder su unidad en cuatro niveles: la comunidad o aldea sin servicio sanitario y atendida por promotores o responsables populares de salud que realizan sus funciones de forma

voluntaria; el dispensario o puesto de salud atendido por personal sanitario paramédico que da servicio a territorios que aglutinan entre 500 y 2,000 personas (con enormes variaciones entre continentes, países y zonas rurales y urbanas), el centro de salud (para 2,000 a 10,000 habitantes) con personal médico y/o de enfermería y los pequeños hospitales rurales o comarcales sin especialidad o con alguna de las especialidades básicas (medicina, pediatría, cirugía y ginecología) (Estébanez, 2005).

Producto Interno Bruto (PIB). Es el valor total de todos los bienes y servicios finales producidos para el mercado durante un periodo dado, dentro de las fronteras de la nación (Hall y Lieberman, 2006).

Psicometría. Rama de la psicología que intenta traducir a términos numéricos y cuantitativos los aspectos de la actividad psíquica o de la personalidad, normal o patológica, que de otra manera permanecerían como objeto de una evaluación subjetiva y descriptiva (Galimberti, Valdés y de Quevedo, 2002).

Resiliencia. Del latín *resilio*. Significa volver atrás, rebotar, y se aplica en ingeniería a aquellos cuerpos capaces de recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora. El término fue adaptado a las ciencias sociales para designar a los muchachos que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo (pobreza, padres abusadores de drogas o familias disfuncionales, por ejemplo), mostraron trayectos saludables en su vida (Canal, 2003).

Restricciones en la Participación. Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales (OMS, 2001a).

Salubridad. Calidad de salubre. Sanidad, estado de la salud pública (Diccionario de la lengua española, 2005).

Salud mental. Bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última

instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación (OMS, 1975).

Segundo nivel de atención. Tiene como función completar la atención integral iniciada en los niveles precedentes, agregando un grado mayor de especialización tanto a nivel de recursos humanos como tecnológicos. Corresponde a los hospitales provinciales (en Latinoamérica) o regionales (en África subsahariana) que cuentan con diversas especializaciones médicas y quirúrgicas y un determinado número de servicios diagnósticos que superan y complementan los básicos (laboratorios, radiografías y ecografías) existentes en el primer nivel (Estébanez, 2005).

Seguro Popular de Salud. Esquema de aseguramiento perteneciente al Sistema de Protección Social en Salud de carácter público y voluntario, que brinda protección financiera en materia de salud a las familias que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2007).

Seguridad social. Instituciones públicas de salud y prestaciones sociales que cubren a los trabajadores del sector formal de la economía (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2007).

Signo. Manifestación objetiva de un estado patológico. Los signos son observados por el clínico más que descritos por el individuo afectado (American Psychiatric Association, 2002).

Síndrome. Agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente concurrencia, que puede sugerir una patología, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes (American Psychiatric Association, 2002).

Síntoma. Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afectado más que observados por el examinador (American Psychiatric Association, 2002).

Síntomas negativos. Es el conjunto de síntomas en esquizofrenia que describen la ausencia de función normal. Los síntomas incluyen alogia, aplanamiento afectivo, anhedonia/asocialidad, apariencia deprimida, falta de voluntad/apatía, retardo psicomotor y deficiencia en la atención. Los síntomas negativos tienden a ser persistentes y responden poco al tratamiento neuroléptico. Están asociados a pobre funcionamiento y a evidencia tomográfica computarizada de atrofia cerebral. Generalmente predicen un pobre pronóstico. Se ha hipotetizado que no responden a tratamiento neuroléptico porque son manifestaciones de cambios estructurales irreversibles en el sistema nervioso central. Los síntomas negativos frecuentemente coexisten con los síntomas positivos. Los síntomas negativos de variable severidad y duración están presentes en gran parte de todos los pacientes con esquizofrenia pero no son exclusivos de este trastorno. Aunque la presentación clínica puede ser similar, los signos y los síntomas pueden variar en etiología, curso y respuesta al tratamiento entre pacientes, dependiendo de la etapa de la enfermedad y otros factores. Un extenso cuerpo de evidencias apoyan la hipótesis de que los síntomas negativos (e.g., pobreza en el discurso y afecto aplanado) se asocian a sustanciales anormalidades cerebrales (e.g., ventrículos agrandados y gran deterioro cognitivo). En la esquizofrenia puede ser difícil distinguir los síntomas negativos de los síntomas depresivos y de los efectos de los medicamentos, particularmente la bradiquinesia. Los síntomas negativos como una manifestación de los efectos del medicamento o secundarios al fenómeno psicótico tienen mayor probabilidad de confundir la evaluación durante los episodios psicóticos agudos. Algunos (afecto aplanado y retirada emocional), pero no todos (pensamiento estereotipado y retirada social pasiva-apática) los síntomas negativos pueden ser efectos colaterales de los neurolépticos. Esto puede explicarse particularmente debido a que los síntomas negativos que ocurren en la esquizofrenia aguda pueden diferir de las características persistentes de la esquizofrenia crónica en términos de su correlación con otras variables clínicas y valor pronóstico. Los síntomas característicos de la

esquizofrenia negativa (afecto aplanado, pobreza en el discurso, reducción motora y déficits cognitivos) son también distintivos de la enfermedad de Parkinson. El pensamiento actual postula que los síntomas negativos son manifestaciones de hipofunción de la dopamina regional de las proyecciones dopaminérgicas mesofrontales, las cuales ocurren frecuentemente tanto en depresión como en esquizofrenia (Ayd, 1995).

Síntomas positivos. Síntomas de la esquizofrenia floridos y productivos que predominan en la etapa aguda y pueden significar una excesiva transmisión de dopamina en el cerebro. Los prototipos incluyen agitación, delirios, alucinaciones, trastorno en la forma del pensamiento manifestado en incoherencia, descarrilamiento, tangencialidad, falta de lógica, desorganización conceptual, suspicacia, contenido del pensamiento inusual y conducta desorganizada o bizarra. El efecto clínico más importante de los principales medicamentos antipsicóticos es su habilidad para eliminar o disminuir significativamente los síntomas positivos los cuales correlacionan con su habilidad para bloquear los receptores de dopamina D_2 (Ayd, 1995).

Sistema multiaxial. Es un sistema que implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar a clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial DSM-IV se incluyen cinco ejes:

Eje I: trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Eje II: trastornos de la personalidad y retraso mental

Eje III: Enfermedades médicas

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

Eje V: Evaluación de la actividad global

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y

ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta. Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico. Además, el sistema multiaxial promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación (American Psychiatric Association, 2002).

Técnica Delphi. Es un proceso que permite obtener de forma sistemática la opinión de un grupo de expertos que deben responder de manera anónima a una serie de consultas con información de retorno. A medida que se suceden las consultas va formándose una opinión colectiva aunque el grupo no se haya reunido formalmente. Históricamente, esta técnica fue creada por la Corporación Rand para permitir el pronóstico de acontecimientos militares por expertos geográficamente dispersos. Debido a su aplicación confidencial se la mantuvo en reserva hasta la década de 1960. Las grandes empresas no tardaron en adaptar la técnica al pronóstico de cambio en su propia tecnología (Cuenca de Herrera, 1998).

Tercer nivel de atención. Es el nivel de mayor especialización y complejidad en cuanto a recursos humanos y diagnósticos, debiendo estar en condiciones de proporcionar toda clase de técnicas en salud y de tratamientos médicos, aun los más especializados. Debe ser al mismo tiempo un centro de excelencia de formación e investigación. Dependiendo del país, existe un centro de referencia para todo el estado o un centro de referencia a nivel regional (Estébanez, 2005).

Trastorno. Se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo (OMS, 1992).

Trastorno mental. Síndrome o patrón conductual o psicológico clínicamente significativo con sufrimiento presente (un síntoma doloroso) o discapacidad (deficiencia

en una o más áreas importantes de funcionamiento), o un riesgo aumentado significativamente de verse afectado por muerte, dolor, discapacidad, o pérdida de la libertad. No debe ser meramente una respuesta esperada a un evento en particular (p. ej., muerte de un ser amado). Cualquiera que sea su causa original, debe considerarse como una manifestación de disfunción conductual, psicológica o biológica en la persona. Ni la conducta desviada (p.ej., política, religiosa o sexual) ni los conflictos que se ubican entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a menos que la conducta desviada o el conflicto sea síntoma de una disfunción en la persona, como se describe líneas arriba (Ayd, 1995).

APÉNDICE B

VIÑETAS UTILIZADAS EN LA SEGUNDA FASE DEL PRIMER ESTUDIO

Viñeta No. 6. Depresión mayor

Sara es una mujer de 29 años que vive en Bangkok y trabaja en un banco. Trabaja mucho, a veces hasta 80 horas a la semana. Es un trabajo muy estresante pero a ella le gusta, muchos de sus amigos trabajan allí. Tiene muchos amigos y una vida social muy dinámica. Le encanta ir a conciertos, exposiciones de arte y exhibiciones deportivas. Es muy activa y no tiene mucho tiempo para relajarse. Vive sola, pero ve a su novio siempre que puede. Su madre y hermana también viven en Bangkok y su padre falleció hace seis meses.

Desde la muerte de su padre, Sara ha estado deprimida. El trabajo ha sido muy estresante y no puede concentrarse en nada. Se siente continuamente cansada y tiene dificultades para dormir por las noches. Ha perdido completamente el interés en sus hobbies y está demasiado cansada incluso para hablar con la gente. Está muy decaída. En el trabajo no rinde adecuadamente y su jefe cree que tiene un gran problema. Será despedida si no consigue realizar bien su trabajo. Los colegas también piensan que está actuando de una manera extraña y empiezan a evitarla, está siendo desplazada por algunos de sus amigos.

Sara está teniendo dificultades para cuidar de sí misma. No tiene apetito ni interés por la comida y está perdiendo peso. No puede realizar ninguna tarea ni trabajo doméstico. Siente que no vale nada, ha perdido la esperanza y tiene baja auto estima. Su novio y su familia cuidan de ella y son conscientes de que necesita ayuda.

Viñeta No. 10. Esquizofrenia paranoide

Amon es un hombre de 30 años que vive en una ciudad de Kenia. Vive solo en un apartamento y no tiene hijos. No mantiene ningún contacto ni con sus hermanos, porque fue adoptado por una familia cuando era niño. Ha estado trabajando como vendedor, pero en la actualidad está desempleado.

