



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**“VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN EN
PACIENTES CON TRASTORNO DE ESQUIZOFRENIA DEL INSTITUTO
NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA

P R E S E T A N:

ANA MARÍA REYES RAMÍREZ

Y

RICARDO SÁNCHEZ DOMÍNGUEZ

TUTORA: Dra. Leonila Rosa Díaz Martínez

COMITE: Dra. Guadalupe Acle Tomasini

Dra. Blanca Inés Vargas Núñez

Lic. Salvador Salinas Jarquín

Lic. Javier Rivera Contreras



MEXICO D.F

OCTUBRE 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo brindado a través del tiempo, porque creyeron en mi y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos a cada momento, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada una de mis metas, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera y de mi vida, gracias por su gran motivación. Gracias por nunca perder la confianza en mí y por acompañarme durante este recorrido, y principalmente por la base fundamental de lo que soy hasta ahora. Con su ejemplo me motivaron para no dejarme vencer, aun a pesar de todo siempre me apoyaron en forma incondicional.

A mis hermanos por estar ahí en todo el camino recorrido y por ser una parte fundamental en mi desarrollo profesional y personal, por su apoyo y motivación y compañía para la culminación de este proceso, por estar siempre en todo momento, por la confianza brindada día con día.

MUCHAS GRACIAS POR TODO!!!

DEDICATORIA ESPECIAL

Gracias porque SIEMPRE hemos trabajado en equipo y esta vez lo hicimos para poder lograr una meta tan importante en nuestra vida, por que hemos aprendimos tantas cosas juntos que nos llevaron a la culminación de un objetivo en común; a la vez compartiendo cada momento y caminando juntos para llegar al fin de este primer recorrido.

Gracias por ser parte de mi vida, por tu enseñanza, por tu paciencia, tu comprensión y tu forma de ver las cosas siempre de un lado positivo, porque nunca te das por vencid@, porque me motivas a seguir día a día, gracias por toda la ayuda incondicional que siempre me brindas, gracias por estar, por ser, y por todas las cosas que hemos vivido y superado juntos pero sobre todo por ser parte de mi vida.

Y muchas cosas más que son casi imposibles de plasmar en palabras

AGRADECIMIENTOS

Debemos de agradecer de manera especial y sincera a la Doctora Rosa Díaz por aceptarnos para realizar la tesis bajo su dirección, su apoyo y confianza en el trabajo y su capacidad para guiar las ideas ha sido un aporte invaluable en el desarrollo de esta tesis. Le agradecemos también el habernos facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades durante el desarrollo de esta tesis.

Muchas gracias Doctora!!!

También nos gustaría que estas líneas sirvieran para expresar nuestro más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial a la Dra. Guadalupe Acle por la orientación, el seguimiento y la supervisión continua, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido en la elaboración de nuestro trabajo.

Especial reconocimiento merece el interés mostrado por nuestro trabajo y las sugerencias recibidas por parte del profesor Salvador Salinas, gracias por el ánimo infundido y la confianza que depositó en nosotros.

También nos gustaría agradecer la ayuda recibida de la Doctora Blanca Inés Vargas por su paciencia y colaboración para el término de nuestro trabajo.

Un especial agradecimiento al profesor Javier Rivera por compartir sus conocimientos y guiarnos en el proceso de algo tan importante como lo es la realización de nuestra tesis.

A mis amigos y compañeros que estuvieron conmigo durante mi desarrollo académico y personal, por su apoyo en lo profesional y por ser parte importante en cada momento de nuestra vida. Es imposible poder enumerarlos por orden de importancia, a todos ellos, muchas gracias

A todos ellos, muchas gracias!!!

Introducción.....	1
La esquizofrenia.....	6
Epidemiología.....	10
Incidencia y prevalencia.....	10
Curso.....	14
Factores de riesgo.....	15
Comorbilidad.....	17
Diagnóstico.....	19
Tipos de esquizofrenia.....	20
La discapacidad mental.....	24
Discapacidad y minusvalía.....	24
Diagnostico psiquiátrico y discapacidad.....	27
Esquizofrenia y discapacidad mental.....	33
Consecuencias de la discapacidad en la esquizofrenia.....	33
Síntomas y discapacidad.....	35
Funcionamiento social.....	37
Estudios que evaluaron discapacidad.....	40
Estudios que utilizaron la Escala de Discapacidad de Sheehan.....	49
La escala de Discapacidad de Sheehan.....	54
Diseño y desarrollo de la escala.....	54
Diseño.....	55
Formato de selección.....	55
Punto de selección.....	56
Punto de escala.....	56
Descriptores verbales.....	56
Propiedades psicométricas.....	57
Confiabilidad	57

Validez.....	57
Método.....	59
Objetivos generales.....	59
Objetivos específicos.....	59
Tipo de estudio.....	60
Muestra.....	60
Instrumento.....	64
Escala de Discapacidad de Sheehan.....	64
Procedimiento.....	65
Análisis estadístico.....	66
Resultados.....	67
Validación de la escala.....	67
Análisis de la muestra.....	70
Discusión.....	76
Conclusiones.....	85
Referencias.....	87
Anexo.....	93

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un padecimiento que representa grandes pérdidas en la condición humana de quien la padece. Su inicio en la adolescencia o en adultos jóvenes y por ser una de las enfermedades mentales crónicas e incurable, tienen un fuerte impacto en la calidad de vida y primordialmente en los años venideros de las personas que la padecen.

Desde la oscura noción mágica hasta llegar a la concepción científica acerca de su origen debieron transcurrir varios cientos de años. El siglo veinte, portentoso en los mayores avances científicos de toda la historia, vio surgir los primeros tratamientos farmacológicos de la enfermedad y las teorías más sólidas sobre su fisiopatología.

En estudios realizados en diferentes países, se estima que el 1% de la población mundial mayor de 15 años padece esquizofrenia. Esto permite suponer la existencia de 35 a 40 millones de esquizofrénicos en el mundo cuyos requerimientos son diversos: hospitalización en la fase aguda, uso de medicamentos antipsicóticos de por vida, rehabilitación psicosocial, acciones de reinserción a su entorno y tratamiento familiar complementario, así como, eventualmente, la posibilidad de espacios para la estancia prolongada en un número importante de casos.

A lo anterior se agregan los costos en materia de investigación, de formación y capacitación de recursos humanos para todo el esquema de intervención, así como de la necesidad de una intensa y permanente campaña de desestigmatización en torno al enfermo, a su familia y al personal involucrado en su atención. Comprender este proceso significa comprender el alto costo que la enfermedad significa para la familia y la sociedad.

En México se ha calculado una cifra entre 500 mil y 700 mil pacientes esquizofrénicos. Su atención no puede llevarse a cabo por un solo sector de la sociedad, por lo que es indispensable la participación de instituciones y organismos públicos, sociales y privados para brindar atención a la salud integral de esta población.

En México son pocos los estudios epidemiológicos realizados sobre el tema de las enfermedades mentales; en 1996 apareció un estudio realizado por Caraveo & col. (1996) donde se encontró un 0.7% de prevalencia de esquizofrenia en la población urbana adulta, al igual que la Encuesta Nacional de Comorbilidad. Por lo que de esta manera se ha calculado que la enfermedad afecta entre 500 mil a 700 mil personas en México. Las cifras internacionales de nuevos casos oscilan entre 2.4 a 5.2 por cada 1,000 habitantes, esto es, cada año aumenta la cifra de enfermos entre 0.24 y 0.52 %. Por otro lado la esquizofrenia es la enfermedad más discapacitante dentro de los trastornos mentales. Caraveo (1995) reportó que alrededor del 32% de los pacientes hospitalizados en un cierto tiempo en los hospitales de México, tenían el diagnóstico de esquizofrenia.

Cabe destacar que en los diferentes estudios que se revisaron, incluyendo los realizados en México, no hay una diferencia significativa en la prevalencia por género; sin embargo, un hallazgo frecuente en los estudios de surgimiento, inclusive reportado por Kraepelin en 1909, es que el inicio de la enfermedad es más temprana en hombres que en mujeres. La edad de inicio del padecimiento en hombres es de 15 a 25 años, mientras que en las mujeres se observa entre los 25 y los 35 años. Es consenso general que el hombre tiene una peor evolución con tendencia a mayor número de episodios psicóticos.

La discapacidad se conceptualiza como un problema social y personal, que requiere no sólo atención médica y rehabilitadora, sino también apoyo para la integración social, a la que han de darse respuesta mediante tratamientos individuales y acciones sociales, y cuya superación requiere tanto de cambios personales como cambios en el entorno.

El esquema realizado por la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS (CIDDM) en 1980 representa los tres niveles de la enfermedad: nivel bio- fisio-psicológico; nivel personal y nivel social.

Esta representación pretendía recoger la siguiente secuencia de manifestación de las consecuencias de la enfermedad:

- Alteraciones de la salud: algo normal ocurre en la persona (cambios patológicos, síntomas)
- Deficiencias: alguien se da cuenta de lo que ocurre (se exteriorizan los síntomas)
- Discapacidades: alteraciones de las actividades realizadas por la persona (limitación de la actividad, alteraciones de la conducta)
- Minusvalías: situación de desventaja de la persona frente a los demás (restricción de la participación)

La representación de la CIDDM1, a pesar de su utilidad conceptual, no entrega una adecuada relación entre los distintos conceptos y se tiende a interpretar como un modelo causal y unidireccional. No refleja la importancia del entorno social y físico en el proceso.

La CIDDM 2, en 1997, elabora un nuevo esquema para interpretar las interrelaciones entre las dimensiones de las consecuencias de la enfermedad. Según la interpretación, las consecuencias de la enfermedad se consideran como una interacción compleja entre la alteración de la salud y factores de contexto, de manera que las intervenciones sobre un elemento puede inducir modificaciones en los demás elementos relacionados. La interacción entre los distintos elementos es bidireccional y no siempre previsible.

En la CIDDM 2 se ha desechado el término discapacidad, ya que hace referencia más a la capacidad que a la actividad. El problema de las consecuencias de la enfermedad es una experiencia humana universal, no un rasgo que caracteriza a un grupo o a una persona frente a otros. En el esquema anterior, los términos se expresan de una manera neutral, evitando la estigmatización y otras connotaciones negativas.

Tanto la OMS, como la ONU y los gobiernos de cada país, han ido elaborando y reformulando instrumentos de medición para emprender la tarea de diagnosticar la discapacidad lo más precisamente posible.

La Escala de Discapacidad de Sheehan (EDS) se desarrolló para medir el impacto global de la enfermedad mental en el funcionamiento social, familiar y personal.

La EDS es un compuesto de puntos (ítems) de la escala de tipo Likert cuyas respuestas tienen por objetivo evaluar el nivel de discapacidad de los sujetos con respecto a su funcionamiento en el trabajo y las actividades de la escuela, relaciones familiares y sociales.

La EDS se ha utilizado en numerosos trastornos psiquiátricos como el trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno obsesivo - compulsivo y la dependencia de drogas y alcohol.

La validez y la fiabilidad de la EDS se han demostrado en pacientes con trastorno de pánico y pacientes con trastorno de ansiedad social (TAS). La escala ha demostrado una discriminación nativas de diferentes tipos de atención primaria, Depresión, Desorden Bipolar, fobias específicas, el TAG, el abuso de sustancias, y el TAS.

Una puntuación elevada en la EDS (≥ 5) se ha demostrado que está asociada con un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos. También hay pruebas de que la EDS es sensible al cambio debido al tratamiento, con el 39.6% al 43.9% en las puntuaciones de las mejoras para los sujetos con trastorno de pánico, y un 28.9% a 35.2% en las puntuaciones para la fobia social.

A pesar de su uso generalizado, las propiedades psicométricas (incluida la validez, fiabilidad y la capacidad de detectar el cambio) de la EDS no se han evaluado en sujetos con Esquizofrenia.

El estudio actual se llevó a cabo con la intención de la documentación de las propiedades psicométricas de la EDS como una medida de discapacidad en pacientes con esquizofrenia, y para proporcionar información para ayudar a los investigadores y los profesionales en la interpretación de resultados en esta población.

Para tales fines se propone el presente estudio con método descriptivo, de proceso para obtener validez y confiabilidad del instrumento en el que se eligió una muestra la cual consta de 93 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz quienes participaron en el programa de Rehabilitación del Instituto y que reunieron los criterios de inclusión correspondientes. Las variables del estudio fueron analizadas mediante el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS versión 15), se describen las características de la muestra obteniendo frecuencias simples y medias de edad. Posteriormente se hizo una prueba de consistencia interna de la escala de Discapacidad de Sheehan, a través del coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach, con la finalidad de observar su funcionamiento en esta muestra (con reporte del valor de alpha y el valor en cada uno de los reactivos), para determinar si la escala resultó confiable. También se trabajó sobre la estructura interna de la escala a través del análisis factorial de componentes principales con rotación varimax donde se determinó cuántos factores se encontraron y con qué porcentaje de varianza explicada y que carga factorial se encuentran en cada uno de los reactivos; para determinar si la escala es válida. Se obtuvo una confiabilidad de .738 y una varianza explicada de 52.483% con lo que el presente estudio muestra que la Escala de Discapacidad de Sheehan es un instrumento válido y confiable para evaluar la Discapacidad en pacientes con trastorno de Esquizofrenia.

LA ESQUIZOFRENIA

El término esquizofrenia se introdujo en el lenguaje médico a principios de este siglo por el psiquiatra suizo Bleuler. Se refiere a uno de los principales trastornos mentales, o de un grupo de trastornos, cuyas causas son todavía en gran parte desconocidas y que implica una compleja serie de alteraciones del pensamiento, la percepción, el afecto y el comportamiento social. Hasta ahora, ninguna sociedad o cultura en cualquier parte del mundo, ha sido declarada libre de la esquizofrenia y hay pruebas de que es tan desconcertante la enfermedad que representa un grave problema de salud pública.

La esquizofrenia es una enfermedad crónica y grave que repercute en las funciones más avanzadas del cerebro humano. Dentro de la tradición médica la esquizofrenia se ha considerado el prototipo de la "psicosis", (Black & Andreasen, 2000).

La esquizofrenia es un trastorno psicótico cuyas manifestaciones clínicas son diversas y cambian durante el curso de la enfermedad. Así, la esquizofrenia es una enfermedad en la que se combinan episodios de alteración mental grave con un componente de discapacidad global. El nivel de incapacidad va desde una ligera disminución de los recursos para afrontar el estrés de la vida cotidiana, hasta una dificultad profunda para iniciar y organizar actividades básicas, la cual puede llevar a los pacientes a ser incompetentes para cuidar de sí mismos, (Liddle, 2003)

Mientras algunos síntomas son floridos, como las alucinaciones, otros son relativamente sutiles, como es el aplanamiento afectivo o la incongruencia, por lo que pueden pasar desapercibidos para un observador poco experimentado, (Black & Andreasen, 2000)

Los síntomas afectan múltiples procesos psíquicos, tales como la percepción (alucinaciones), el proceso y curso del pensamiento (asociaciones, disgregación), la ideación y la comprobación de la realidad (ideas delirantes), los sentimientos (aplanamiento afectivo, afecto inapropiado), la conducta (catatónica, desorganización), las funciones cognitivas como la atención, la

concentración, y la motivación (abulia, deterioro de la intención y de la planificación), y el juicio. Estas características psicológicas y conductuales se asocian a diversos grados de deterioro funcional personal, laboral o escolar y social. Aunque puede haber un notable deterioro con dificultades en múltiples áreas de funcionamiento (autoaprendizaje, trabajo, relaciones interpersonales, y habilidades para la vida cotidiana), el trastorno se caracteriza por una gran heterogeneidad entre los distintos individuos y una variabilidad en cada uno de ellos en el curso del padecimiento. De igual forma, el trastorno se asocia con un aumento de la incidencia de enfermedades médicas generales y de mortalidad en especial por suicidio, que se manifiestan hasta en un 10% de los pacientes.

Dado que la esquizofrenia se caracteriza por un cortejo amplio de síntomas diferentes y que no hay alguno que por sí solo sea patognomónico del trastorno, los clínicos y los científicos han desarrollado varios métodos para describirlos y clasificarlos, tratando de esta manera de simplificar la tipificación del cuadro clínico.

En este sentido Díaz (2006) propone tres dimensiones clínicas específicas, en las que se categorizan los síntomas, así como dos complementarias:

- *Sintomatología psicótica*: las alteraciones en la percepción se consideran el sello distintivo de la esquizofrenia, éstas varían en cuanto complejidad sensorial, suelen ser auditivas, visuales, táctiles, gustativas olfativas, o una combinación de ellas.

Las auditivas son las que se observan con mayor frecuencia en los pacientes esquizofrénicos, éstas se perciben como ruido, música, o con más frecuencia como “voces”, musitadas o de forma clara y diferenciadas, conformadas como palabras, frases simples o compuestas. Otro de los fenómenos clínicos característicos, aunque ninguno de ellos es específico del trastorno, son las alteraciones del pensamiento, en particular las ideas delirantes. Estas pueden ser somáticas, de grandeza, religiosas, nihilistas o persecutorias, de control externo, inserción, trasmisión y lectura del pensamiento, así como también ideas de referencia. Las alteraciones del pensamiento pueden

variar según el origen cultural del paciente. El contenido de las ideas delirantes incorpora aspectos de la vida del paciente y de su cultura. Los delirios suelen ser bizarros y contener ideas sobrenaturales o paranormales, poco estructurada y con frecuencia basadas en tópicos en ciencia ficción. Todos estos fenómenos clínicos, para ser considerados como psicóticos, deben ser irreductibles al análisis lógico de las circunstancias, por lo que al confrontarlos con la realidad, nunca hay una modificación de los mismos y hay una creencia sustancial y radicalmente de las alucinaciones, así como las ideas delirantes, por irracionales que estas resulten.

- *Sintomatología positiva:* es un conjunto de manifestaciones clínicas, relacionadas de manera íntima con los síntomas psicóticos, los cuales se caracterizan por la producción de conductas y comportamientos, sentimientos y estados afectivos inapropiados, inducidos por los contenidos de las percepciones y las alteraciones ideatorias. Así, se presentan, por un lado, los comportamientos impulsivos, explosividad, irritabilidad y agresividad, hiperactividad, síntomas polimórficos, tales como obsesiones, compulsiones e hipocondría, estereotipias y manierismos; y por otro lado, se pone de manifiesto alteraciones afectivas como la labilidad emocional, la disociación ideofectiva y conductual, la conducta de evitación y las actitudes defensivas.
- *Sintomatología negativa:* se define como un trastorno en la interacción social, así como una limitación de la gama e intensidad de la expresión de los afectos, una reducción de la productividad del pensamiento y el lenguaje, incapacidad de experimentar placer y una pérdida de la capacidad de iniciar conductas dirigidas a objetivos y concluirlos.

Los síntomas negativos de la esquizofrenia se parecen a los de la depresión, lo que eventualmente complica el diagnóstico diferencial en algunos pacientes. Mas del 60% de los pacientes esquizofrénicos presentan síntomas depresivos significativos que provocan notable malestar y en ocasiones conducta suicida, comprometiendo la escasa energía y motivación del paciente. Incluso los

propios antipsicóticos pueden causar un cuadro similar al de una depresión, pero en realidad es una acinesia inducida por los medicamentos.

Estos síntomas deterioran más la vida del paciente pues lo mantienen inerte y desmotivado. Es posible que el paciente esquizofrénico con notables síntomas negativos mejore su capacidad de ejecución bajo supervisión, pero no pueda mantenerla cuando ésta deja de tenerse.

- *Sintomatología de desorganización*: el pensamiento y la conducta están en extremo desorganizados, con impacto significativo en la capacidad del paciente para atender sus necesidades básicas, el lenguaje desorganizado o trastorno del pensamiento se considera el síntoma más importante de la esquizofrenia; éste puede describirse dentro de un espectro de severidad, desde el pensamiento tangencial, circunstancial y la dificultad para llegar a metas, hasta la pérdida de asociaciones y lo que se denomina “ensalada de palabras” en el caso más extremo. Estas anomalías del curso del pensamiento pueden verse como una fragmentación progresiva del proceso normal y lógico de las ideas características de un intelecto intacto. Muchos pacientes con esquizofrenia manifiestan diversas alteraciones motoras y cambios en el comportamiento social. Las conductas motoras oscilan desde el estupor catatónico hasta la agitación, (Manshreck, 1982)

El deterioro del comportamiento social a menudo se observa junto al retraimiento social. Los pacientes se abandonan y se vuelven descuidados o desaseados, visten ropas sucias o inapropiadas e ignoran su entorno sucio y desordenado.

- *Sintomatología cognitiva*: el deterioro cognoscitivo en la esquizofrenia afecta las funciones ejecutivas, la atención, la memoria y el funcionamiento intelectual en general. Lo anterior refleja tanto los síntomas anteriores como una alteración primaria en los procesos cognitivos fundamentales ya que se afectan circuitos específicos en el cerebro. Los problemas de naturaleza cognitiva, como las dificultades en filtrar y clasificar las experiencias sensoriales, o atribuir en forma correcta un significado a los eventos y las intenciones de los otros,

pueden ser un déficit fundamental, si bien menos notable de la esquizofrenia.

Los síntomas negativos y los cognitivos son más persistentes y crónicos, mientras que los síntomas psicóticos y los positivos tienen un patrón episódico. Cuando estos últimos están activos son por lo general la causa de hospitalización.

Epidemiología.

Incidencia y prevalencia

La distribución de una enfermedad en una población determinada se mide en términos de incidencia y prevalencia. La incidencia se refiere a la proporción de casos nuevos por la unidad de tiempo (normalmente un año), mientras que la prevalencia se refiere a la proporción de los casos existentes (nuevos y antiguos).

Diaz (2006) propone tres tipos de tasa de prevalencia que se pueden utilizar:

- La prevalencia de punto: que es una medida del número de casos en un punto específico en el tiempo.
- La prevalencia del período: mostrando el número de casos durante un período definido de tiempo (normalmente seis meses o un año).
- La prevalencia de vida: que refleja la proporción de individuos que han sido afectadas por un trastorno en cualquier momento durante su vida.

Los estudios de incidencia de los trastornos relativamente raros, como la esquizofrenia, son difíciles para llevar a cabo. Las encuestas se han llevado a cabo en diversos países, sin embargo, y casi todos los tipos muestran una prevalencia anual de la esquizofrenia en adultos dentro de un rango bastante estrecho entre 0.1 y 0.4 por 1000 habitantes. Esto ha sido la principal conclusión de la OMS en el estudio de 10 países (Jablensky, 1992). Teniendo en cuenta las diferencias en la evaluación de diagnóstico, métodos

de detección de casos y la definición de la edad adulta, podemos decir que la incidencia de la esquizofrenia es muy similar en diferentes zonas geográficas (Warner & de Girolamo, 1995). Excepcionalmente altas tasas que surgieron en el Área de Estudio de Captura Epidemiológica de los Estados Unidos (Tien & Eaton, 1992) puede ser debido a la evaluación parcial. Aunque hay pocos datos disponibles sobre la incidencia en el desarrollo de los países, los supuestos iniciales sobre los tipos sistemáticamente inferiores fuera de los países occidentales industrializados no han sido confirmados por recientes investigaciones a fondo, en los países asiáticos (Lin et al., 1989; Jablensky et al., 1992; Rajkumar et al., 1991).