Amon, de vez en cuando oye voces y ve cosas que no son reales. Las voces se ríen de él y le dicen que es un fracasado. Estas voces no le dejan en paz. Él contesta a las voces y se enfada mucho con ellas. Cuando anda por la calle, habla con alguien que no existe, resultando muy extraño para las demás personas lo que hace que la gente le rechace.

A causa de estos problemas, Amon no tienen amigos. No tiene ningún contacto con su familia natural ni con la adoptiva, y no tiene interés en hacer nuevos amigos. Tiene muy pocos hobbies y muy pocas actividades le complacen. Nunca ha salido con chicas ni ha tenido novia.

Algunas veces, Amon se vuelve desconfiado. Piensa que alguien le persigue y quiere matarle. Desconfía de la gente y no puede tener una relación con nadie. Permanece solo en su apartamento y se niega a salir. No paga las facturas y el casero le ha pedido que deje el apartamento. No se preocupa por las tareas domésticas, ni por su higiene personal o apariencia. No se puede concentrar en ningún trabajo y está en paro. Tiene algunos ahorros pero no es capaz de utilizarlos adecuadamente.

Viñeta No. 14. Trastorno de ansiedad generalizada

Ana es una mujer de 60 años que vive en las afueras de Lisboa, Portugal. Vive con su marido y tiene dos hijos y dos nietos. Trabaja como dependienta en una tienda y su marido trabaja en un restaurante. Sus hijos viven cerca y se ven varias veces al mes. A ella le gusta quedar con sus amigos y con frecuencia invita a alguno de ellos a tomar café.

Desde hace algún tiempo, se ha sentido ansiosa y preocupada. Tiene dificultades para dormir por las noches y está cansada durante el día. Se encuentra agitada y no es capaz de concentrarse en lo que hace. Está nerviosa, se irrita fácilmente y empieza a temblar sin motivo aparente. Ha ido a ver al médico y le ha recetado pastillas para dormir y tranquilizantes. Con las pastillas se encuentra mucho mejor, pero después de tres meses tomándolas, depende de ellas.

Tiene náuseas y se marear. Esto afecta su movilidad y ya se ha caído varias veces. Cuando camina, siente como si la habitación se moviera. Los servicios sociales le proporcionan un vehículo cuando tiene que salir.

Las pastillas hacen que se sienta muy cansada y un poco temblorosa. Tiene problemas para escribir y no lee a causa de los mareos. Se siente cansada y raramente sale para ver a sus amigos. Pasa el día en casa y la mayor parte del tiempo está en la cama. Su marido se ocupa de las tareas domésticas y de cuidarla, y no dispone de tiempo libre ya que trabaja a jornada completa. El matrimonio empieza a estar tenso y ya no tienen relaciones íntimas.

Tiene dificultades para resolver los problemas diarios, y para tomar decisiones. Ella cree que todo lo hace mal y tiene muy baja auto estima. Ya no participa en las actividades religiosas, ni en otros hobbies. Todavía se ocupa de bañarse y vestirse. Las pastillas le han producido sobrepeso.

Viñeta No. 19. Depresión pos parto

Rita tiene 40 años y vive en Estonia. Vive con su marido y sus tres hijos en una casa pequeña. Es peluquera pero en la actualidad está de baja por maternidad. Su bebé nació hace dos meses y Rita se ocupa de sus tres hijos.

Rita se encontró bien durante las tres semanas posteriores al parto, pero luego empezó a tener problemas de concentración. También se encuentra constantemente cansada y no tiene energía. Está deprimida y se siente inútil y triste.

Intenta hacerse cargo de sus hijos, pero no es capaz de hacerlo sin ayuda. Su marido no puede quedarse en casa, pero su madre acude todos los días para cuidar de ella y de sus hijos. Tiene dificultades para adaptarse a la rutina diaria y no le apetece hacer nada.

No tiene ningún contacto con sus colegas y tampoco hace ningún esfuerzo para tenerlo. No se relaciona socialmente y pasa la mayor parte del tiempo en casa aburrida. También ha perdido sus intereses anteriores como cenar con sus amigos, la jardinería o la cerámica. Ya no le interesa nada.

Tampoco se ocupa de sí misma. Como no disfruta comiendo no lo hace, a no ser que alguien la obligue. Ha perdido 4 kilos en el último mes. Se baña y se viste sola, pero tarda mucho tiempo en hacerlo.

Viñeta No. 22. Trastorno psicótico breve

María es una mujer de 40 años que vive en una pequeña comunidad a las afueras de México capital. Está casada y no tiene hijos. Vive en un apartamento cerca de la ciudad y sus padres viven en una residencia cercana. No tiene hermanos y solía trabajar como secretaria.

Tuvo una enfermedad mental durante una temporada, estaba psicótica y actuaba de manera extraña con sus amigos y en el trabajo. Perdió su trabajo antes de empezar el tratamiento, pero una vez realizado se encuentra bien. En la actualidad no tiene ninguna enfermedad física o psicológica.

Debido a la enfermedad perdió a todos sus amigos. Generalmente pasa el tiempo sola y cuando conoce a alguien se da cuenta de que le rechazan. Su marido cuida muy bien de ella. Sus padres son mayores y están enfermos, por lo que no pueden ayudarle. María pasa mucho tiempo con ellos en la residencia.

Actualmente, María encuentra trabajos temporales a media jornada pero le resulta muy difícil encontrar un trabajo fijo. Todos saben que tuvo una enfermedad mental y nadie quiere hacerle un contrato fijo. Su situación económica no es buena, pero puede arreglárselas con el sueldo de su marido.

María solía cantar en el coro local de la comunidad, pero después de la enfermedad ya no es bienvenida. Los demás piensan que es una persona extraña y no quieren que esté cerca. Continúa asistiendo a la iglesia donde sí es aceptada y se le permite ayudar a los demás en diferentes tareas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarún Ramé, J.L. (2002). La salud pública como ciencia política. En J.L. Aarún Ramé y R. Montes Barreto (comps). *Puebla hacia la calidad en salud* (pp. 13-25). Gobierno del Estado de Puebla.
- Abbey, A. y Andrews, F. (1985). Modeling the psychological determinants of life quality. *Social Indicators Research*, 16, 1-34.
- Abreu, L.F., Infante, C., Gorenc, K. D.G. y Caso, A. (2000). Problemas y dilemas en la definición de calidad de vida. En M. Daltabuit, J. Mejía y R.L. Álvarez (Coords), *Calidad de Vida, Salud y Ambiente* (pp. 17-31). Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias del Instituto de Investigaciones Antropológicas UNAM-Instituto Nacional Indigenista.
- Acuña, J., Rojas, G., Fritsch, R. y Araya, R. (2000). Síntomas psiquiátricos y discapacidad en el Gran Santiago. *Revista de Psiquiatría*, 17 (4), 217-224.
- Adrianzen, C., Mazzotti, G. y Cárdenas, E. (1997). Costos y calidad de vida en esquizofrenia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 60 (supl. 1), S81-S93.
- Aguilar, E., Degrott, G., Hernández, R.P. y Maza, L. (2005). Psiquiatría de la pobreza I. Rasgos generales de pacientes atendidos por una institución pública en Chiapas. *Psiquis*, 14 (1), 2-12.
- Albus, M. y Scheibe, G. (1993). Outcome of panic disorder with or without concomitant depression: a 2-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 150 (12), 1878-1880.
- Alvarez Maya, M.E. y Martínez Herrera, H. (2001). *El desafío de la pobreza*. Fundación Social Confederación Colombiana de ONG-CCONG. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.

- American Psychiatric Association (1983). *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Tercera edición.* Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1988). *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Tercera edición, revisada.* Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Breviario. Criterios diagnósticos.* Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición, texto revisado.* Barcelona: Masson.
- American Psychological Association (2002). *Manual de estilo de publicaciones. Segunda Edición. Traducida de la Quinta Edición en Inglés.* México: Editorial el Manual Moderno.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Tests psicológicos. Séptima edición.* México: Prentice-Hall.
- Andreasen, N.C. (2003). *Un cerebro feliz. La conquista de la enfermedad mental en la era del genoma.* Barcelona: Ars Medica.
- Andrews, G., Hall, W. y Goldstein, G., Lapsley, H., Bartels, R. y Silove, D. (1985). The economic costs of schizophrenia. Implications for public policy. *Archives of General Psychiatry*, 42 (6), 537-543.
- Andrews, G., Sanderson, K., Beard, J. (1998). Burden of disease. Methods of calculating disability from mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, 123-131.
- Andrews, G., Slade, T. E Issakidis, C. (2002). Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *British Journal of Psychiatry*, 181, 306-314.
- Anton, S. y Mandic, N. (1997). Socijalna fobija. *Lijecnicki Vjesnik*, 119 (10), 275-278 (De Medline. Resumen No. 98192913).
- Anthony, M.M., Roth, D., Swinson, R.P., Huta, V. y Devins, G.M. (1998). Illness intrusiveness in individuals with panic disorder, obsessive-compulsive disorder, or social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 311-315.
- Anxiety concerning future cardiac problems not a physical disability. Glassman v. ex-electronics incorporated long-term disability plan, C.A. No. 00-7937, (2nd Cir. Feb. 16, 2001) (2001, abril). *ERISA Litigation alert*, 6 (12), 1-12.

- Arnstein, P., Caudill, M., Mandl, C.L., Norris, A., Beasley, R. (1999). Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain, 80*, 483-491.
- Ayd, F.J.Jr. (1995). *Lexicon of psychiatry, neurology, and the neurosciences*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Aydin, I.O. y Ulusahin, A. (2001). Depresión, anxiety comorbidity, and disability in tuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease patients: applicability of GHQ-12. *General Hospital Psychiatry, 23*, 77-83.
- Ayuso-Gutiérrez, J.L. y del Río Vega, J.M. (1997). Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Research, 28*, 199-206.
- Bados, A. (2001a). Epidemiología de la agorafobia. *Postgrado en Psicopatología Clínica*. Universidad de Barcelona.
- Bados, A. (2001b). Epidemiología de la fobia social. *Postgrado en Psicopatología Clínica*. Universidad de Barcelona.
- Bakker, A., Van Dyck, R., Spinhoven, P. y Van Balkom, A.J. (1999). Paroxetine, clomipramine and cognitive therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*, 831-838.
- Barreto, P. y Bayés, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. *Revista Anales de Psicología, 6* (2), 169-180.
- Baum, C. y Edwards, D.F. (1993). Cognitive performance in senile dementia of the Alzheimer's type: the kitchen task assessment. *American Journal of Occupational Therapy, 47*, 431-436.
- Beck, C. (1988). Measurement of dressing performance in persons with dementia. *American Journal of Alzheimer Care Related Disorder Research, 3*, 21-25.
- Bedford Productions LTD in association with Oxford Clinical Communications (Writers and Producers) (1992). *Schizophrenia* [Documental]. London: Janssen Pharmaceutica.
- Bigelow, D.A., McFarland, F.B. y Olson, M.M. (1991). Quality of life community mental health program clients: validating a measure. *Community Mental Health Journal, 27*, 43-55.
- Blashfield, R., Noyes, R. y Reich, J. (1994). Personality disorder traits in generalized anxiety and panic disorder patients. *Comprehensive Psychiatry, 35*, 329-334.