Las cifras de alta incidencia, recientemente se han reportado en algunos desfavorecidos grupos sociales (especialmente las minorías étnicas en Europa occidental, tales como los afros) las comunidades del Caribe en el Reino Unido y los inmigrantes de Surinam en los Países Bajos (King et al., 1994; Selten & Sijben, 1994). Estos hallazgos, están plagados de incertidumbres sobre el tamaño y la distribución por edades de las poblaciones en riesgo, siguen esperando explicaciones convincentes.

La prevalencia puntual en los adultos oscila entre 1 y 17 por 1000 de la población, una prevalencia en el año de entre 1 y 7.5 por 1000, y la prevalencia de vida de entre 1 y 18 por 1000 (Warner & de Girolamo, 1995). Las variaciones en la prevalencia pueden estar relacionadas con varios factores, incluyendo las diferencias en la recuperación, la muerte y las tasas de migración entre los individuos afectados.

Consistentemente el punto más bajo y tasas de prevalencia de periodo en casi todos los países en desarrollo por lo general han sido explicados por la mayoría de los investigadores, como debido a la mayor evolución favorable y los resultados de la enfermedad (Leff, 1992). Sin embargo, de otros factores, como el aumento de la mortalidad en pacientes con mal pronóstico puede también contribuir.

Focos de alta prevalencia se han encontrado en pequeñas áreas del centro y el norte de Europa, en algunos grupos segregados en América del Norte y, en algunas poblaciones que viven al margen de los países industrializados, tales

como indígenas, los pueblos de Canadá o Australia (Warner & de Girolamo, 1995).

Aislamiento genético o la emigración selectiva de personas saludables pueden explicar estos hallazgos. Sin embargo, se ha sugerido que los trastornos sociales causados por la exposición de las comunidades aisladas culturalmente a estilos de vida occidental, puede tener aumentó el riesgo de esquizofrenia en individuos vulnerables (Jablensky & Sartorius, 1975). Teniendo en cuenta las cifras anteriores, el número de personas con esquizofrenia en todo el mundo puede estimarse en alrededor de 29 millones de europeos, de los cuales 20 millones viven en países en desarrollo o menos adelantados.

En México (ver tabla 1) de acuerdo con las estadísticas del Instituto Mexicano de Psiquiatría (1994) la prevalencia de la esquizofrenia es de 0.7%, lo que coincide con los reportes de la OMS sobre este padecimiento en el mundo, por lo que en nuestro país hay medio millón de esquizofrénicos; esta cifra no incluye a individuos de riesgo para desarrollar el padecimiento.

TABLA 1. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en población adulta en zonas urbanas en Mexico. 1994

Trastorno (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
1. Depresión	4.9	9.7	7.8
2. Epilepsia	3.4	3.9	3.7
3. Probable psicosis	3.2	2.6	2.8
4. Probables trastornos limítrofes	1.6	0.8	1.1
5. Trastorno obsesivo	1.6	3.0	2.5
6. Esquizofrenia	1.2	0.9	1.0
7. Manía	0.3	0.2	0.2
8. Psicosis inespecífica	0.7	0.6	0.6
9. Trastorno bipolar	0.7	0.6	0.6
10. Trastorno de ansiedad	0.3	1.6	1.1

Caraveo y Cols. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en Mexico. Resultados de una encuesta nacional en hogares. AN. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1994

En un estudio posterior realizado por el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de la ciudad de México, se realizó un estudio transversal. La información se obtuvo de los expedientes clínicos de pacientes con internamiento de primera vez cuyo diagnóstico de egreso fue un trastorno mental, de acuerdo a la CIE-10, durante 1995 y 2004 se identificaron diferentes variables epidemiológicas.

Se obtuvo un total de 1483 casos. El 56% fueron mujeres, predominó el grupo de 20 a 29 años de edad. En primer lugar se encontró a la esquizofrenia con un 22% seguida del episodio depresivo con un 16.5% y el trastorno bipolar con 8.6%.

La prevalencia fue mayor durante el primer año aunque se observó una tendencia en el decremento en la prevalencia de los trastornos mentales no fue estadísticamente significativa.

Tabla 2 Frecuencia de los 10 principales trastornos mentales en ambos géneros durante el período de 1995-2004

Trastornos psiquiátricos	n	%
1. Esquizofrenia	325	22.0
2. Episodio depresivo	246	16.5
3. Trastorno afectivo bipolar	128	8.6
4. Trastornos específicos de la personalidad	106	7.1
5. Trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral	88	6.0
6. Trastornos de la personalidad y del comportamiento	72	5.0
7. Psicosis de origen no orgánico no especificada	62	4.1
8. Trastorno depresivo recurrente	56	3.7
9. Trastornos de ansiedad	43	3.0
10. Trastornos esquizoafectivos	20	1.3
11. Otros	337	22.7
Total	1483	100

Curso

El modo de inicio puede ser definido como agudo, en el cual un estado psicótico florido, se desarrolla dentro de días o semanas, o insidioso, en el que hay una transición gradual de la personalidad premórbida a través de síntomas prodrómicos a una enfermedad psicótica abierta. Deterioro del valor de funcionamientos sociales e interpersonales antes del inicio del trastorno se puede encontrar en hasta un 50% de los pacientes.

La tendencia a la aparición más temprana en los varones con una incidencia máxima en los primeros veinte años en contraste con los últimos veinte años o treinta años en las mujeres, siempre ha sido afirmada. Sin embargo, esta afirmación se apoya principalmente en los estudios que equiparan la edad de inicio con la edad del primer contacto con el sistema de tratamiento, que puede estar relacionada con varios factores; tales como las diferencias de género en la gravedad de los síntomas, el comportamiento de la enfermedad o las expectativas de rol social, que no sean las verdaderas diferencias en el inicio.

Un curso más leve y de mejor pronóstico en las mujeres, sin embargo, es bien establecido encontrarlos. Las estimaciones de la distribución de los pacientes mayores de los patrones generales de mediano curso se resumieron de la siguiente manera: alrededor del 45% se recuperó después de uno o más episodios, aproximadamente el 20% presentó síntomas y el aumento constante de la discapacidad, y aproximadamente el 35% mostraron un patrón mixto con distintos grados de remisión y de las exacerbaciones de diferente longitud. Estas cifras, sin embargo, ocultan una gran variación entre zonas geográficas.

En el estudio de la OMS (citado en Barbato, 1999) en 10 países en dos años de seguimiento, el porcentaje de casos con una completa remisión después de un único episodio osciló entre el 3% en los EE.UU. y el 54% en la India, mientras que los casos con enfermedad psicótica continua varía entre el 2% en Nigeria y el 33% en Japón (Jablensky et al., 1992). Un conjunto importante de evidencia muestra un curso más benigno y mejor resultado en los países desarrollados. Esta observación, que ha sido una de las conclusiones más sorprendentes en los estudios de la OMS, se ha visto reforzada por estudios

prospectivos de largo seguimiento llevado a cabo cuidadosamente en Colombia y la India (León, 1989; Thara et al., 1996). Esto, sin duda significa que el medio ambiente juega un papel crucial como un factor determinante de los resultados en la esquizofrenia.

En los estudios de Shepherd et al. (1989) reportaron los siguientes cinco años los datos de resultados de una muestra de pacientes de primer ingreso de una población definida en Inglaterra: el 22% tuvo un episodio con remisión completa, 35% de varios episodios con alteración mínima entre los episodios, 8% varios episodios con alteración continua, y el 35%, con varios episodios deterioro cada vez mayor. Por otra parte, hay pruebas de que las diferentes dimensiones de los resultados, como el funcionamiento social, los síntomas clínicos y el rendimiento cognitivo, son a menudo sólo débilmente relacionadas, mostrando la heterogeneidad dentro de los individuos y dejando margen de mejora en un área, aunque los problemas pueden persistir en los demás (Davidson & McGlashan, 1997).

Dado este amplio espectro de resultados, una serie de estudios trataron de identificar predictores de resultados. Aunque el curso en un paciente individual sigue siendo muy difícil de predecir, algunas de las características bien conocidas se relacionan con buen pronóstico: el sexo femenino, de aparición tardía, buena actividad social premórbida y una aguda presentación con floridos síntomas positivos. La mayor variabilidad en la morbilidad clínica se encuentra en las etapas iniciales después del inicio. Después de cinco años, el curso tiene menos probabilidades de mostrar fluctuaciones importantes, (Ciompi, 1980).

Un 60% de los casos de esquizofrenia se ejecutan en un curso prolongado.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo para la esquizofrenia pueden ser agrupados en tres categorías de acuerdo a Cooper (1978):

- Las características sociodemográficas.

En esta categoría la asociación entre la clase social inferior y la esquizofrenia en las zonas urbanas de los países desarrollados es una de las conclusiones más sólidas epidemiológicamente. Esto es en la actualidad lo que se explica principalmente por la hipótesis de selección-deriva, según la cual los individuos vulnerables a la esquizofrenia o con comienzo insidioso de la enfermedad son o bien impedido de alcanzar una clase superior estado o avanzar progresivamente hacia abajo (Eaton, 1988). Sin embargo, es posible que los factores relacionados con las condiciones ambientales en los barrios de clase baja, tales como los riesgos profesionales, la atención materna y obstétrica de pobres o alto estrés psicosocial, puede desempeñar un papel en algunos subgrupos de personas con la esquizofrenia. Por otra parte, cabe señalar que en los países no occidentales, como la India y en otros lugares, el patrón opuesto se ha observado: la prevalencia de la esquizofrenia es mayor en los grupos sociales más altos (Nandi, 1980). La clase social está relacionada con los factores que conducen a diferentes patrones de ocurrencia de la esquizofrenia en los distintos países y deben ser investigados. Los resultados para el estado civil son notables también. El índice de riesgo para las personas que son solteras en comparación con sus coetáneos masculinos es de alrededor de 4 (Eaton et al., 1988). Aunque esto es probablemente relacionado con un proceso de selección análoga a la descrita para la clase social, hay algunas sugerencias que el matrimonio, así como cualquier relación interpersonal cercana, podría actuar como un factor de protección.

- Los factores predisponentes.

Entre los factores predisponentes, los genéticos son más importantes. La responsabilidad a la contribución genética de la esquizofrenia ha sido bien establecida y es estimada en torno al 60% (Kendler & Diehl, 1993), aunque los modelos de transmisión genética, los genes de predisposición y el vínculo entre los factores genéticos y el la fenomenología de la esquizofrenia están lejos de ser identificados. Los datos disponibles dejan margen para las influencias ambientales, como lo demuestra la concordancia de las tasas de menos del

50% en gemelos monocigóticos y riesgos durante la vida de alrededor de 45% en niños de dos padres esquizofrénicos. Sólo el 10% de las personas con esquizofrenia tienen un padre afectado (Gottesman, 1991).

El papel de las complicaciones del embarazo y el nacimiento es menos seguro. En general, la evidencia sugiere que un subgrupo de personas que desarrollan la esquizofrenia han experimentado un mayor número de estos problemas (McNeil, 1995), aunque la fuerza de la asociación no es impresionante. Por otra parte, esto puede ser simplemente un aspecto de una tendencia hacia mayores tasas de psicopatología en las personas que han sufrido daño perinatal.

- Factores precipitantes.

Entre la variedad de variables interpersonales, sociales y culturales se postulan como factores precipitantes, el entorno familiar sigue siendo el mejor documentado.

Un gran cuerpo de investigación muestra que los patrones de interacción familiar caracterizado por comunicaciones poco claras o comunicación fragmentada, el estilo afectivo negativo, la crítica, la hostilidad son fuertes predictores de la recaída en la esquizofrenia, aunque las pruebas de su influencia en la aparición es muy limitada (Miklowitz, 1994). También hay indicios de que otros aspectos menos definidos de su medio familiar pueden ejercer efectos de protección en las personas vulnerables (Tienari et al., 1989).

Comorbilidad

En los últimos años, un número de estudios de los patrones de diagnóstico en clínicas y muestras de la comunidad han demostrado que la comorbilidad entre trastornos mentales es bastante común (Kessler, 1995). La esquizofrenia no es una excepción: el riesgo en las personas con esquizofrenia de cumplir los criterios de otros trastornos mentales es muchas veces mayor que en la población general. En relación con el tratamiento y las cuestiones de pronóstico, la comorbilidad con la depresión y abuso de sustancias son especialmente pertinentes.

El porcentaje de personas con esquizofrenia que muestran en cualquier momento depresión, clínicamente significativa es al menos del 25% (Roy et al., 1983). Los síntomas depresivos pueden ser observados principalmente en las etapas iniciales de una recaída psicótica o después de la recuperación de la psicosis. Los pacientes que experimentan depresión cuando están en la remisión de un episodio psicótico, en un momento de creciente penetración en su enfermedad, están en alto riesgo de suicidio. Esto es especialmente cierto para los hombres jóvenes con buenas y altas expectativas premórbidas, que muestra auto-reporte o percibe desesperanza (Caldwell & Gottesman, 1990).

El abuso de sustancias asociadas con la esquizofrenia ha surgido en los últimos años como un problema importante, especialmente en los países occidentales. En los Estados Unidos, la prevalencia del abuso de sustancias o dependencia en las personas con la esquizofrenia se ha estimado en más del 30% para el alcohol y alrededor del 25% para las drogas ilícitas (Regier et al., 1990). La prevalencia del hábito de fumar se ha informado muy por encima del 50% (Masterson & O'Shea, 1984). Hay algunas pruebas de que las personas con esquizofrenia prefieren, en su caso, la activación de las drogas como las anfetaminas, la cocaína, cannabis y los alucinógenos (Schneier & Siris, 1987).

El impacto de la comorbilidad con abuso de sustancias es significativo en la reducción de la eficacia del tratamiento, el empeoramiento de los síntomas psicóticos positivos, el aumento de la incapacidad social y elevar el riesgo de violencia (Cuffel et al., 1994). Aunque la comorbilidad médica ha sido menos investigado y sigue siendo a menudo descuidado, hay pruebas de que las enfermedades médicas, sobre todo si se ejecuta una crónica de supuesto, puede ser un problema grave en los pacientes con esquizofrenia, mas en la morbilidad y la mortalidad. Por último, en los últimos años la infección por VIH se ha reportado con aumento de la frecuencia, las tasas de prevalencia está alrededor del 7% (Sewell, 1996).

Diagnóstico

En ausencia de un marcador biológico, el diagnóstico de la esquizofrenia se basa en exámenes del estado mental, por lo general, a través de una entrevista clínica y en la observación de la conducta del paciente. La Tabla 2 muestra las pautas para el diagnóstico de la esquizofrenia de acuerdo a los dos principales sistemas de clasificación y los manuales más utilizados actualmente, la CIE-10 (2003) y el DSM-IV TR (2012).

TABLA 3. Criterios de Diagnostico de la Esquizofrenia

DSM - IV	CIE - 10
<p>A. Síntomas característicos: dos o más de los siguientes cada uno presente por un periodo de tiempo de un mes o menos si hubo un tratamiento útil: a) Delirios, B) Alucinaciones, C) Discurso desorganizado, D) Conducta muy desorganizada o catatónica, E) Síntomas negativos. (aplanamiento afectivo, alergia o defectos en la volición).</p> <p>Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.</p> <p>B. Alteración social/ocupacional. Durante un tiempo significativo desde el comienzo del problema, ha habido fallas en áreas como la del trabajo y de las relaciones interpersonales o en lo referente al cuidado personal; todo ello conduce a una disminución significativa en el nivel de logros previos al comienzo del problema.</p> <p>Cuando el comienza sucede en la pubertad o en la adolescencia aparecen fallas en el nivel de logros interpersonales, académicos u ocupacionales.</p>	<p>Se requiere la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes de cualquiera de los síntomas de a al d, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el inciso e al h, que hayan estado presentes durante la mayor parte del tiempo durante un periodo de un mes o más.</p> <ul style="list-style-type: none">a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura, tales como las ideas de identidad religiosa o política, capacidad o poderes sobrehumanos.e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o

<p>C. Duración. Signos del padecimiento presentes en forma continúa en un periodo de seis meses cuando menos. Este periodo incluye la presencia de tres criterios de A durante un mes o menos si hubo tratamiento y pueden incluir manifestaciones prodrómicas o residuales.</p> <p>D. Exclusión del trastorno esquizoafectivo y del trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos.</p> <p>E. Exclusión de que la causa es debido a una sustancia o por una condición médica general. La enfermedad actual no es la consecuencia directa de una alteración fisiológica producida por alguna sustancia.</p> <p>F. Relación con un trastorno profundo del desarrollo. Si hay una historia de trastorno autista o algún otro trastorno profundo del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia se hará solo si son muy notables los delirios o alucinaciones durante por lo menos un mes o menos si hubo un tratamiento útil.</p>	<p>ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o de manera permanente.</p> <p>f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.</p> <p>g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor.</p> <p>h) Síntomas negativos, tales como apatía marcada, empobrecimiento de lenguaje o incongruencia de la respuesta emocional.</p> <p>i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos y aislamiento social.</p> <p>Nota: El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecederan al trastorno del humor.</p>
---	--

A pesar de que la CIE-10 y el DSM-IV TR utilizan criterios de diagnóstico similares, ambos son utilizados para la obtención del diagnóstico en las unidades psiquiátricas ya que existen diferencias que hacen que ambos manuales sean utilizados.

Tipos de esquizofrenia

En la siguiente tabla se describirán las categorías diagnósticas más aceptadas por la CIE-10 (2003) y el DSM-IV TR (2012).

Tabla 4. Tipos de Esquizofrenia de acuerdo a la CIE-10

<p><i>Esquizofrenia de tipo paranoide</i></p>	<p>El rasgo principal de la presencia de ideas delirantes persecutorias, de grandeza etc. El inicio de este padecimiento es cuando la persona pierde el contacto con la realidad y la sustituye por sus fantasías e interpretaciones falsas, son personas desconfiadas y constantemente</p>
---	---

	<p>alertas de los que lo rodean, a la expectativa, pero a la vez con una actitud reflexiva, con la que tratan de explicarse todo lo que ocurre a su alrededor. Frecuentemente se presentan alucinaciones que dan apoyo al delirio y estas pueden ser auditivas y visuales; durante los primeros años de evolución de la enfermedad es más probable que haya una posible recuperación, y si es que estas personas son atendidas. Cuando el cuadro de esquizofrenia puede generarse una seria desorganización: sus delirios son menos comprensibles y reaccionan emocionalmente de forma impredecible.</p>
<i>Esquizofrenia de tipo hebefrénico</i>	<p>El comienzo puede ser lento e insidioso o bien, rápido, y se presenta ante una situación traumática o una pérdida; consiste en una conducta desorganizada y carente de sentido, con cambios bruscos del estado de ánimo, en un momento la persona puede reír a carcajadas sin que haya un motivo para estar alegre, y rápidamente pasar sin razón a la tristeza. Las características centrales de este cuadro son las diferentes represiones, la actividad es constante sin que se dirija a un fin determinado y las respuestas emocionales son inadecuadas.</p>
<i>Esquizofrenia catatónica</i>	<p>El sujeto presenta estados de actividad motriz desorganizada, o bien, puede mostrarse inmóvil, con pérdida de su movimiento espontáneo, flexibilidad seria y cara sin expresión durante los episodios de manía catatónica el sujeto muestra hiperactividad, dificultades para conciliar el sueño y falta de apetito. Una persona con estupor catatónico puede permanecer por horas acostada o sentada en una posición inmóvil, con la vista fija. Tanto en el estado de estupor como en la actividad motora, pueden presentarse alucinaciones auditivas, visuales y delirios de contenido persecutorio o místico. Este trastorno tiene un comienzo repentino y desaparece súbitamente, no es frecuente encontrarla libre, si no acompaña a algún otro tipo de esquizofrenia.</p>
<i>Esquizofrenia indiferenciada</i>	<p>Se trata de una categoría que debe usarse cuando se cumplen los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Satisfacen las pautas para esquizofrenia. b) No satisfacen las pautas de los tipos catatónico, hebefrénico o paranoide. c) No reúne las pautas para la esquizofrenia residual o la depresión postesquizofrénica.
<i>Esquizofrenia residual</i>	<p>Presencia de síntomas esquizofrénicos negativos destacados por ejemplo, inhibición psicomotriz, falta de iniciativa, embotamiento afectivo, deterioro del aseo personal y del comportamiento social.</p> <p>Un periodo por lo menos de un año durante el cual la intensidad y la frecuencia de la sintomatología florida han sido mínimas o han estado claramente apegadas, mientras que destacaba un síndrome esquizofrénico negativo.</p>
<i>Esquizofrenia simple</i>	<p>Desarrollo progresivo durante un periodo superior a un año, de los síntomas negativos característicos de la esquizofrenia residual, antecedentes de alucinaciones, de ideas delirantes ni de otras manifestaciones de un episodio psicótico pasado, con cambios significativos en la conducta personal manifestados con una marcada pérdida de interés y aislamiento social.</p>

<i>Depresión postesquizofrénica</i>	El enfermo ha tenido en los últimos doce meses una enfermedad esquizofrénica que satisfacía las pautas generales de esquizofrenia, persisten algunos síntomas esquizofrénicos; los síntomas depresivos son destacados, fuentes de malestar y cumplen al menos las pautas de un episodio depresivo y han estado presentes durante dos semanas.
<i>trastorno esquizotípico</i>	<p>a) Se diagnostica si cumplen con los siguientes criterios:</p> <p>b) La afectividad es fría y vacía de contenido, y a menudo se acompaña de anhedonia.</p> <p>c) El comportamiento o la apariencia son extraños, excéntricos o peculiares.</p> <p>d) Empobrecimiento de las relaciones personales y una tendencia al retraimiento social.</p> <p>e) Ideas de referencia, ideas paranoides o extravagantes y creencias fantásticas.</p> <p>f) Rumitaciones obsesivas sin resistencia interna a menudo sobre contenidos dismórficos, sexuales o agresivos.</p> <p>g) Episodios casi psicóticos, ocasionales y transitorios, con alucinaciones visuales y auditivas intensas.</p>
<i>Trastornos esquizoafectivos</i>	<p>Las manifestaciones de ambos tipos de síntomas, esquizofrénicos y afectivos, son claras y destacadas y se presentan de manera simultánea con un plazo de pocos días entre unos y otros, dentro del mismo episodio de la enfermedad, y se diagnostica cuando, como consecuencia de lo anterior, el episodio de enfermedad no satisface las pautas ni de esquizofrenia ni de episodio depresivo o maniaco.</p> <p>a. <i>Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco.</i> Debe de existir una exaltación marcada del humor, o una exaltación menos evidente del humor acompañada de irritabilidad o excitación. Debe hallarse claramente presente dentro del mismo episodio, por lo menos uno o de preferencia dos síntomas de la esquizofrenia</p> <p>b. <i>trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.</i> Debe aparecer un humor depresivo marcado, acompañado por lo menos de dos síntomas depresivos característicos o del trastorno del comportamiento enmarcado en el episodio depresivo. Además, deben hallarse dentro del mismo episodio, por, lo menos uno y de preferencia dos síntomas típicamente esquizofrénicos.</p> <p>c. <i>Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.</i> Trastornos en los cuales los síntomas esquizofrénicos coexisten con los de trastorno bipolar, episodio actual mixto.</p>

Para el diagnóstico de la esquizofrenia de acuerdo con el DSM-IV TR, en general, la mayoría de los conceptos son similares a los expuestos por la CIE-10 con algunas excepciones como lo son:

- En el DSM-IV TR no se considera a la esquizofrenia simple como un tipo de esquizofrenia, solamente aparece como una categoría en proceso de investigación.
- En el DSM-IV TR el trastorno esquizotípico no es considerado como un tipo de esquizofrenia, si no que se ubica como un trastorno de la personalidad.
- El DSM-IV TR ha sustituido el término de hebefrénico por el término desorganizado.