- Blazer, D.G., Hughes, D., George, L.K., Swartz, M. y Boyer, R. (1991). Generalized anxiety disorder. In Robins, L.N. y Regier, D.A. (Eds.). *Psychiatric disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study* (pp. 180-203). New York: Free Press.
- Bobes, J. (1998). How is recovery from social anxiety disorder defined? *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, suppl. 17, 12-19.
- Boletín Honorable Congreso del Estado de Puebla (2006, 8 de mayo). *Propone Diputado la creación de Instituto Poblano de Salud Mental*. Recuperado el 4 de octubre de 2008, de <http://www.congresopuebla.gob.mx/web/legislatura56/imprimirboletin.php?boletin=Com.1594>
- Boltvinik, J. (2001). Métodos de medición de la pobreza. Conceptos y tipología. En L.R. Gallardo Gómez, J. Osorio Goicochea y M. Gendreau (Coords.), *Los rostros de la pobreza. El debate. Tomo III* (pp. 17-116). México: SEUIA-ITESO/Limusa Noriega Editores.
- Bonicatto, S., Zaratiegui, R., Lorenzo, L. y Pesina, P. (2000). Evaluación de calidad de vida en pacientes con depresión mayor: predictibilidad de los niveles de severidad. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 46 (4), 318-324.
- Bowen, L., Wallace, C.J., Glyn, S.M., Nuechterlein, K.H., Lutzker, J.R. y Kuehnel, T.G. (1994). Schizophrenic individual's cognitive functioning and performance in interpersonal interactions and skills training procedure. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 289-301.
- Brandling-Bennett, D. (1999). Las inequidades en materia de salud mental: Un desafío cada vez mayor. *Revista de Psiquiatría*, 16 (4), 191-195.
- Broadhead, W.E., Blazer, D.G., George, L.K. y Tse, C.K. (1990). Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*, 264 (19), 2524-2528.
- Brockow, T.T., Wohlfahrt, K., Hillert, A., Geyh, S., Weigl, M., Franke, T., Resch, K.L. y Cieza, A. (2004). Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on depressive disorders using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference. *Journal of Rehabilitation Medicine, Suppl. 44*, 49-55.
- Bronfman, M., Guiscafne, H., Castro, V., Castro, R. y Gutiérrez G. (1988). II. La medición de la desigualdad: una estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra. *Archivos de Investigación Médica*, 19, 351-360.
- Brunello, N., Davidson, J.R.T., Deahl, M., Kessler, R.C., Mendlewicz, J., Racagni, G., Shalev, A.Y. y Zohar, J. (2001). Posttraumatic stress disorder: diagnosis and epidemiology,

- comorbidity and social consequences, biology and treatment. *Neuropsychobiology*, 43, 150-162.
- Brunello, N., den Boer, J.A., Judd, L.L., Kasper, S., Kelsey, J.E., Lader, M., Lecrubier, Y., Lepine, J.P., Lydiard, R.B., Mendlewicz, J., Montgomery, S.A., Racagni, G., Stein, M.B. y Wittchen, H.U. (2000). Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 60, 61-74.
- Calderón Narváez, G. (1984). *Salud mental comunitaria: Un nuevo enfoque de la psiquiatría. Segunda edición*. México: Editorial Trillas.
- Calero, J.R. y Gil de Miguel, A. (2005). *Diccionario de epidemiología, salud pública y comunitaria*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Calvocoressi, L., McDougle, C.I., Wasyluk, S., Goodman, W.K., Trufan, S.J. y Price, L.H. (1993). Inpatient treatment of patients with severe obsessive-compulsive disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 1150-1154.
- Campbell, A., Converse, P.E. y Rodgers, W.L. (1976). *The quality of american life*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Campos, J. (1996). *¿Qué hacemos con los pobres? La reiterada querrela por la nación*. México: Nuevo Siglo-Aguilar.
- Canal, M.J. (2003). *Adicciones: Cómo prevenirlas en niños y jóvenes*. Bogotá: Norma.
- Carrillo, A.M. (2001). Los médicos y la “degeneración de la raza indígena”. *Ciencias*, 60-61, 64-70.
- Carter, M. y Flesher, S. (1995). The neurosociology of schizophrenia: vulnerability and functional disability. *Psychiatry*, 58, 209-224.
- CAS (Classification, Assessment, Surveys and Terminology Team, World Health Organization) (2002a, 14-19 de Octubre). The ICF Checklist: Development and Application. *Meeting of Heads of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*. WHO/HFS/CAS/C/02.95. Brisbane, Queensland, Australia.
- CAS (Classification, Assessment, Surveys and Terminology Team, World Health Organization) (2002b, 14-19 de Octubre). The WHO Disability Assessment Schedule (WHO-DAS II) and its relation with ICF. *Meeting of Heads of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*. WHO/HFS/CAS/C/02.96. Brisbane, Queensland, Australia.

- Caspi, Y., Poole, C., Mollica, R.F. y Frankel, M. (1998). Relationship of child loss to psychiatric and functional impairment in resettled Cambodian refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 484-491.
- Centers for Disease Control (s.f.). *Calidad de vida relacionada con la salud*. Recuperado el 4 de junio de 2003, de <http://www.cdc.gov/spanish/hrqol/>
- Centro de Estudios de Administración Estatal y Municipal (1995). *Guía técnica 15. La asistencia social municipal*. México: Instituto Nacional de Administración Pública (INAP).
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2007). *Catálogo universal de servicios de salud 2007*. México: Secretaría de Salud.
- Chopra, P., Couper, J. y Herrman, H. (2002). The assessment of disability in patients with psychotic disorders: an application of the ICIDH-2. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36 (1), 127-132 (De *Academic Search Premiere*. Resumen No. 5873817).
- Cieza, A., Brockow, T., Ewert, T., Amman, E., Kollerits, B., Chatterji, S., Üstün, T.B. y Stucki, G. (2002). Linking health-status measurement to the international classification of functioning, disability and health. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34, 205-210.
- Cieza, A., Chatterji, S., Andersen, C., Cantista, P., Herceg, M., Melvin, J., Stucki, G. y de Bie, R. (2004a). ICF core sets for depression. *Journal of Rehabilitation Medicine, suppl. 44*, 128-134.
- Cieza, A., Ewert, T., Üstün, B., Chatterji, S., Kostanjsek, N. y Stucki, G. (2004b). Development of ICF core sets for patients with chronic conditions. *Journal of Rehabilitation Medicine, Suppl. 44*, 9-11.
- Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Üstün, B.T. y Stucki, G. (2006). Identification of candidate categories of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for a generic ICF Core Set based on regression modeling. *BMC Medical Research Methodology*, 6, 36-51.
- Cleghorn, J.M., Franco, S., Szechtman, B., Kaplan, R.D., Szechtman, H., Brown, G.M., Nahmias, C. y Garnett, E.S. (1992). Toward a brain map of auditory hallucinations. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1062-1069.
- Clementz, B.A. y Sweeney, J.A. (1990). Is eye movement dysfunction a biological marker for schizophrenia? A methodological review. *Psychological Bulletin*, 108, 77-92.

- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (2008). *Medicamentos genéricos intercambiables*. Recuperado el 23 de noviembre de 2008, de http://www.cofepris.gob.mx/pyp/gi/gi_faq.htm
- Comité Técnico para la Medición de la Pobreza (2002). *Medición de la pobreza*. Serie Documentos de investigación 1. México: Secretaría de Desarrollo Social.
- Congreso Constitucional del Estado Libre y Soberano de Puebla (2005). *Ley estatal de salud*. Gobierno del Estado de Puebla.
- Connor, K.M., Davidson, J.R., Sutherland, S. y Weisler, R. (1999). Social phobia: Issues in assessment and management. *Epilepsia*, 40, suppl. 6, s60-s65.
- CONSAME (2007). *¿Qué es el Modelo Miguel Hidalgo?* Recuperado el 4 de octubre de 2008, de http://www.consame.salud.go.mx/contenidos/modelo_hidalgo/modelo_hidalgo.html
- CONSAME (2007). *Modelo Miguel Hidalgo. Programas específicos en los hospitales psiquiátricos*. Recuperado el 4 de octubre de 2008, de http://www.consame.salud.gob.mx/contenidos/modelo_hidalgo/programas_especificos.html
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (2001). Prólogos y notas del licenciado Mario Escalona Hernández. México: Editorial Lukambanda.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 668-678.
- Cowley, P. y Wyatt, J. (1993). Schizophrenia and manic-depressive illness. En D. Janison, H. Mosley, A.S. Meashan y J. Bobadilla (Eds.). *Disease control priorities in developing countries*. New York: Oxford University Press.
- Crombez, G., Vlaeyen, J.W.S., Heuts, P.H.T.G. y Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80, 329-339.
- Cruz Fuentes, C.S., López Bello, L., Blas García, C., González Macías, L. y Chávez Balderas, R.A. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la symptom check list 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28, 72-81.
- Cruz Rivero, C., Luna Ruiz, G.A., Coello Levet, C.G., Stabridis Arana, O., Mexicano Melgar, C. y Morales Barrero, R. (2007a). *Políticas públicas sectoriales e intersectoriales para mejorar los niveles de salud: El financiamiento público, las políticas intersectoriales y la salud*. Nuevos documentos de