De acuerdo con lo anterior son muchos factores los que dan cuenta de existe discapacidad en los pacientes con trastorno de esquizofrenia por lo que ambos términos van en conjunto, al momento de mencionar a la esquizofrenia implica un cierto grado de discapacidad.

Las discapacidades de los pacientes en diferentes grupos de diagnóstico con esquizofrenia parecen ser de una calidad y naturaleza similares a pesar de las diferencias en su severidad. El impacto de la psicopatología sobre la discapacidad parece ser más importante que el del diagnóstico de por sí.

LA DISCAPACIDAD MENTAL.

Existen tres conceptos específicos que conviene aclarar para no crear una confusión, el concepto de “deficiencia”, “discapacidad” y “minusvalía”. Discapacidad es un término base para déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales individuales (factores ambientales y personales).

- Deficiencia: hace referencia a la existencia de una alteración o anomalía de una estructura anatómica que condiciona la pérdida de una función, que puede ser tanto fisiológica como psicológica. CIDDM-2 (2001)
- Discapacidad: hace referencia a cualquier restricción o falta de capacidad (aparecida como consecuencia de una anomalía) para llevar a cabo una actividad determinada. CIDDM-2 (2001)
- Minusvalía hace referencia a la existencia de una barrera presente en el individuo, como consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, la cual limita o impide el desarrollo del rol que sería esperable en ese individuo en función de su edad, sexo y situación social y cultural. CIDDM (2001)

Estos términos tienen que ver con un modelo secuencial, basado en el esquema etiología-patología.

Discapacidades y Minusvalías de la OMS (CIDDM-2)

De acuerdo con este esquema, una enfermedad o un trastorno específico (por ejemplo una infección en el período prenatal por citomegalovirus) da lugar a una deficiencia (lesiones cerebrales en el feto), las cuales a su vez darán lugar a una discapacidad (discapacidad para el aprendizaje) que determinarán la

existencia de una minusvalía en el sujeto (incapacidad para cuidar de sí mismo adecuadamente y de funcionar con autonomía en el medio social).

Frente a esta definición lineal, existe una nueva propuesta, más compleja e interaccional (la de la segunda versión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDDM-2), así como una visión integradora, en especial en lo relativo al ámbito de la patología psiquiátrica, a la que la discapacidad va unida muy frecuentemente (y que viene representada por la versión multiaxial de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10, 2003).

La CIDDM-1 delimita los tres conceptos básicos antes definimos, en relación con los cuales aísla tres niveles:

- a) Nivel DE (deficiencia), el cual sirve para hacer referencia a la pérdida o la anormalidad de una estructura o función.
- b) Nivel DI (discapacidad), que habla de la restricción o ausencia de la capacidad de realizar alguna actividad en la forma que se suele considerar normal para un ser humano.
- c) Nivel M (minusvalía), que hace referencia a la situación desventajosa que se crea para un individuo determinado como consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, desde el momento en que se ve limitado o impedido para el desempeño de un rol que sería normal en su caso (teniendo en cuenta su edad, sexo y los factores sociales y culturales que puedan concurrir).

TABLA 5. Tipos de Discapacidad CIDDM- 2001

Nivel	Contenidos
DISCAPACIDADES	<ul style="list-style-type: none"> •Discapacidades de la conducta •Discapacidades de la comunicación •Discapacidades del cuidado personal •Discapacidades de la locomoción •Discapacidades de la disposición del cuerpo •Discapacidades de la destreza •Discapacidades de situación •Discapacidades de una determinada aptitud

Frente a la visión lineal de la CIDDM-2, que “localiza” la deficiencia en el sujeto, generando con ello una notable inconsistencia en las categorías, la CIDDM-2 pretende basar su esquema de clasificación en el modelo biopsicosocial, planteando la existencia de tres niveles a los que referir la valoración:

- a) el nivel biológico, desde el que se puede plantear la existencia de la deficiencia;
- b) el nivel de la persona, al que referir las actividades personales y sus limitaciones; y
- c) el nivel social, en función del cual se define el grado de participación social del individuo.

De este modo, el estado de salud del sujeto viene dado por su situación en un esquema tridimensional, en el que los ejes vienen dados por las dimensiones “deficiencia”, “actividad” y “participación”.

Esto supone pasar de un modelo basado en el individuo, el cual es concebido como “portador” de la discapacidad y sobre el que se actúa desde un esquema médico e individual con la pretensión de modificar su comportamiento, a un modelo basado en la concepción de la deficiencia como resultado de la interrelación del sujeto con su entorno.

Desde esta visión, la acción es de naturaleza social, y a través de ella el sujeto y la sociedad se movilizan luchando conjuntamente para cambiar todo aquello que genera la discapacidad, es decir, no sólo la patología médica, sino también las características físicas del entorno, las actitudes de los otros, los derechos del individuo, etc. Con ello, se promueven todas aquellas medidas (no sólo de carácter médico, sino de carácter sanitario en el sentido más amplio del término) que pueden generar un cambio social favorable.

Dentro de este esquema, la deficiencia viene dada por el hecho de que el cuerpo (y secundariamente la mente) no funciona de forma apropiada, lo que da lugar a una alteración en una determinada función o estructura.

Por función corporal hay que entender las funciones fisiológicas y psicológicas de los diferentes sistemas que configuran el organismo, en tanto que el concepto de estructura corporal hace referencia a las partes anatómicas que componen el cuerpo (tales como los órganos, los miembros y sus componentes). Hablamos, por tanto, de la existencia de una deficiencia cuando existe un problema en alguna función o estructura corporal que provoca un funcionamiento que difiere significativamente del que sería esperable en el sujeto en condiciones normales.

El concepto de actividad (y sus limitaciones) tiene que ver con las tareas y las acciones que las personas realizan, hablándose de limitación de la actividad para hacer referencia a la existencia de una diferencia significativa entre las actividades que el sujeto puede realizar y las que serían propias de él en condiciones normales.

Finalmente, el término participación hace referencia a la implicación del sujeto en situaciones específicas, definiéndose la restricción de la participación como una diferencia significativa entre lo observable y lo esperable en relación con este punto.

Las tres dimensiones, no son valoradas de forma aislada, sino en interacción con otros dos conjuntos de elementos: los factores contextuales (que tienen que ver con los factores ambientales y personales que han tenido y tienen impacto sobre el estado global del sujeto) y los factores ambientales (que vienen dados por el entorno físico, social y actitudinal que rodea al sujeto).

Diagnóstico psiquiátrico y discapacidad: la versión multiaxial de la CIE-10 (2003)

En la versión multiaxial de la CIE-10 confluyen las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico y las de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM-1(1993) y CIDDM-2 (2001). Esta conjunción es necesaria, ya que el complejo “diagnóstico/

discapacidad” es capaz de predecir fenómenos tan importantes como la utilización de servicios sanitarios por parte del paciente, la duración de la hospitalización, las posibilidades de reinserción laboral, el rendimiento en el trabajo o el nivel de integración social.

Eje I. DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS

- Trastornos mentales
- Trastornos somáticos

Eje II. DISCAPACIDADES

- Cuidado personal
- Funcionamiento ocupacional
- Funcionamiento en la familia
- Comportamiento social en general

Eje III. FACTORES AMBIENTALES Y CIRCUNSTANCIALES

- Hechos negativos en la niñez
- Educación y analfabetismo
- Grupo de apoyo y circunstancias familiares
- Ambiente social
- Vivienda y circunstancias económicas
- Empleo y desempleo
- Medio ambiente del enfermo
- Circunstancias psicosociales
- Circunstancias legales
- Historia familiar de trastornos mentales y discapacidades
- Estilo de vida y manejo de las dificultades de la vida.

Lo anterior muestra la estructura básica de la versión multiaxial de la CIE-10, como se puede observar, existen tres ejes básicos. En el primer eje se incluyen los diagnósticos clínicos presentes en los sujetos (tanto orgánicos como

psiquiátricos). En el segundo eje se considera la discapacidad existente, en relación con cuatro dimensiones: cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento en la familia y comportamiento social en general. Finalmente, en el tercer eje se incluyen todas las circunstancias biográficas y ambientales que puedan haber contribuido o contribuyan a modular la situación del paciente (por ejemplo, situaciones de carencia afectiva en el pasado o estilo de vida presente).

La Tabla 5 contiene los criterios que la versión multiaxial de la CIE-10 utiliza a la hora de cuantificar el grado de discapacidad existente en el sujeto. Como se puede observar, existen seis niveles perfectamente definidos, que cubren un espectro que va del 0 al 100%, considerando estos valores como los extremos de la discapacidad (ausente-extrema).

TABLA 6. Severidad de la Discapacidad 1

Valor	Definición	Características	Porcentaje
0	NINGUNA DISCAPACIDAD	El funcionamiento del paciente se adecua a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural: no existe discapacidad en ningún momento.	0%
1	DISCAPACIDAD MÍNIMA	Existe desviación de la norma en una o más de las actividades o funciones: paciente ligeramente discapacitado algún tiempo.	20%
2	DISCAPACIDAD OBVIA	Existe desviación llamativa de la norma interfiriendo con la adaptación social: paciente ligeramente discapacitado bastante tiempo o moderadamente, discapacitado durante un corto tiempo.	40%
3	DISCAPACIDAD SERIA	Existe desviación muy marcada de la norma en la mayoría de las actividades y de las funciones: paciente moderadamente discapacitado bastante tiempo, o severamente discapacitado algún tiempo.	60%
4	DISCAPACIDAD MUY SERIA	Existe desviación muy marcada de la norma en todas las actividades y las funciones: paciente gravemente discapacitado la mayoría del tiempo o moderadamente discapacitado todo el tiempo.	80%
5	DISCAPACIDAD OBVIA	La desviación de la norma ha alcanzado un punto crítico: paciente gravemente discapacitado todo el tiempo	100%

Fuente. Vas 2001. Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM-2).

Como se puede observar en la tabla 5, hay cuatro áreas básicas de evaluación. En la primera de ellas (cuidado personal) se valora la capacidad del sujeto para responsabilizarse de su higiene personal y de su salud, mantener hábitos alimentarios regulares y saludables, asumir el cuidado de sus pertenencias, mantener una actividad ocupacional apropiada, tener un buen funcionamiento a nivel familiar y un adecuado comportamiento social. La segunda área (funcionamiento ocupacional) valora la capacidad del sujeto para asumir las condiciones de trabajo, su interés por mantener el mismo y la calidad del trabajo desarrollado.

TABLA 7. Áreas de referencia de la discapacidad

Áreas		Característica
CUIDADO PERSONAL		Mantenimiento de la higiene personal y salud física (limpieza corporal, afeitado, limpieza de la ropa...). Hábitos alimentarios (ritmo regular de comidas, pérdida o ganancia de peso...) Cuidado de la casa y de las pertenencias.
FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL		Conformidad del paciente con la disciplina del Trabajo, Calidad del trabajo del paciente, Interés por mantener la ocupación.
FUNCIONAMIENTO EN LA FAMILIA	RELACIÓN MARITAL	Comunicación del paciente con su cónyuge Capacidad del paciente para demostrar afecto e interés. Punto hasta el cual el paciente siente que su cónyuge es un soporte para él.
	RELACIÓN PATERNOFILIAL	Actividades básicas que lleva a cabo el paciente para mantener la salud y la seguridad de los hijos. Grado de unión con los hijos, intensidad del afecto e interés mostrado por el bienestar y el futuro de los hijos. Abuso en la función de padre y posibles efectos negativos sobre los hijos.
	PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LA CASA	Funciones y obligaciones del paciente para mantener la familia como un grupo social viable. Participación en las actividades de la casa.
FUNCIONAMIENTO EN EL CONTEXTO SOCIAL GENERAL		Respuesta a las preguntas, ruegos y peticiones de la gente fuera del ambiente familiar. Disposición a vivir en un ambiente "impersonal" (autobús, comercios...) Trato con gente desconocida. Relaciones con amigos. Participación en actividades de ocio fuera del ambiente familiar .