- trabajo. México: Departamento de Economía. Universidad Iberoamericana Ciudad de México.
- Cuenca Herrera, G. (1998). *La enseñanza de la comunicación y el periodismo en Venezuela*. Caracas: CDCH/UCV.
- Damatarca, C. y Stahl, S. (2003). Dolor y depresión: un puente entre el cuerpo y la mente. *Depression: Mind and Body*, 1, 7-13.
- Damatarca, C., Luna Ruiz, G.A., Coello Levet, C.G., Stabridis Arana, O., Mexicano Melgar, C. y Morales Barrero, R. (2007b). *Políticas públicas sectoriales e intersectoriales para mejorar los niveles de salud: Gasto privado y gasto de bolsillo por motivos de salud en México*. Nuevos documentos de trabajo. México: Departamento de Economía. Universidad Iberoamericana Ciudad de México.
- De Jong, A., Giel, R., Sloof, C.J. y Wiersma, D. (1985). Social disability and outcome in schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 147, 631-636.
- De Jong, A., Giel, R., Sloof, C.J. y Wiersma, D. (1986). Relationship between symptomatology and social disability. Empirical evidence from a follow-up study of schizophrenic patients. *Social Psychiatry*, 21, 200-205.
- de la Fuente, R., Medina-Mora, M.E. y Caraveo, J. (1997). *Salud mental en México*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría/Fondo de Cultura Económica.
- den Boer, J.A. (2000). Social anxiety disorder/social phobia: epidemiology, diagnosis, neurobiology, and treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (6), 405-415.
- Díaz-Guerrero, R. (1986). *El ecosistema sociocultural y la calidad de vida*. México: Trillas.
- Diccionario de la lengua española* (2005). Madrid: Espasa-Calpe, S.A.
- Diccionario terminológico de ciencias médicas* (1994). Décimo tercera edición. México: Salvat.
- Dickens, C., Jayson, M. Y Creed, F. (2002). Psychological correlates of Pain Behavior in patients with chronic low back pain. *Psychosomatics*, 43 (1), 42-48.
- Diener, E. (1997). Recent findings on subjective well-being. Recuperado el 4 de junio de 2003, de www.psych.uiuc.edu/ediner/hootopic/paper1.html
- Doody, G.A., Johnstone, E.C., Sanderson, T.L., Cunningham Owens, D.G. y Muir, W.J. (1998). 'Pfpopschizophrenie' revisited. Schizophrenia in people with mild learning disability. *British Journal of Psychiatry*, 173, 145-153.

- Druss, B.G., Rosenheck, R.A., Sledge, W.H. (2000). Health and disability costs of depressive illness in major U.S. corporation. *American Journal of Psychiatry*, 157 (8), 1274-1278.
- Durand, V.M. y Barlow, D.H. (2007). *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal. Cuarta Edición*. México: Thomson.
- Dwight, M.M., Kowdley, K.V., Russo, J.E., Ciechanowski, P.S., Larson, A.M., Katon, W.J. (2000). Depression, fatigue, and functional disability in patients with chronic hepatitis C. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 311-317.
- Eder, S. (Producer, writer and director) (2001). *Dark voices. Schizophrenia. Series Fires of the Mind* [Documental]. USA: Discovery Health Channel.
- Escandón Carrillo, R. (2000). ¿Qué es salud mental? Un panorama de la salud mental en México. En M. Castillo Nechar (Coord). *Salud mental, sociedad contemporánea* (pp. 17-25). Universidad Autónoma del Estado de México.
- Esquivel Ferriño, P., Gallegos Sánchez, T. y Jiménez Tototzintle, M. (2004). Comparación de los resultados de las pruebas de control de calidad en medicamentos: Innovadores, genéricos intercambiables y similares. *Revista Salud Pública y Nutrición. Edición especial No. 10*. Recuperado el 23 de noviembre de 2008, de <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-10-2004>
- Estébanez, P. (2005). *Medicina humanitaria*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Ewert, T., Fuessl, M., Cieza, A., Andersen, C., Chatterji, S., Kostanjsek, N. y Stucki, G. (2004). Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF Checklist. *Journal of Rehabilitation in Medicine. Suppl. 44*: 22-29.
- Fajardo Ortiz, G. (2007, mayo). La atención médica en la seguridad social en México, Estados Unidos y Canadá. En A. Grajales Porras (Moderador). *Seminario de historia y filosofía de la medicina*. Mesa de trabajo conducida durante el Simposium Internacional La Seguridad Social en la Actualidad, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades “Alfonso Vález Pliego”, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Farías Ocampo, A. (2008, 14 de julio). Enfrenta la entidad déficit de psiquiatras: Gayosso del Valle. *La Jornada de Oriente*, Puebla, Pue.
- Fava, M. (2002). Somatic symptoms, depression, and antidepressant treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 305-307.

- Feachem, R.G.A. (2000). Pobreza e inequidad: un enfoque necesario para el nuevo siglo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de Artículos*, 3, 1-2.
- Feinstein, A.R. (1985). *Clinical epidemiology. The architecture of clinical research*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Feinstein, A.R. (1987). *Clinimetrics*. New Haven: Yale University Press.
- Feinstein, A.R. (2002). *Principles of medical statistics*. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC.
- Felce, D. Y Perry, J. (1995). Quality of life: It's definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16, 1, 51-74.
- Fenton, W.S. y McGlashan, T.H. (1991a). Natural history of schizophrenia subtypes. I. Longitudinal study of paranoid, hebephrenic, and undifferentiated schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 48 (11), 969-977.
- Fenton, W.S. y McGlashan, T.H. (1991b). Natural history of schizophrenia subtypes. II. Positive and negative symptoms and long-term course. *Archives of General Psychiatry*, 48 (11), 978-986.
- Fernández Téllez, C. (2002). El sistema de salud poblano al final del siglo XX. En Aarún Ramé, J.L. y Montes Barreto, R. (comps.). *Puebla hacia la calidad en salud* (p.p. 53-69). Gobierno del Estado de Puebla.
- Ferrando, S., Evans, S., Goggin, K., Sewell, M., Fishman, B. Y Rabkin, J. (1998). Fatigue in HIV illness: Relationship to depression, physical limitations, and disability. *Psychosomatic Medicine*, 60, 759-764.
- Fitton, A. y Benfield, P. (1993). Clozapine: an appraisal of its pharmacoeconomic benefits in the treatment of schizophrenia. *PharmacoEconomics*, 4, 131-156.
- Fortune, D.G., Richards, H.L., Griffiths, C.E.M. y Main, C.J. (2002). Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: Consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 157-174.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Juneau, M., Talajic, M. y Bourassa, M.G. (1999). Gender, depression and one-year prognosis after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 61, 26-37.
- Frenk, J., (2003). *Mensaje del doctor Julio Frenk Mora, Secretario de Salud, en la ceremonia conmemorativa de los 60 años de la Secretaría de Salud y del Día del Médico 2003*. Recuperado el 10 de

noviembre de 2006, de

http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/discursos/2003-10-23-60-ANIVERSARIO-SALUD.htm

- Frenk, J., González-Block, M.A. y Lozano, R. (2000). Seis tesis equivocadas sobre las políticas de salud en el combate a la pobreza. En M. P. López y V. Salles (Comps.), *Familia, género y pobreza* (pp. 339-363). México: Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza (GIMTRAP).
- Frenk, J., Lozano, R. y González Block, M.A. (1994). *Economía y Salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México*. Informe final. México: Fundación Mexicana para la Salud.
- Fresán, A., Apiquián, R., Loyzaga, C., García-Anaya, M., Ulloa, R.E. y Nicolini, H. (2002). Recuperación funcional en el primer episodio psicótico. *Psiquiatría y Salud Integral*, 2 (2), 40-44.
- Fresán, A., Apiquián, R., Ulloa, R.E., Loyzaga, C., Nicolini, H. y Gómez, L. (2003). Funcionamiento premórbido por género y su relación con la DPNT en el primer episodio psicótico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31 (2), 53-58.
- Frith, C.D. (1995). The cognitive abnormalities underlying the symptomatology and the disability of patients with schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology*, 10, Suppl. 3, 87-98.
- Frith, C.D., Leary, J., Cahill, C. y Johnstone, E.C. (1991). Disabilities and circumstances of schizophrenic patients: A follow-up study. IV. Performance on psychological tests: Demographic and clinical correlates of the results of these tests. *British Journal of Psychiatry*, 159 (suppl. 13), 26-29.
- Galimberti, U., Valdés, R. y de Quevedo, M.E.G. (2002). *Diccionario de psicología*. México: Siglo 21 editores.
- Ganev, K. (2000). Long-term trends of symptoms and disability in schizophrenia and related disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 389-395.
- García-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., Bousoño, M. y Bobes, J. (2006). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Cuarta edición*. México: Ars Medica.
- Gelder, M., Gath, D. y Mayou, R. (1989). *Oxford textbook of psychiatry. Second edition*. Oxford: Oxford University Press.

- George, L. y Bearon, L. (1980). *Quality of life in older persons: Meaning and measurements*. New York: Human Sciences Press.
- Goldberg, D. (1999). The management of anxious depression in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (suppl. 7), 39-42.
- Goldberg, D. (2000). Plato versus Aristotle: Categorical and dimensional models for common mental disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (2), Suppl. 1, 8-13.
- Gómez Dantés, O. y Ortiz, M. (2005). Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas. *Salud Pública de México*, 47 (1), 78-90.
- González Ruelas, E. (2000). *Depresión: La enfermedad del siglo*. CD-ROM. México: Glaxo Wellcome.
- Grau-Abalo, J., Lence-Anta, J., Jiménez-Chaviano, P.J., Chacón-Roger, M., Romero-Pérez, T. y Abascal-Ruiz, M.E. (1996). Calidad de vida y calidad de muerte: la atención psicológica al paciente oncológico en el marco de los cuidados paliativos. Premisas de un proyecto cubano. *Psicología y Salud*, 111-125.
- Groenland, E. (1990). Structural elements of material well-being: an empirical test among people on social security. *Social Indicators Research*, 22, 367-384.
- Gupta, M.A., Schork, N.J., Gupta, A.K., Kirby, S. y Ellis, C.N. (1993). Suicidal ideation in psoriasis. *International Journal of Dermatology*, 32, 188-190.
- Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G.E. y Gater, R. (1998). Persistent pain and well-being. A World Health Organization Study in primary care. *JAMA*, 8 (2), 147-151.
- Gurland, B.J., Cross, P., Chen, J., Wilder, D.E., Pine, Z.M., Lantigua, R.A. y Fulmer, T. (1994). A new performance test of adaptive cognitive functioning: the medication management (MM) test. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 875-885.
- Gutiérrez Maldonado, J. (2001). Clínica de la esquizofrenia. *Curso de Terapia Cognitiva Conductual*. Universidad de Barcelona.
- Guyatt, G.H., Bombardier, C. y Tugwell, P.X. (1986). Measuring disease-specific quality of life in clinical-trials. *Canadian Medical Association Journal*, 134, 889-895.
- Haglund, L. y Henriksson, C. (2003). Concepts in occupational therapy in relation to the ICF. *Occupational Therapy International*, 10, 253-268.
- Hall, R.E. y Lieberman, M. (2006). *Macroeconomía: Principios y aplicaciones*. Tercera edición. México: Thomson.