Fuente. Vaz, 2001. Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM-2)

La familia de clasificaciones internacionales de la OMS proporciona una herramienta útil para describir y comparar la salud de la población en un contexto internacional. La información sobre la mortalidad (proporcionada por la CIE-10) y sobre las consecuencias de salud (aportada por la CIDDM-2) debe ser combinada con medidas que resuman la salud de la población para supervisar la salud de la población y su distribución, y también para evaluar la contribución de diferentes causas.

La CIDDM-2 organiza la información en dos partes: (1) Funcionamiento y Discapacidad, y (2) Factores Contextuales:

1.- Componentes del funcionamiento y la discapacidad

(a) El componente del Cuerpo consta de dos clasificaciones, una para las funciones de los sistemas corporales, y otra para las estructuras del cuerpo.

Los capítulos de ambas clasificaciones están organizados siguiendo los sistemas corporales.

(b) El componente de las Actividades y Participación cubre el rango completo de dominios que denotan aspectos del funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social.

2.- Factores contextuales

(a) Una lista de Factores Ambientales forma parte de los factores contextuales.

Los Factores Ambientales ejercen un impacto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y están organizados partiendo del entorno más inmediato al individuo y llegando hasta el entorno general.

(b) Los Factores Personales son un componente de los factores contextuales pero no están clasificados en la CIDDM-2 debido a la gran variabilidad social y cultural asociada con ellos.

Los componentes del funcionamiento y la discapacidad de la CIDDM-2 pueden ser empleados de dos maneras. Por un lado pueden ser utilizados para indicar problemas (ej., deficiencias, limitación en la actividad o restricción en la participación; todos ellos incluidos bajo el concepto global de *discapacidad*).

Por otro lado pueden indicar aspectos no problemáticos (ej. neutrales) de la salud y de aspectos relacionados con la salud (incluidos los aspectos bajo el término genérico de *funcionamiento*).

Los factores contextuales incluyen tanto factores personales como factores ambientales. La CIDDM-2 incluye un esquema exhaustivo de los factores contextuales como un componente esencial de la clasificación.

Los Factores Ambientales interactúan con todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad. El constructo básico de los factores ambientales es el impacto facilitador o de barrera de los aspectos del mundo físico, social y actitudinal.

La CIDDM-2 tiene dos partes, cada una con dos componentes:

Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad

(a) Funciones y Estructuras Corporales

(b) Actividades y Participación

Parte 2: Factores Contextuales

(a) Factores Ambientales

El funcionamiento y la discapacidad en la persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales.

LA ESQUIZOFRENIA Y DISCAPACIDAD MENTAL

Consecuencias de la discapacidad en esquizofrenia.

La Organización Mundial de la Salud ha descrito cinco consecuencias de la enfermedad de la esquizofrenia (Barbato, 1998):

- **Mortalidad:** A pesar de la esquizofrenia no es en sí misma una enfermedad mortal, los índices de mortalidad de las personas que padecen esta enfermedad son dos veces superiores a los de la población general. Las causas principales de mortalidad en aquellas personas que viven en la comunidad y sufren de esquizofrenia son el suicidio y otros accidentes, aunque las afecciones cardiovasculares son una causa de mortalidad más pronunciada en las personas con diagnóstico de esquizofrenia, probablemente debido a un estilo de vida insano, a un acceso limitado a los servicios sanitarios y los efectos secundarios de la medicación antipsicótica (Barbato et al., 1998).
- **Estigma social:** El estigma social hace referencia a un conjunto de atributos desacreditados relacionados con unas actitudes y creencias negativas que afectan a la identidad de la persona y que derivan en una percepción de uno mismo perjudicada a partir del rechazo social. El estigma está fuertemente vinculado a la etiqueta de "enfermo mental" y no se relaciona con los rasgos y conductas reales de las personas estigmatizadas. Las consecuencias adversas de la estigmatización pueden ser la utilización de un lenguaje peyorativo, impedimentos para lograr un trabajo o un alojamiento, un acceso restringido a los servicios sociales, menos opciones de formar una familia y un maltrato y tasas de institucionalización aumentados (Barbato et al., 1998).
- **Impacto en los cuidadores:** La proporción de personas con diagnóstico de esquizofrenia que viven en la comunidad y que residen con cualquier miembro de la familia de origen o con la propia pareja es de un 82% según los resultados de un estudio realizado con una muestra de una población situada en Barcelona y alrededores (Ochoa, 2003). El impacto en estos cuidadores informales recae en: una sobrecarga económica relacionada con la necesidad de dar apoyo económico al paciente y con la pérdida de productividad en el núcleo familiar, en las reacciones emocionales frente a la enfermedad del

paciente, en el estrés que genera tener que enfrentarse a las conductas anormales, en la ruptura de la rutina dentro del núcleo familiar, en la problemática de captar con el retraimiento social o con conductas interpersonales delicadas y en las limitaciones de las actividades sociales de los cuidadores (Barbato et al., 1998).

- Costos sociales: Una medida que ha sido utilizada como indicador del estado de salud de una población ha sido la pérdida de ADAV (Ajuste de Discapacidad por Años Vividos - "años de vida de adaptación a la discapacidad"). La pérdida de ADAV causada por trastornos esquizofrénicos en todo el mundo fue alrededor de 13 millones. Esta cantidad representa alrededor del 1% de la carga total por enfermedad por cualquier causa. La enfermedad de la esquizofrenia ocupa la posición 26 a la lista de enfermedades según la carga que generan. Otra medida utilizada para evaluar los costos sociales es el cálculo de los costos económicos generados por la enfermedad. En los costos económicos debemos diferenciar entre los costos directos (alrededor del 1.6% -2.6% de los costos generados por sanidad) y los costos indirectos (muy difíciles de medir de manera fiable, en el Reino Unido se ha estimado que se cuadruplican los costos directos) (Barbato et al., 1998).

- Discapacidad Social: La discapacidad se define como una restricción o incapacidad para llevar a cabo una tarea de la manera que se considera normal para un ser humano, esta incapacidad resulta de la pérdida o anomalía funcional o estructural, ya sea física como psíquica (Barbato, 1998). La discapacidad se considera una de las consecuencias graves de la esquizofrenia (Strauss & Carpenter, Jr., 1974; Strauss & Carpenter, Jr., 1972) y, conjuntamente con el déficit cognitivo y desventajas sociales, es un área diana de los programas de rehabilitación. En los trastornos mentales la discapacidad puede afectar varias áreas de funcionamiento social (Janco et al., 1996). Cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento microsocial (familia y personas con las que convive) y funcionamiento macrosocial

Se ha descrito ampliamente la incapacidad de las personas con enfermedad de esquizofrenia para poder ejecutar un buen funcionamiento social, pero los

estudios no son claros a la hora de definir cuál es la fuente de esta incapacidad y, a pesar de los progresos en la medicación antipsicótica, las limitaciones en el funcionamiento social de los pacientes siguen siendo una de las fuentes más importantes de discapacidad para pacientes comunitarios clínicamente estabilizados (Prouteau et al., 2004; Bozikas et al., 2006).

Por un lado, diversos estudios han mostrado asociaciones entre la sintomatología, especialmente, los síntomas negativos, y dominios de funcionamiento (Norman et al., 2000; Greenwood, Landau, & Wyke, 2005), pero no se ha determinado que los síntomas negativos directamente influyan el funcionamiento social.

Green (1996) ha asumido que son un vínculo indirecto entre el funcionamiento cognitivo y el funcionamiento social conjuntamente con otros mediadores (Greenwood, 2005); Dickerson, Boronow, Ringel, & Parente, 1999). Pero por otro lado, aunque algunos estudios han mostrado que hay asociación entre el mal funcionamiento social y cognitivo (Dickerson et al., 1996; Ertugrul & Ulug, 2002), los efectos positivos de programas de rehabilitación cognitiva no se han traducido directamente en la mejora del funcionamiento social (Greenwood et al., 2005).

Desarrollar una base conceptual que ayude a explicar la discapacidad en personas con esquizofrenia es imprescindible para diseñar programas dirigidos a aminorar la discapacidad y realizar una rehabilitación psicosocial (Shankar, Kamath, & Joseph, 1995).

Síntomas y discapacidad

Muchos estudios han evaluado las asociaciones entre la sintomatología positiva y negativa y un mal funcionamiento social, pero han sido los síntomas negativos los que se han asociado de manera consistente con la discapacidad en diversas áreas (Addington & Addington, 1999; Bozikas et al., 2006; Addington, Brooks, & Addington, 2003; Aksaray, Oflu, Kaptanoglu, & Bal, 2002; Dickinson & Coursey, 2002; Usall, Haro, Ochoa, Marquez, & Araya, 2002; Ochoa et al., 2005; Niendam et al., 2006).

Se debe considerar que la evaluación de la sintomatología negativa incluye la evaluación del funcionamiento social del paciente y, por tanto, este conjunto de asociaciones significativas que se han establecido en diversos estudios podría haber sido previsto (Addington et al. , 1999; Dickinson et al., 2002), además, los síntomas negativos parece que no explican por sí mismos la discapacidad social, ya que ésta se mantiene presente aunque la sintomatología negativa mejore (Dickerson et al., 1996). La discapacidad en el funcionamiento social también se ha asociado con la sintomatología positiva (Dickinson et al., 2002) pero de manera menos frecuente.

A pesar de la consistencia de la asociación entre sintomatología negativa y un mal funcionamiento social en varios dominios (Norman et al., 2000; Greenwood et al., 2005; Revheim et al., 2006), no se ha determinado que los síntomas negativos directamente influyan el funcionamiento social ni determinen su evolución (Green, 1996; Dickerson et al., 1999), y cuando se estudia su capacidad predictiva conjuntamente con el funcionamiento cognitivo, parece ser que el último coge todo el peso en el hora de explicar el funcionamiento social de los pacientes (Evans et al., 2003). Este resultado ha conducido a que se asuma que la sintomatología es un vínculo indirecto conjuntamente con otros mediadores entre el funcionamiento cognitivo y el funcionamiento social (Greenwood et al., 2005; Dickerson et al., 1999). Pero de nuevo, los resultados no son consistentes y otros estudios han determinado que la sintomatología negativa es un buen predictor de algunos dominios de funcionamiento social del paciente de manera independiente (Bozikas et al., 2006; Usall et al., 2002) o de manera conjunta con el funcionamiento cognitivo (Mileva, Ho, Arndt, & Andreasen, 2005; Bowie, Reichenberg, Patterson, Heaton, & Harvey, 2006). Otros estudios sugieren que mientras en los primeros episodios el funcionamiento cognitivo llega a explicar porcentajes muy altos de funcionamiento social, la sintomatología negativa coge más fuerza a la hora de explicar el funcionamiento social a medida que evoluciona la enfermedad (Mileva et al., 2005). Este hecho puede ser a consecuencia de la actuación de la medicación antipsicótica, la falta de aplicación de programas de rehabilitación y la acumulación de factores ambientales a lo largo del curso de la enfermedad como hechos vitales estresantes.

Probablemente las manifestaciones sintomáticas sean la manifestación conductual de un funcionamiento o estructura anormal del cerebro que se manifiesta con la presencia de déficit cognitivo, y el mal funcionamiento social sea la consecuencia de este cuadro conductual y cognitivo, a pesar de los diversos estudios que se han realizado para describir estas relaciones no se encuentran resultados clarificadores.

Funcionamiento social

El funcionamiento social requiere de la ejecución de tareas cognitivas complejas (Ertugrul, 2002). Por lo tanto, un mal funcionamiento cognitivo debería ser un factor que limitara la ejecución de un buen funcionamiento social. Hasta el momento, la discapacidad en el funcionamiento social de las personas que lo padecen se ha relacionado con déficits en memoria, fluidez verbal, flexibilidad cognitiva, procesamiento de la información y atención sostenida (Dickerson et al., 1999; Prouteau et al., 2004), pero principalmente se ha relacionado con un mal funcionamiento frontal (Greenwood et al., 2005; Dickinson et al., 2002) y con una mala ejecución en tareas que requieren de memoria verbal (Green, Kern, Braff, & Mintz, 2000; Green, 1996; Addington et al., 1999). La discapacidad en todas estas funciones imposibilitaría la solución de problemas sociales así como la capacidad de adquirir habilidades psicosociales y de llevar a cabo actividades de la vida diaria (Green et al., 2000), por tanto, afectaría el funcionamiento social, familiar y ocupacional (Evans et al., 2004).

El funcionamiento no debe ser conceptualizado como un constructo único e isomórfico sino que hay que tener en cuenta que está formado por diferentes dominios, y cada uno de estos dominios podrá estar relacionado con diferentes dominios cognitivos (Cohen, Forbes, Mann, y Blanchard, 2006). Por ejemplo, déficits en memoria verbal y en la capacidad de atención afectarían la capacidad de adquirir habilidades sociales (Addington et al., 1999) y se asociaría con un mal funcionamiento social comunitario (Cohen et al., 2006) mientras que déficits en las funciones ejecutivas conducirían a un conjunto de dificultades sociales y ocupacionales (Liddle, 2000), y podrían ser un buen

predictor del funcionamiento ocupacional de una persona con diagnóstico de esquizofrenia (Gold, Goldberg, McNary, Dixon & Lehman, 2002). La memoria verbal incluye memoria a largo y a corto plazo y una mala ejecución en cualquiera de estas tareas no permitiría que las personas pudieran llevar a cabo tareas sociales más complejas (Green, 1996), incluso la ejecución en tareas que requieren memoria verbal parecen predecir a largo plazo el funcionamiento comunitario de los pacientes (Fujii & Wylie, 2003). Por otro lado, un mal funcionamiento ejecutivo se ha asociado con un mal funcionamiento social (Penades et al., 2003), pero esta asociación no es consistente (Prouteau et al., 2004; Addington et al., 1999; Dickerson et al., 1996; Fujii et al., 2003), como tampoco lo es la capacidad predictiva del funcionamiento ejecutivo respecto al funcionamiento social (Fujii et al., 2003).

Así como los resultados no son concluyentes en cuanto a la capacidad predictiva de la sintomatología negativa en referencia al funcionamiento social, tampoco lo son los resultados referentes a la capacidad predictiva del funcionamiento cognitivo sobre el funcionamiento social (Mileva et al., 2005; Bowie et al., 2006). Además, las mejoras en funcionamiento cognitivo producidas después de la aplicación de programas de rehabilitación cognitiva no siempre se han traducido en mejoras en el funcionamiento social de las personas con esquizofrenia a quienes se les ha aplicado (Reeder, Smedley, Butt, Uwe Brandt, & Wyke, 2006; Greenwood et al., 2005). Otros estudios, sin embargo, nos indican que los tratamientos psicosociales que incluyen la intervención sobre algunas funciones cognitivas tienen mejores resultados en el funcionamiento social de los sujetos que aquellos programas que no la incluyen (Penades et al., 2003).

Algunos autores proponen que es la combinación de sintomatología con déficits cognitivos (especialmente déficits en la memoria de trabajo) lo que genera un funcionamiento social más deficitario, y sugieren que se crea una relación de círculo vicioso, así los síntomas negativos no permitirían el desarrollo de ciertas tareas que permiten desarrollar la memoria de trabajo, necesaria a la vez para llevar a cabo un buen funcionamiento social en varios

dominios (Greenwood et al., 2005). La conjunción de ambos factores conduciría a un mal funcionamiento social.

Probablemente, la falta de homogeneización en cuanto a los instrumentos de medida de discapacidad, funcionamiento cognitivo y sintomatológico dificulta la comparación entre los resultados de los diferentes estudios. Este hecho hace que los resultados referentes a las asociaciones entre el funcionamiento cognitivo, sintomatología y la discapacidad no hayan sido consistentes (Dickerson et al., 1996).

La heterogeneidad de resultados obtenidos en los distintos estudios pone de manifiesto la necesidad de revisar algunos de los aspectos metodológicos utilizados en los estudios de discapacidad en los pacientes esquizofrénicos

ESTUDIOS QUE EVALUARON DISCAPACIDAD

La discapacidad ha sido abordada por varios autores, siguiendo diferentes metodologías, por ejemplo Lara-Muñoz, M., Robles-García, R., Orozco R., Saltijeral M., Medina-Mora M. & Chisholm D. (2010) realizaron un estudio en el cual su objetivo fue determinar la relación costo-efectividad en México de diferentes intervenciones que han demostrado ser efectivas para el tratamiento comunitario de la esquizofrenia, en el estudio, se evaluaron las siguientes intervenciones: 1: Antipsicóticos tradicionales típicos (haloperidol), 2: Antipsicóticos nuevos atípicos (risperidona), 3: Antipsicóticos tradicionales + tratamiento psicosocial (terapia familiar, entrenamiento en habilidades sociales y terapia cognitivo conductual), 4: Antipsicóticos nuevos + tratamiento psicosocial, 5: Antipsicóticos tradicionales + tratamiento psicosocial + manejo de caso, y 6: Antipsicóticos nuevos + tratamiento psicosocial + manejo de caso.

Los principales hallazgos del estudio son, en relación con los costos de las intervenciones: 1) la mayor proporción corresponde a los generados por los medicamentos; 2) la intervención actual resulta la más barata; y 3) que la combinación de antipsicótico nuevo o atípico con intervención psicosocial y manejo proactivo de caso es la más cara económicamente. En cuanto a la efectividad de las intervenciones, la disponible en la actualidad, con cobertura de 50%, evita 68 222 AVISAs (los años de vida vividos con discapacidad, AVISAs o DALYs, de las siglas de Disability-adjusted life years). Aumentando la cobertura a 80%, el número de AVISAs evitados casi se duplica con el empleo de antipsicóticos típicos. El efecto de las intervenciones psicosociales hace que el número de AVISAs evitados sea tres a cuatro veces mayor. Finalmente, en lo que respecta a costo-efectividad, la combinación de antipsicóticos típicos, intervención psicosocial y manejo proactivo de caso fue el tratamiento con la mejor relación.

Robles R., Medina R., Páez F. & Becerra, B. (2010) realizaron un estudio para evaluar la funcionalidad, discapacidad y salud en la rehabilitación psicosocial de pacientes asilados por trastornos mentales graves en Jalisco. En este reporte se presentan los resultados de la evaluación de funcionalidad, discapacidad y estado de salud de las personas con trastornos mentales

graves y persistentes que se encuentran asiladas en el Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Prolongada (CAISAME-EP) del Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME), la instancia de la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco que se encarga de la atención psiquiátrica de la entidad. En cuanto al método, los pacientes hospitalizados en los pabellones de la institución denominados «de estancia permanente» fueron evaluados con base en: 1.- el apartado de «Actividades y Participación» de la lista corta de cotejo de la CIF (AP-LC-CIF); 2.- la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) y 3.- el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana (PHVC).

Este estudio con un total de 205 usuarios, el 64.9% eran de sexo masculino. Tenían una edad promedio de 40.28 ± 14.39 años y se encontraban hospitalizados hacía 18.04 ± 10.29 años. El diagnóstico más frecuente fue el retraso mental severo (29.8%), le siguió el moderado (15.6%), la esquizofrenia residual e indiferenciada (8.3%), y la esquizofrenia paranoide (7.8%). El 48.8% de la muestra presentó alguna otra enfermedad física ($n=102$).

La mayoría de los usuarios tuvieron entre 31 y 40 de puntuación en la EEAG ($n=54$, 26.3%); el área de mayor deterioro en actividades de la vida cotidiana (PHVC) fue la relativa al contacto social interpersonal, seguida de la de autocuidado; y los dominios del AP-LC-CIF con mayor disfunción fueron: vida comunitaria, social y cívica; vida doméstica; interacciones y relaciones interpersonales, y áreas principales de la vida.

Se identificaron tres grandes grupos de pacientes con enfermedades mentales graves y persistentes asilados en el Estado de Jalisco, México; con necesidades de atención diferentes entre sí. Por una parte, existe un alto porcentaje de usuarios con retraso mental pronunciado que no requiere de atención psiquiátrica continua bajo una norma hospitalaria costosa, sino cuidados en un ambiente protegido que no sea un hospital psiquiátrico. Por otro lado, prácticamente un 70% de los pacientes asilados en la institución es teóricamente susceptible de rehabilitación comunitaria y no hay razón que justifique que vivan en un hospital psiquiátrico. Sin embargo, un tercer grupo de pacientes, que constituye además un altísimo porcentaje, ha estado asilado ahí durante muchos años lo que implica sumar a las tareas para implementar un sistema de rehabilitación comunitaria, un proceso de desinstitucionalización psiquiátrica.

Bobes, J., González, M., Gibert, J., Gutiérrez, M. & Herráiz, M.(1999) realizaron un estudio en España para ver la Evolución a largo plazo de la discapacidad en pacientes esquizofrénicos en tratamiento de mantenimiento con risperidona. El estudio consto de lo siguiente: Se realizó un estudio de fármaco-vigilancia multicéntrica observacional de seguimiento a largo plazo (ocho meses). Se reclutaron 399 pacientes con diagnóstico de trastorno esquizofrénico (criterios CIE-10) a los que se evaluó su calidad de vida, el nivel de discapacidad y la seguridad y eficacia clínica del tratamiento con risperidona. Los pacientes se incluyeron en el estudio, tal como establecen las autoridades sanitarias españolas para los estudios de farmacovigilancia, de acuerdo a los criterios de la práctica clínica cotidiana: falta de eficacia o intolerancia a la medicación previa y expectativa de beneficio y mejoría con risperidona. Una vez que el investigador decidía que el paciente era elegible para el tratamiento con risperidona, la dosis se iba incrementando durante los primeros días de tratamiento ajustándose de acuerdo al estado clínico del paciente.

Las evaluaciones fueron realizadas en la visita basal y a los 2, 4 y 8 meses. La discapacidad se evaluó mediante la versión abreviada de la Escala de Evaluacion de Discapacidades de la OMS, WHO/DAS-S (Short Disability Assesment Schedule, “Programa corto de evaluación de la discapacidad”). Para evaluar la psicopatología se utilizó la Escala Breve de Evaluacion Psiquiatrica (EBEP), y la Impresión Clínica Global (ICG). La seguridad fue evaluada a través del registro de la información espontánea y mediante la subescala de efectos neurológicos de la Escala de Efectos Secundarios (Udvalg für Kliniske Undersogelser, “UKU”).

La WHO/DAS-S, originalmente conocida como WHO/EDI (Escala Diagnostica de Incapacidad), se encuentra en estos momentos en fase de revisión de forma paralela al proceso de revisión que está sufriendo su clasificación (CIDDM-2). La escala abreviada está diseñada para que el clínico evalúe las discapacidades de los pacientes con trastornos mentales en las siguientes áreas: cuidado personal y supervivencia, funcionamiento ocupacional, funcionamiento en la familia y comportamiento social.

El clínico ha de valorar el grado de discapacidad que tiene el paciente en cada una de las áreas y, además, la discapacidad global. La puntuación puede oscilar entre 0 (ninguna disfunción) y 99 (disfunción máxima).