- Hambrecht, M, Maurer, K. y Häfner, H. (1992). Gender differences in schizophrenia in three cultures. Results of the WHO collaborative study on psychiatric disability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 117-121.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medicine and Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hampson, R.M., Malloy, M.P., Mors, O., Ewald, H., Flannery, A.V., Morten, J., Porteous, D.J., Muir, W.J. y Blackwood, D.H.R. (1999). Mapping studies on a pericentric inversion (18)(p11.31q21.1) in a family with both schizophrenia and learning disability. *Psychiatric Genetics*, 9, 161-163.
- Hansen, M.S., Fink, P., Frydenberg, M. y Oxhøj, M.L. (2002). Use of health services, mental illness, and self rated disability and health in medical patients. *Psychosomatic Medicine*, 64, 668-675.
- Hayashi, S., Ochi, M. y Komine, K. (1986). Estudio psiquiátrico sobre cambio social y familias con miembro esquizofrénico de las viviendas públicas de Tokio Metropolitano: reporte preliminar. *Anales de Salud Mental*. 1 (1-2), 59-66.
- Heady, B. y Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 731-739.
- Heinrichs, D.W., Hanlon, T.E. y Carpenter, W.T. (1984). The quality of life scales. An instrument for rating the schizophrenic defect syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 388-398.
- Hernanova, H.M. (1985). Need for a data base on consequences of a disease. *International Rehabilitation Medicine*, 7, 61-63.
- Hickie, I., Davenport, T., Issakidis, C. y Andrews, G. (2002). Neurasthenia: prevalence, disability and health care characteristics in the Australian community. *British Journal of Psychiatry*, 181, 56-61.
- Holi, M. (2003). *Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90*. Academic dissertation. University of Helsinki, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry. Recuperado el 2 de mayo de 2006, de <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/holi/>

- Hohmann, A. (1999). A contextual model for clinical mental health effectiveness research. *Mental Health Services Research, 1*, 83-91.
- Ibáñez Brambila, B. (1995). *Manual para la elaboración de tesis. Segunda Edición*. Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP). México: Trillas.
- IMSS (2007, diciembre 12). *Las enfermedades psiquiátricas no limitan la vida productiva: IMSS. Comunicado*. Coordinación de Comunicación Social, 472.
- INEGI (2002). *Perfil sociodemográfico de Puebla: XII Censo general de población y vivienda, 2000*. México: INEGI.
- Infante, C., Abreu, L.F., Reyes, I. y Gorenc, K.D. (2000). Paradigmas de la relación entre la calidad de vida y la salud. En M. Daltabuit, J. Mejía y R.L. Álvarez (Coords.), *Calidad de Vida, Salud y Ambiente* (pp. 149-178). Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias del Instituto de Investigaciones Antropológicas UNAM-Instituto Nacional Indigenista.
- Isometsä, E.T., Katila, H. y Aro, T. (2000). Disability pension for major depression in Finland. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1869-1872.
- Iwanami, A., Yamashina, M., Kazamatsuri, H. y Kamijima, K. (1999). P300 and disability of daily life in schizophrenia. *Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry, 23*, 423-430.
- Jarne, A. (2001). Epidemiología y factores asociados de la esquizofrenia. *Postgrado en Psicopatología Clínica*. Universidad de Barcelona.
- Jette, A.M. (1997). Disablement outcomes in geriatric rehabilitation. *Medical Care, 35*, JS28-JS37.
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Zeller, P.J., Paulus, M., Leon, A.C., Maser, J.D., Endicott, J., Coryell, W., Kumovac, J.L., Mueller, T.I., Rice, J.P. y Keller, M.B. (2000). Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry, 57*, 375-380.
- Judd, L.L., Kessler, R.C., Paulus, M.P., Zeller, P.V., Wittchen, H.U. y Kunovac, J.L. (1998). Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety. *Acta Psychiatrica Scandinavica, suppl, 393*, 6-11.
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1996). *Pocket handbook of clinical psychiatry. Second edition*. Baltimore: Williams & Wilkins.

- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A. (1994). *Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences clinical psychiatry. Seventh edition*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Karlsson, H., Joukamaa, M. y Lehtinen, V. (2000). Differences between patients with identified and not identified psychiatric disorders in primary care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 354-358.
- Karno, M., Golding, J.M., Sorenson, S.B. y Burnam, M.A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Katzelnick, D.J., Kobak, K.A., DeLeire, T., Henk, H.J., Greist, J.H., Davidson, J.R.T., Schneier, F.R., Stein, M.B., Helstad, C.P. (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *American Journal of Psychiatry*, 158 (12), 1999-2007.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. y Opler, L.A. (1987). The positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C. y Eaves, L.J. (1992). The genetic epidemiology of phobia in women. The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281.
- Kerlinger, F.N. y Lee, H.B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales. Cuarta edición*. México: McGraw-Hill.
- Kessler, R.C., Du Pont, R.L., Berglund, P. y Wittchen, H.U. (1999). Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder vs. panic disorder: distinguishing characteristics and patterns of comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1915-1923.
- Kessler, R.C., Stein, M.B. y Berglund, P. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 155 (5), 613-619.
- Kessler, R.C., Zhao, S., Blazer, D.G. y Swartz, M. (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, 45, 19-30.
- Kilic, C., Noshirvani, H., Basoglu, M. y Marks, I. (1997). Agoraphobia and panic disorder: 3.5 years after alprazolam and/or exposure treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 175-178.
- King, K.B. (2001). Emotional and functional outcomes in women with coronary heart disease. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 15 (3), 54-70.

- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Ouellette, R., Jonson, J. y Greenwald, S. (1991). Panic attacks in the community: social morbidity and health care utilization. *JAMA*, 265, 742-746.
- Knaul, F.M., Arreola, H., Borja, C., Méndez, O. y Torres, A.C. (2003). El Sistema de Protección Social en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares. En: F.M. Knaul y G. Nigenda (Eds) *Caleidoscopio de la salud: de la investigación a las políticas y de las políticas a la acción* (pp. 275-291). México: Fundación Mexicana para la Salud.
- Knaul, F.M., Méndez, O., Murray, C.J.L., Arreola, H., Ortiz, J.P., Torres, A.C. y Frenk, J. (2001). *The Impact of Extending Universal Pre-Paid Coverage on the Fairness of Financial Finance and Catastrophic Health Expenditures in Mexico*. Documento del Instituto Nacional de Salud Pública.
- Knowles, A., Brnabic, A., Kruger Malpartida, H., Saavedra, M.A., Castillo Ruiz, J.J., Moreno, R., Morra, C. y Dueñas, H. (2004). Epidemiología del trastorno depresivo mayor en América Latina. Resultados demográficos basales de un estudio observacional a 1 año. Poster presentado en el *Congreso Internacional de Psiquiatría Biológica*, Feb. 9-13.
- Kolb, B. y Wishaw, I.Q. (1983). Performance of schizophrenic patients on tests sensitive to left or right frontal, temporal or parietal function in neurological patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 435-443.
- Korten, A., Henderson, S. (2000). The Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Common psychological symptoms and disablement. *British Journal of Psychiatry*, 177, 325-330.
- Kostanjsek, N. (2004). *International classification of functioning, disability and health (ICF). Overview of the ICF framework and its utility for disability statistics*. First workshop for improving disability statistics, UNESCAP. Bangkok.
- Kuriansky, J.B. y Garland, B. (1976). Performance test of activities of daily living. *International Journal of Aging and Human Development*, 7, 343-352.
- Kurtze, N., Gundersen, K.T. y Svebak, S. (1999). Quality of life, functional disability and lifestyle among subgroups of fibromyalgia patients: The significance of anxiety and depression. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 471-484.
- Kusznir, A., Cooke, R.G. y Young, L.T. (2000). The correlates of community functioning in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 61, 81-85.

- Lara-Muñoz, M.C. (2000). La clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad. En M.A. Cubillo-León, J. Guevara-Martínez y A. Pedroza-Meléndez (Eds.), *Discapacidad Humana, Presente y Futuro. El Reto de la Rehabilitación en México* (pp. 25-34). Tlaxcala: Gobierno del Estado de Tlaxcala/ Secretaría de Educación Pública del Estado/ Universidad del Valle de Tlaxcala.
- Lara-Muñoz, M.C. (2001). La calidad de vida del enfermo esquizofrénico. En H. Ortega-Soto y M. Valencia-Collazos (Eds.), *Esquizofrenia. Estado Actual y Perspectivas* (pp. 211-248). México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Lara-Muñoz, M.C. (2004). *Evaluación clínica en psiquiatría. Libro 3*. Programa de Actualización Continua (PAC) Psiquiatría-4. México: Intersistemas Editores-Pfizer Neurociencias.
- Lara-Muñoz, M.C., Espinosa de Santillana, I., Cárdenas, M.L., Fócil, M. y Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28, 42-50.
- Lara-Muñoz, M.C. y Feinstein, A.R. (1999). How should quality of life be measured? *Journal of Investigative Medicine*, 47 (1), 17-24.
- Lara Muñoz, M.C., Medina-Mora, M.E., Borges, G. y Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: Disability and work day lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 30 (5), 4-11.
- Lara-Muñoz, M.C. y Ortega-Soto, H. (1995). ¿La clinimetría o la psicometría? Medición en la práctica psiquiátrica. *Salud Mental*, 18 (4), 33-40.
- Larsen, R., Diener, E. y Emmons, R. (1985). An evaluation of subjective well-being measures. *Social Indicators Research*, 17, 1-18.
- Lecrubier, Y. (1997). Comorbidities in social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 12, suppl. 6, s17-s21.
- Lecrubier, Y. (1998). Comorbidity in social anxiety disorder: Impact on disease burden and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 159, suppl. 17, 33-38.
- Lecrubier, Y. (2001). The burden of depression and anxiety in general medicine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, Suppl. 8, 4-9.
- Lecrubier, Y. y Üstun, T.B. (1998). Panic and depression: A worldwide primary care perspective. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, suppl.14, s7-s11.

- Lee, J.T., Nielsen, K., Hirsh, J.D. y Michael, L.W. (1994). *Assessing the quality of life of patients with generalized anxiety disorder using the SF-36: a comparison with chronic physical conditions*. 7th European symposium of the Association of European Psychiatrists. Viena, Austria.
- Leelakulthanit, O. y Day, R.L. (1992). Quality of life in Thailand. *Social Indicators Research*, 27, 41-57.
- Leff, J.P., O'Driscoll, C., Dayson, D., Wills, W. y Anderson, J. (1990). The TAPS project 5: The Structure of social-network data obtained from long-stay patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 848-852.
- Lehman, A. (1983). The well-being of chronic mental patients. Assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry*, 40, 369-373.
- Lehman, A., A.F., Alexopoulos, G.S., Goldman, H., Jeste, D. y Üstun, B. (2004). Trastornos mentales e incapacidad ¿ha llegado el momento de reevaluar su relación? En Kupfer, D.J., First, M.B. y Regier, D.A. *Agenda de investigación para el DSM-V* (p.p. 199-216). Barcelona: Masson.
- Leon, A.C., Walkup, J.T., Portera, L. (2002). Assessment and treatment of depression in disability claimants: A cost-benefit simulation study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 3-9.
- Lépine, J.P. (2001). Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl.) (13), 4-10; discussion, 11-12.
- Lewis, O. (1961). *Antropología de la pobreza. Cinco familias*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lewis, O. (1963). *Los hijos de Sánchez. Autobiografía de una familia mexicana*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lieberman, J., Scott Stroup, T., McEvoy, J., Swartz, M.S., Rosenheck, R., Perkins, D.O., Keefe, R.S.E., Davis, S.M., Davis, C.E., Lebowitz, B.D., Severe, J. y Hsiao, J.K. (2005). *Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia*. New England Journal of Medicine, 353, 1209-1223.
- López Rubí, R. (2000). Historia y bases legales de las instituciones de salud. En Aarún Ramé, J.L. y Montes Barreto, R. (comps.). *Puebla hacia la calidad en salud* (p.p. 27-52). Gobierno del Estado de Puebla.

- Lorente, E., Ibáñez, M.I., Moro, M. y Ruipérez, M.A. (2002). Índice de calidad de vida: estandarización y características psicométricas en una muestra española. *Psiquiatría y Salud Integral*, 2 (2), 45-50.
- Lozano-Serrano, C. y Ortiz-Lobo, A. (2004). El incremento en la prescripción de antidepresivos ¿Una panacea demasiado cara? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24, 83-96.
- Machleidt, W., López-Ibor Aliño, J.J., Bauer, M., Lamprecht, F., Rose, H.K. y Rohde-Dachser, C. (2004). *Psiquiatría, trastornos psicosomáticos y psicoterapia*. Barcelona: Masson.
- Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H.U., McGonagle, K.A. y Kessler, R.C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- Mahurin, R.K., DeBettignies, B.H. y Pirozzolo, F.J. (1991). Structured assessment of independent living skills: preliminary report of a performance measure of functional abilities in dementia. *Journal of Gerontology*, 46, 58-66.
- Maier, W., Gänssicke, M., Freyberger, H.J., Linz, M., Heun, R., Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 29-36.
- Mangelli, L., Gribbin, N., Büchi, S., Allard, S., Sensky, T. (2002). Psychological well-being in rheumatoid arthritis : Relationship to 'disease' variables and affective disturbances. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 112-116.
- Marcus, S.C., Olfson, M., Pincus, H.A., Shear, K. y Zarin, D. (1997). Self-reported anxiety, general medical conditions, and disability bed days. *American Journal of Psychiatry*, 154, 12, 1766-1768.
- Marder, S.R. (1988). Facilitating compliance with antipsychotic medications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 21-25.
- Markowitz, J.S., Weissman, M.M, Ouellette, R., Lish, J.D. y Klerman, G.L. (1989). Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46, 984-992.
- Marrou, C. (1996, 24 de junio). Let me tell you a secret. *Newsweek*, 127 (26), p. 14.
- Marshall, R.D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M. y Struening, E.L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158 (9), 1467-1473.

- Martínez Villalba, J.L. (2007, mayo). La seguridad social en América Latina. En A. Grajales Porras (Moderador). *Seminario de historia y filosofía de la medicina*. Mesa de trabajo conducida durante el Simposium Internacional La Seguridad Social en la Actualidad, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades “Alfonso Vélaz Pliego”, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Martucci, M., Balestrieri, M., Bisoffi, G., Bonizzato, P., Covre, M.G., Cunico, L., de Francesco, M., Marinoni, M.G., Mosciaro, C., Piccinelli, M., Vaccari, L. y Tansella, M. (1999). Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: a two-phase epidemiological survey. *Psychological Medicine*, 29, 823-832.
- McCracken, L.M., Faber, S.D., Janeck, A.S. (1998). Pain-related anxiety predicts non-specific physical complaints in persons with chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 36 (6), 621-630.
- McGuire, P.K., Shah, G.M.S. y Murray, R.M. (1993). Increased blood flow in Broca's area during auditory hallucinations in schizophrenia. *Lancet*, 342, 703-706.
- McKee, M.B., Hull, J.W. y Smith, T.E. (1997). Cognitive and symptom correlates of participation in social skills training groups. *Schizophrenia Research*, 23, 223-229.
- McKenna, P.J., Tamlyn, D., Lund, C.E., Mortimer, A.M., Hammond, S. y Baddeley, A.D. (1990). Amnesic syndrome in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 24, 557-564.
- Mechanic, D., Blider, S. y McAlpine, D.D. (2002). Employing persons with serious mental illness. *Health Affairs*, 21 (5), 242-253.
- Medina-Mora, M.E. (s.f.). Desarrollo de una propuesta de investigación. Ejercicio de integración (seminario de investigación. Doctorado en Psicología, UNAM).
- Medina-Mora, M.E., Berenzon, S., López Lugo, E.K., Solís, L., Caballero, M.A. y González, J. (1997). El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: Resultados de una encuesta en una población de escasos recursos. *Salud Mental*, 20 (supl.), 32-38.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C. y Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 190, 521-528.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E. y Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12 month

- DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35, 1773-1783.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara Muñoz, C., Benjet, C., Blanco Jaimes, J., Fleiz Bautista, C., Villatoro Velásquez, J., Rojas Guiot, E., Zambrano Ruiz, J., Casanova Rodas, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4), 1-16.
- Memel, DS., Kirwan, JR., Sharp, DJ. y Hehir, M. (2000). General practitioners miss disability and anxiety as well as depression in their patients with osteoarthritis. *British Journal of General Practice*, 50, 457, Aug, 645-648.
- Méndez Ramírez, I., Namihira Guerrero, D., Moreno Altamirano, L. y Sosa de Martínez, C. (1990). *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis*. Segunda Edición. México: Editorial Trillas.
- Mendieta-Cabrera, D. (2002). La validez de la evaluación de la calidad de vida en depresión [sumario]. En *Resúmenes clínicos, Psiquiatría y Salud Integral*, 2 (2), 31-34, Resúmenes del XVII Congreso Nacional de la APM, el Simposio Regional de la AMP y la Reunión Regional México-Centroamérica de la APAL en Cancún, México.
- Mezzich, J.E., Ruipérez, M.A., Pérez, C., Ion, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 188, 301-305.
- Michalos, A.C. (1985). Multiple discrepancies theory (MDT). *Social Indicators Research*, 16, 347-414.
- Mogotsi, M., Kaminer, D., Stein, D.J. (2000). Quality of life in the anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 273-282.
- Monzani, D., Casolari, L., Guidetti, G. y Rigatelli, M. (2001). Psychological distress and disability in patients with vertigo. *Journal of Psychosomatics Research*, 50, 319-323.
- Moriwaki, S.Y. (1974). The affect balance scale: a validity study with aged samples. *Journal of Gerontology*, 29, 73-78.
- Moss, S., Prosser, H. y Goldberg, D. (1996). Validity of the schizophrenia diagnosis of the psychiatric assesment schedule for adults with developmental disability (PAS-ADD). *British Journal of Psychiatry*, 168, 359-367.

- Muñoz López, M., Roa Álvaro, A., Pérez Santos, E., Santos-Olmo Sánchez, A.B. y de Vicente Colomina, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Murray, C.J.L. (1994). Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. In C.J.L. Murray & A.D. Lopez (Eds.), *Global comparative assessment in the health sector. Disease, burden, expenditures and intervention packages*. Geneva: World Health Organization.
- Murray, C.J.L. y Lopez, A.D. (1996, a). Alternative visions of the future: projecting mortality and disability, 1990-2020. En: Murray, C.J.L. y Lopez, A.D. (Eds) *The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected 2020* (pp. 325-395). Cambridge: Harvard School of Public Health. World Health Organization. World Bank.
- Murray, C.J.L. y Lopez, A.D. (1996, b). Quantifying the burden of disease and injury attributable to ten major risk factors. En: Murray, C.J.L. y Lopez, A.D. (Eds) *The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected 2020* (pp. 295-324). Cambridge: Harvard School of Public Health. World Health Organization. World Bank.
- Nagi, S.Z. (1976). An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 54 (4), 439-467.
- Nelson, H.E., Pantelis, C., Carruthers, K., Speller, J., Baxendale, S. y Barnes, T.R. (1990). Cognitive functioning and symptomatology in chronic schizophrenia. *Psychological Medicine*, 20 (2), 357-365.
- New WHO guidelines challenge mainstream ideas on health, disability (2001, 16 de diciembre). *Medical letter on the CDC & FDA*, 18-19.
- Nieto-Moreno, M., Gimeno-Blanco, P., Adán, J., García-Olmos, L., Valle, J., Chatterji, S., Leonardi, M. y Ayuso-Mateos, J.L. (2006). Aplicación de la CIF para el estudio y evaluación del funcionamiento y la discapacidad en la depresión unipolar en el ámbito de atención primaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 393-396.
- Nigenda, G., Orozco, E. y Olaiz, G. (2003). La importancia de los medicamentos en la operación del Seguro Popular de Salud. En: F.M. Knaul y G. Nigenda (Eds) *Caleidoscopio de la salud: de la investigación a las políticas y de las políticas a la acción* (pp. 263-273). México: Fundación Mexicana para la Salud.

- North, C.S., Nixon, S.J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J.C., Spitznagel, E.L. y Smith, E.M. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA*, 282, 755-762.
- Okochi, J., Utsunomiya, S. y Tekahashi, T. (2005). Health measurement using the ICF: Test-retest reliability study of ICF codes and qualifiers in geriatric care. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 46-58.
- Olfson, M., Fireman, B., Weissman, M.M., Leon, A.C., Sheehan, D.V., Kathol, R.G., Hoven, C. y Farber, L. (1997). Mental disorders and disability among patients in primary care group practice. *American Journal of Psychiatry*, 154 (12), 1734-1740.
- Olivos Aragón, P. (1992). Calidad de vida y esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría*, 3-4, 1227-1233.
- OMS (1975). *Organización de los servicios de salud mental en los países en desarrollo. 16º. Informe del Comité de Expertos de la OMS*. Ginebra: OMS.
- OMS (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades, Décima Edición (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- OMS (1999, Diciembre 14). *Pobreza y salud*. Informe de la Directora General. Consejo Ejecutivo, 105ª. reunión, EB105/5.
- OMS (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra.
- OMS (2001, a). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- OMS (2001, b). *Políticas y prestación de servicios de salud mental*. Nota descriptiva: Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra.
- OMS (2001, c). *Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientación sobre política y servicios*. Resumen analítico. Ginebra.
- OMS (s/f). *Definiciones*. Recuperado el 28 de septiembre de 2008, de <http://www.who.int/nha/Glossary%20Spanish.pdf>
- Ontiveros Sánchez de la Barquera, J.A., Brandi, F. y Brunner, E. (1998). Estudio doble-ciego sobre fluoxetina vs amitriptilina en los síntomas depresivos y de ansiedad, y calidad de vida de los adultos con depresión mayor. *Salud Mental*, 21 (1), 58-63.

- Ormel, J., Oldehinkel, T., Brilman, E. y vanden Brink, W. (1993). Outcome of depression and anxiety in primary care. A three-wave 3 1/2 -year study of psychopathology and disability. *Archives of General Psychiatry*, 50, 759-766.
- Ormel, J., von Corp., M. y Üstun, T.B. (1994). Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA*, 272, 1741-1748.
- Ormel, J., Von Korff, M., Van Den Brink, W., Katon, W., Brilman, E. y Oldehinkel, T. (1993). Depression, anxiety, and social disability show synchrony on change in primary care patients. *American Journal of Public Health*, 83, 3, 385-390.
- Otero, V. (2004). *Rehabilitación de enfermos mentales crónicos. Evaluación de objetivos*. Barcelona: Ars Medica.
- Palomar-Lever, J. (1995). *Diseño de un instrumento de medición sobre calidad de vida*. Tesis de Maestría en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Palomar-Lever, J. (1999, a). Relación entre la percepción del funcionamiento familiar y la calidad de vida en mujeres con doble jornada de trabajo. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (2), 203-209.
- Palomar-Lever, J. (1999, b). Relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en familias con un miembro alcohólico. *Salud Mental*, 22 (6), 13-21.
- Palomar-Lever, J. (2000). The development of an instrument to measure quality of life in Mexico City. *Social Indicators Research*, 50, 187-208.
- Palomar-Lever, J. (2001). La pobreza y el bienestar subjetivo. En L.R. Gallardo-Gómez, J. Osorio Goicochea (Coords), *Los Rostros de la Pobreza. El Debate. Tomo I* (pp. 189-223). México: UIA/ITESO/Limusa Noriega Editores.
- Palomar-Lever, J., Lanzagorta Piñol, N. y Hernández Uralde, J. (2004). *Pobreza, recursos psicológicos y bienestar subjetivo*. Instituto de Investigaciones sobre Desarrollo Sustentable y Equidad Social. Universidad Iberoamericana.
- Palomino, B. y López, G. (2000). La calidad de vida: expresión del desarrollo. En M. Daltabuit, J. Mejía y R.L. Álvarez (Coords.), *Calidad de Vida, Salud y Ambiente* (pp. 33-48). Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias del Instituto de Investigaciones Antropológicas UNAM-Instituto Nacional Indigenista.

- Paloutzian, R.F. y Ellison, C.W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. En L.A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness a sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 224-237). New York: John Wiley & Sons.
- Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D. (1995). The capacity of a measure of disability (the LSP) to predict hospital readmission in those with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 25, 157-163.
- Parker, G., Rosen, A., Emdur, N. y Hadzi-Pavlovic, D. (1991). The life skills profile: psychometric properties of a measure assessing function and disability en schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 145-152.
- Patterson, T.L., Lacro, J., McKibbin, C.L., Moscona, S., Hughs, B. y Jeste, D.V. (2002). Medication management ability assessment: results from a performance-based measure in older outpatients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22, 11-19.
- Patterson, T.L., Moscona, S., Davison, K., McKibbin, C.L., Davidson, K. y Jeste, D.V. (2001). Social skills performance assessment among older patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48, 351-360.
- Perrin, J., Kulthau, K., McLaughlin, T.J., Ettner, S.L. y Gortmaker, S.L. (1999). Changing patterns of conditions among children receiving supplemental security income disability benefits. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153 (1), 80-84.
- Pollack, M.H. (2001). Comorbidity, neurobiology, and pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, Suppl. 12, 24-29.
- Porter, R. (2004). *Breve historia de la medicina. Las personas, la enfermedad y la atención sanitaria*. México: Taurus.
- Rahman, M.B.A., Indran, S.K. (1997). Disability in schizophrenia and mood disorders in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 387-390.
- Ramos de Viesca, M.B. y Viesca, C. (1998). El proyecto y la construcción del Manicomio General de la Castañeda. *Salud Mental*, 21 (3), 19-25.
- Rapp, S.R., Feldman, S.R., Exum, M.L., Fleischer, A.B. y Reboussin, D.M. (1999). Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 41, 401-407.
- Reyes Heróles, F. (1999). *Memorial del mañana*. México: Taurus.

- Researchers identify new signs of depression and anxiety (2002, 22 de julio). *Pain & Central Nervous System Week*, pp. 18-19.
- Richards, H.L., Fortune, D.G., Griffiths, C.E.M., Main, C.J. (2001). The contribution of perception of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 11-15.
- Roca, M, Cañas, F., Olivares, J.M., Rodríguez, A. y Giner, J. (2007). Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso Clínico Español. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 1-6.
- Rodríguez Veliz, A. M. (2001). Participación social y promoción de la salud: enfoque psicosocial. En N. Calleja, G. Gómez-Peresmitré, M. López (Comps.), *Psicología social: Investigación y aplicaciones en México* (pp. 316-323). México: Fondo de Cultura Económica.
- Rojas Castillo, G., Gaete Olivares, J., Fritsch Montero, R., Rojas Araya, M. y Araya Baltra, R. (2002). Mujer, depresión y calidad de vida en la atención primaria. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 39 (1), 36-42.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D. y Parker, G. (1989). The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15 (2), 325-337.
- Rosenberg, E., Lussier, M.T., Beaudoin, C., Kirmayer, L., Dufort, G.G. (2002). Determinants of the diagnosis of psychological problems by primary care physicians in patients with normal GHQ-28 scores. *General Hospital Psychiatry*, 24, 322-327.
- Rosenberg, H. y Andersson, B. (2000). Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8 (1-2), 118-125.
- Rossi, A., Stratta, P., Bolino, F., Giordano, L., De Leonardis, R., Schiazza, G. y Casacchia, M. (1989). Social disability and clinical symptomatology in schizophrenia: their impact on compulsory admission. *Psychopathology*, 22, 177-181.
- Roy-Byrne, P.P. (1996). Generalized anxiety and mixed anxiety-depression: Association with disability and health care utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, Suppl. 7, 86-91.
- Salminen, K., Saarijärvi, S. y Raitasalo, R. (1997). Depression and disability pension in Finland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 242-243.
- Sanderson, K., Andrews, G. y Jelsma, W. (2001). Disability measurement in the anxiety disorders: comparison of three brief measures. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 333-344.

- Sanderson, T.L., Best, J.J.K., Doody, G.A., Cunningham Owens, D.G. y Johnstone, E.C. (1999). Neuroanatomy of comorbid schizophrenia and learning disability: a controlled study. *The Lancet*, 354, 1867-1871.
- Sanderson, W.C., Wetzler, S. y Beck, A. T. (1994). Prevalence of personality disorder among patients with anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 51, 167-174.
- Saykin, A.J., Shtasel, D.L., Gur, R.E., Kester, D.B., Mozley, L.H., Stafiniak, P. y Gur, R.C. (1994). Neuropsychological deficits in neuroleptic naive patients with first-episode schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 51 (2), 124-131.
- Schalock, R.L. (Ed.) (1996). *Quality of life. Vol 1. Conceptualization and measurement*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.
- Schneier, F.R., Heckelman, L.R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B.A. y Gitow, A., Street, L., Del Bene, D. y Liebowitz, M.R. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 322-331.
- Schomerus, G. Heider, G., Angermeyer, M.C., Bebbington, P.E., Azorin, P.E., Brugha, T., Touni, M. (2007). Residential area and social contacts in schizophrenia: results from the European schizophrenia cohort (EuroSC). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 617-622.
- Schubart, C., Krumm, B., Biehl, H., Schwarz, R. (1986). Measurement of social disability in a schizophrenic patient group. Definition, assessment and outcome over 2 years in a cohort of schizophrenic patients. *Social Psychiatry*, 21, 1-9.
- Segundo Tribunal Colegiado en Materia de Trabajo del Sexto Circuito (2001). *Enfermedad no profesional. Para acreditar la relación causal entre ésta y el medio en el cual el trabajador preste o haya prestado sus servicios, la junta, con apoyo en el artículo 782 de la ley federal del trabajo, debe ordenar las diligencias que juzgue convenientes*. México: Clave: VI.2°.T., Num.: 1L.
- Self-reported frequent mental distress among adults-United States, 1993-1996 (1998, 1 de mayo). *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 47 (16), 326-331.
- Sen, A. (1984). *Resources, values and development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Sen, A. (1999, Mayo 18). *La salud en el desarrollo*. Discurso inaugural pronunciado ante la 52ª Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud, A52/DIV/9, Ginebra.
- Servicios de Salud de Hidalgo (2006). *Modelo Hidalgo en salud mental. Villa Ocaranزا*. Documento en ppt. México: Gobierno del estado de Hidalgo.

- Shaner, A., Eckman, T.A., Roberts, L.J., Wilkins, J.N., Tucker, D.E., Tsuang, J.W. y Mintz, J. (1995). Disability income, cocaine users, and repeated hospitalization among schizophrenic cocaine abusers. A government-sponsored revolving door? *New England Journal of Medicine*, 333, 777-783.
- Sharpe, L., Sensky, T., Allard, S. (2001). The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis. The predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 713-719.
- Silva Arciniega, R. (2000). *Dimensiones psicosociales de la pobreza: percepción de una realidad recuperada*. México: Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Silverstein, S.M. y Palumbo, D. (1995). Nonverbal perceptual organization output disability and schizophrenia spectrum symptomatology. *Psychiatry*, 58, 66-84.
- Simon, G.E., Katon, W., Rutter, C., von Korff, M., Lin, E, Robinson, P., Bush, T., Walter, E.A., Ludman, E. y Russo, J. (1998). Impact of improved depression treatment in primary care on daily functioning and disability. *Psychological Medicine*, 28, 693-701.
- Sims, A. y Sims, D. (1998). The phenomenology of post-traumatic stress disorder. A symptomatic study of 70 victims of psychological trauma. *Psychopathology*, 31, 96-112.
- Slade, T. y Andrews, G. (2001). DSM-IV and ICD-10 generalized anxiety disorder: discrepant diagnosis and associated disability, *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 36, 45-51.
- Soberón, G., Kumate, J. y Laguna, J. (1988). *La salud en México: testimonios 1988. Tomo III. Desarrollo institucional. Volumen 2. Asistencia social*. México: Secretaría de Salud/Instituto de Salud Pública/El Colegio Nacional/Fondo de Cultura Económica.
- SSA (s/f). *Seguro popular*. Recuperado el 4 de Septiembre de 2007, de <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/>
- SSA (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México.
- SSA (2002). *Código de bioética para el personal de salud*. México: SSA.
- SSA (2003, 15 de mayo). Sistema de Protección en Salud: Hacia un sistema universal de salud. Firma del decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*.

- SSA (2003, 11 de julio). *Comunicado de prensa No. 149. Inaugura el Presidente Vicente Fox Quesada en Puebla el Centro Estatal de Salud Mental*. Recuperado el 4 de octubre de 2008, de http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2003-07-11_623.html
- Stein, D.J. (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder: impact and implications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, Suppl. 11, 29-34.
- Stein, M.B. y Kean, Y.M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157 (10), 1606-1613.
- Stein, M.B., McQuaid, J.R. y Laffaye, C. (1999). Social phobia in the primary care medical setting. *Journal of Family Practice*, 48, 514-519.
- Stein, M.B., McQuaid, J.R., Pedrelli, P., Lenox, R., McCahill, M.E. (2000). Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *General Hospital Psychiatry*, 22, 261-269.
- Stones, M.J. y Kozma, A. (1985). Structural relationships among happiness scales: A second order factorial study. *Social Indicators Research*, 17, 19-28.
- Stucki, G. y Grimby, G. (2004). Foreword. Applying the ICF in Medicine. *Journal of Rehabilitation Medicine, suppl. 44*, 5-6.
- Suárez Rubio, K. (2008). *La discapacidad de los pacientes crónicos institucionalizados en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano; en el periodo comprendido de junio a agosto de 2007, medida con la Lista de Cotejo de la OMS*. Tesis de Especialidad en Psiquiatría, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, Pue.
- Telch, M.J., Schmidt, N.B., Jaimez, T.L., Jacquín, K.M. y Harrington, P.J. (1995). Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorders patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 823-830.
- Tellegen, A., Lykken, D.T., Bouchard, T.J., Wilcox, K., Segal, N. y Rich, S. (1998). Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1031-1039.
- Telkensen, K. y Grosser, R. (1990). Estimating clozapine's cost to the nation. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 863-869.
- Tenorio Maureira, A. y Portocarrero Navarrete, E. (1990). Evaluación de la invalidez temporal y definitiva por enfermedad común en la población asegurada: Instituto Peruano de Seguridad Social. *Revista Cuerpo Médico*, 13 (1), 13-15.

- Tsan, H.W.H., Angell, B., Corrigan, P.W., Lee, Y.T., Shi, K., Lam, C.S., Jin, S. y Fung, K.T.M. (2007). A cross-cultural study of employers' concerns about hiring people with psychotic disorder: implications for recovery. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 723-733.
- Ulug, A.E. (2002). The influence of neurocognitive deficits and symptoms on disability in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 196-201.
- U.S. Department of Health and Human Services (1999). *Mental Health: A report of the surgeon general Rockville, MD*. U.S. Department of Mental Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institute of Mental Health.
- Üstun, T.B., Rhem, J. y Chatterji, S. (1999). Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. *The Lancet*, 354, 111-115.
- Valdés Trejo, L.M. (2002). *Relación entre nivel de pobreza y locus de control*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Iberoamericana Ciudad de México.
- Valencia C., M., Saldívar, G. y Rivera, E. (1997). Funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia: treinta meses de seguimiento comunitario. *Salud Mental*, 20 (2), 28-37.
- Valencia C., M., Saldívar-Hernández, G. y Rivera-Guevara, E. (1994). Dieciocho meses de seguimiento en pacientes con esquizofrenia. *Salud Pública de México*, 36, 662-669.
- Valencia Collazos, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud Mental*, 30 (2), 75-80.
- Valencia, M. (1996). Manejo psicosocial del paciente esquizofrénico. *Revista de Psiquiatría*, 12, 72-86.
- Valencia, M., Rascón, L., Juárez, F. y Murow, E. (2007). A psychosocial skills training approach in Mexican out-patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 37, 1392-1402.
- Velarde-Jurado, E., Ávila Figueroa, C. (2002, a). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44 (4), 349-361.
- Velarde-Jurado, E., Ávila Figueroa, C. (2002, b). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44 (5), 448-463.
- Velásquez, D. (1996). *Viabilidad técnica de salud para todos*. Conferencia regional sobre tendencias futuras y renovación de salud para todos: hacia una nueva visión y estrategia para lograr salud para todos en las Américas. Montevideo.

- Verdugo, M.A. y Martín, M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25 (4), 68-77.
- Villegas, J., Noriega, M., Martínez, S. y Martínez, S. (1997). Trabajo y salud en la industria maquiladora mexicana: una tendencia dominante en el neoliberalismo dominado. *Saude Pública*, 13 (supl. 2), 1-15.
- Vitela, N. (2006). Trastornos mentales, identifíquelos. *Reforma, Suplemento softnews*, 25 de marzo.
- Von Korff, M., Ormel, J., Katon, W. y Lin, E.H.B. (1992). Disability and depression among high utilizers of health care. A longitudinal analysis. *Archives of General Psychiatry*, 49, 91-100.
- Von Korff, M. Y Simon, G. (1998). The relationship between pain and depression. *British Journal of Psychiatry*, 30, 101-108.
- Vos, T. y Mathers, C.D. (2000). The burden of mental disorders: a comparison of methods between the Australian burden of disease studies and the Global Burden of Disease study. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (4), 427-438.
- Wagner, C.C., Danczyk Hawley, C.E. y Reid, C.A. (2000). The progression of employees with mental disorders through disability benefits systems. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 15, 17-29.
- Walker, E.A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Katon, W.J. y Bernstein, D. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: I. Psychiatric diagnoses and functional disability. *Psychosomatic Medicine*, 59, 565-571.
- Walkup, J. y Gallagher, S.K. (1999). Schizophrenia and the life course: national findings on gender differences in disability and service use. *International Journal of Aging and Human Development*, 49 (2), 79-105.
- Warshaw, M.G., Fierman, E., Pratt, L., Hunt, M., Yonkers, K.A., Massion, A.O. y Keller, M.B. (1993). Quality of life and dissociation in anxiety disorders patients with histories of trauma or PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1512-1516.
- Washington Business Group on Health and Watson Wyatt (1999). *Increasing shareholder value through integrated disability management* (Third annual survey report). Washington, D.C.
- Weigl, M., Cieza, A., Andersen, C., Kollerits, B., Amann, E. y Stucki, G. (2004). Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: A Delphi exercise. *Journal of Rehabilitation Medicine, suppl.* 44, 12-21.

- Weiller, E., Bisserbe, J.C., Boyer, P., Lepine, J.P. y Lecrubier, Y. (1996). Social phobia in general health care : an unrecognised undertreated disabling disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168, 169-174.
- Weiller, E., Bisserbe, J.C., Maier, W. y Lecrubier, Y. (1998). Prevalence and recognition of anxiety syndromes in five European primary care settings. A report from the WHO study on psychological problems in general health care. *British Journal of Psychiatry*, 173 (suppl. 34), 18-23.
- Weisberg, R.B., Keller, M.B., Warshaw, M.G., Dolan, R.T., Culpepper, L. y Wasson, J.H. (1999). *Health and health perceptions in primary care patients with generalized anxiety disorder*. 19th National conference of the anxiety disorders association of America. San Diego.
- Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Burnam, M.A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S. y Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 262, 914-919.
- Westenberg, H.G. (1998). The nature of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, suppl. 17, 20-26.
- Whalley, D. Y McKenna, S.P. (1995). Measuring quality of life in patients with depression or anxiety. *Pharmacoeconomics*, 8 (4), 305-315.
- WHO (2009). *WHO Disability Assessment Schedule II (WHO DAS II)*. Recuperado el 2 de marzo de 2009. <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>
- Wiersma, D., Wanderling, J., Dragomirecka, E., Ganey, K., Harrison, G., An der Heiden, W., Nienhuis, F.J. y Walsh, D. (2000). Social disability in schizophrenia: its development and prediction over 15 years in incidence cohorts in six European centres. *Psychological Medicine*, 30, 1155-1167.
- Wikipedia (2007). *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado el 9 de septiembre de 2007. http://es.wikipedia.org/wiki/Instituto_Mexicano_del_Seguro_Social
- Wittchen, H. U. y Fehm, L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24 (4), 617-641.
- Wittchen, H. U., Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, Suppl. 11, 15-19.

- Wittchen, H. U., Kessler, R.C., Beedo, K., Krause, P., Höfler, M., Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, Suppl. 8, 24-34.
- Wittchen, H. U., Lieb, R. y Schuster, P. (1999). When is onset? Investigations into early developmental stages of anxiety and depressive disorders. En: J.L. Rapoport (Ed), *Childhood Onset of "Adult" Psychopathology. Clinical and Research Advances* (pp. 259-302). Washington: American Psychiatric Press.
- Wyatt, R., Henter, I., Leary, M. y Taylor, E. (1995). An economic evaluation of schizophrenia-1991. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 30, 196-205.
- Zatzick, D.F., Marmar, C.R., Weiss, D.S., Browner, W.S., Metzler, T.J., Golding, J.M., Stewart, A., Schlenger, W.E. y Wells, K.B. (1997). Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1690-1695.