A la hora de valorar la discapacidad el clínico ha de tener en cuenta la gravedad o intensidad de la disfunción, así como la duración de la misma. Se obtuvo que el descenso significativo en las puntuaciones tanto globales como en cada una de las cuatro áreas de discapacidad. La mejoría de la discapacidad depende en gran medida de la mejoría clínica evidenciada mediante la Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (EBVP) y la ICG. A los ocho meses, los pacientes con subtipo paranoide y los menos graves (EBVP e ICG) presentaron significativamente menor discapacidad. El nivel de discapacidad final (R -cuadrada=0.61) depende del nivel basal de discapacidad, de los tres grupos de la EBVP final, de la ICG final, del sexo y del subtipo de esquizofrenia.

La principal dificultad consiste en encontrar pacientes esquizofrénicos «ingenuo», es decir, sin que previamente hayan recibido tratamiento psicofarmacológico, especialmente con neurolépticos.

Otra dificultad frecuente es la existencia de dosis variables o regímenes de tratamiento en politerapia. Sin embargo, a diferencia de otros estudios este trabajo evalúa el impacto de un tratamiento fijo y en monoterapia, por lo que elimina una de las variables confusoras, la modalidad terapéutica, reforzando de este modo la validez de los resultados.

En cuanto a las áreas más afectadas, la mayor parte de los estudios (Bobes & cols. et al, 1999) coinciden en establecer una jerarquía interna, en la que las áreas más afectadas corresponderían a la de las relaciones sexuales seguida del funcionamiento ocupacional, siendo el cuidado personal y la supervivencia el área menos afectada. El nivel de discapacidad de los pacientes esquizofrénicos se ha asociado en los distintos estudios a una serie de variables sociodemográficas y clínicas. Se encuentra que las mujeres presentan un menor grado de discapacidad, mientras que en un caso se ha encontrado la evidencia contraria. Los estudios realizados no han encontrado asociación significativa entre el sexo y el grado de discapacidad.

Con respecto a las variables clínicas y su asociación con el nivel de discapacidad, tanto los síntomas positivos como los negativos han aparecido como significativos en diversos estudios, en este estudio (Bobes, et.al, 1999) se encontraron correlaciones altamente significativas entre el nivel de discapacidad y las escalas de gravedad clínica en la visita basal y especialmente en la final.

Además, se ha puesto de manifiesto que la mejoría de la discapacidad experimentada tras ocho meses de tratamiento depende en gran medida de la mejoría del trastorno esquizofrénico evidenciada mediante las escalas BPRS e ICG.

En el análisis multivariante, no se incluyeron ni el estado civil ni el tipo de convivencia, ya que llegaron a la conclusión de que ambas son más un efecto que una causa. Del mismo modo, tampoco se han incluido los síntomas extrapiramidales (movimientos involuntarios como temblores, coreicos, atetósicos, balismo, tics), por no haberse obtenido relación significativa, ni la calidad de vida por entender que ésta es más consecuencia que causa de discapacidad.

Además existen otros factores determinantes adicionales como son la presencia de síntomas negativos que resultan especialmente discapacitantes, el hecho de ser mujer que implica que las mujeres presentan intrínsecamente una discapacidad ligeramente inferior a los varones, y el subtipo de esquizofrenia, de tal modo que la esquizofrenia paranoide conlleva una discapacidad ligeramente inferior.

A través de estos estudios queda de manifiesto que las diversas investigaciones realizadas para medir la discapacidad en personas con esquizofrenia se basan en demostrar la efectividad de algún tipo de tratamiento ya sea terapéutico o farmacológico, por lo que solo se habla de la discapacidad después de haberse sometido a alguno de estos dos tipos de intervenciones los cuales muestran que, en cuanto a las áreas más afectadas, la mayor parte de los estudios, coinciden en establecer una jerarquía interna, en la que las áreas más afectadas corresponderían a la de las relaciones sexuales seguida del funcionamiento ocupacional, siendo el cuidado personal y la supervivencia

el área menos afectada, esto demuestra que los instrumentos utilizados para poder medir el nivel o la severidad de la discapacidad son efectivos, pero existe una limitación en cuanto a la utilización de estos instrumentos ya que por lo general en la mayor parte de las investigaciones se utiliza un mismo instrumento como lo es la Lista de Evaluación de Discapacidad (LED) que es el propuesto por la OMS, la cual mide la discapacidad en los ámbitos ya mencionados y los cuales son considerados como los más importantes o en los que se presenta mayor discapacidad.

El nivel de discapacidad que alcanzan los pacientes esquizofrénicos en el transcurso de su enfermedad resulta ser bastante heterogéneo en los distintos estudios de seguimiento llevados a cabo. Mason (1996) en Nottingham encuentra un 50% de pacientes sin discapacidad o con discapacidad leve (Puntuación en la EFG "Evaluación del Funcionamiento Global" de 61 o más) tras 13 años de seguimiento. Sin embargo, cuando esos mismos pacientes son evaluados con la Escala de Evaluación de Discapacidad (EED) encuentra que en el mes previo al seguimiento solo 13% podían ser incluidos en el grupo de buen funcionamiento. En España, Montero (1998) encuentra que un 60% de sus pacientes, a los 24 meses de seguimiento, pueden ser considerados como con funcionamiento bueno o bastante bueno evaluado con la EED. Cifras inferiores a las anteriores se encuentran en el estudio de Breier (et. al., 1991) con tan solo un 2% de buen funcionamiento (61 o más puntos en la EEG "Escala de Evaluación Global") y en el de Carone (1991) que refieren únicamente un 9 % de los pacientes supervivientes con buen funcionamiento a los 2.5 años, aumentando hasta el 15% a los cinco años. Huguelet (1995) encuentran que un 33% de sus pacientes presentan una buena evolución, entendiéndose por esta una puntuación en la EEG >50. Más recientemente, un estudio llevado a cabo en 3 áreas de España (Burlada, Santander y el Ensanche de Barcelona) sobre un total de 108 pacientes esquizofrénicos (Criterios del DSM) encontró cifras medias de discapacidad según la EEAG de 67 (9.9) en la muestra de Burlada, de 61.5 (15.1) en la muestra de Cantabria y de 61 (19.1) en la muestra de Barcelona.

En España se realizó un estudio multicéntrico sobre monoterapia de mantenimiento con risperidona en pacientes esquizofrénicos.

Este estudio además de incluir un elevado número de pacientes (n=318) realizaba un seguimiento de los mismos durante 8 meses. La discapacidad se evaluaba mediante la EED. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 11 años (8.8), presentando el 45.8% más de 10 años de evolución. La puntuación media global obtenida en la Escala Diagnostica de Discapacidad (EDD) en la visita inicial fue de 51.8 que corresponde a una disfunción obvia. Al cabo de los 8 meses de tratamiento de mantenimiento la puntuación disminuyó significativamente ($p < 0.0001$) alcanzando una puntuación de 37.4 (disfunción mínima). Tanto en la visita inicial como en las de seguimiento el área más afectada resultó ser la ocupacional seguida de la social, y la menos afectada el área de cuidados personal. En el estudio de las 3 áreas españolas también resultó ser el área ocupacional el más afectado en las 3 muestras seguida del comportamiento social, excepto en la muestra de Barcelona en la que la 2ª área más afectada era la familiar. En las 3 muestras el área menos afectada resultó ser la personal.

En el estudio colaborativo de la OMS sobre evaluación y reducción de la discapacidad psiquiátrica, se puso de manifiesto que la disfunción que presentaban los pacientes (entre leve y moderada) parecía tener una jerarquía interna, de tal forma que la función que se alteraba más precozmente era la de las relaciones sexuales, seguida del trabajo, mientras que el autocuidado era de las últimas funciones en deteriorarse, tal como se encontró en los estudios multicéntricos españoles. Del mismo modo, Carone (1991) encuentran un peor funcionamiento laboral que social tanto a los 2.5 años el 65% de los pacientes presentaban al menos un nivel de funcionamiento social moderado (contacto social con amigos dos o más veces al mes), mientras que tan solo el 30% de los pacientes había trabajado más de la mitad del tiempo en el pasado año. Obtuvieron cifras similares a los cinco años de seguimiento (64% y 33% respectivamente). Por el contrario, el estudio de Breier puso de manifiesto un peor nivel de funcionamiento social (50% sin o con contactos sociales superficiales) que de funcionamiento laboral (34% sin empleo).

El nivel de discapacidad de los pacientes esquizofrénicos se ha asociado en los distintos estudios a determinadas variables, tanto sociodemográficas como clínicas.

Así por ejemplo, un gran número de estudios encuentran asociación entre el hecho de ser mujer y un menor nivel de discapacidad (31,36-38), aunque también existen algunos autores que encuentran evidencias en el sentido contrario.

Otros estudios han encontrado asociación estadística entre el nivel de discapacidad de los pacientes esquizofrénicos y su situación laboral. Así, el estudio multicentrico español se encontró que, en general, los pacientes activos presentaban niveles de discapacidad inferiores al resto de situaciones laborales (paro, incapacidad temporal o permanente y minusvalía), tanto en la discapacidad global como en cada una de las cuatro áreas evaluadas. El estudio internacional sobre discapacidad de la OMS obtuvo estos mismos resultados, encontrando que aquellos pacientes que se encontraban en activo en al menos dos de las tres ocasiones en que fueron evaluados, presentaban niveles de discapacidad significativamente inferiores a los de los pacientes que nunca habían trabajado o lo habían hecho solo una vez.

Con respecto a las variables clínicas y su asociación con el nivel de discapacidad, tanto los síntomas positivos como los negativos han aparecido como significativos en distintos estudios. Así por ejemplo Shankar (1995) encontraron una fuerte correlación entre los síntomas negativos y el nivel de discapacidad, evaluado mediante la EDD, tanto en hombres como mujeres. Del mismo modo, (Bailer et.al., 1996) encontraron elevada correlación entre los síntomas negativos y el nivel de discapacidad, evaluado mediante la versión alemana de la EED, aunque la variable que mejor predecía la discapacidad social era el ajuste premórbido. O'Connor & Herman (1993) por su parte, hallaron una tendencia a la asociación entre mayores niveles de síntomas positivos y mayores niveles de discapacidad, evaluada mediante la EFG, en pacientes esquizofrénicos residuales que acudían a programas de rehabilitación. (Montero et.al., 1998) también encontraron asociación significativa entre síntomas positivos y ajuste social deficiente a los 24 meses evaluado mediante la DAS. (Breier et.al.,1991) encontraron asociación entre ambos tipos de síntomas, positivos y negativos, y la puntuación en la EEG y en las medidas de incapacidad en las áreas social, laboral y autocuidado. Además de la regresión múltiple encontraron que ambos tipos de síntomas eran

escogidos como predictores de la puntuación de la EEG, mientras que solo los síntomas negativos predecían las medidas funcionales (empleo, contactos sociales y autocuidados).

Otra variable clínica que ha demostrado jugar un papel importante en la discapacidad de los pacientes es el tiempo de evolución. Así el estudio de Van der Heiden (1995) demostró diferencias significativas entre el nivel de discapacidad social al año y a los 5 años frente al nivel a los 14 años (64%), poniendo de manifiesto un incremento de la discapacidad social en función del tiempo de evolución de la enfermedad. Sin embargo, otros estudios prospectivos encontraron que tras una fase inicial de deterioro en el funcionamiento se alcanzaba una fase de estabilización, y tardíamente aparecían mejorías en el funcionamiento. Este es el caso del Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia en el que el grado de deterioro de los pacientes a los 11 años era similar al que presentaban a los dos y cinco años, con lo que estos pacientes no habían experimentado ni deterioro ni mejoría a lo largo de un periodo de seis a nueve años, es decir, su funcionamiento había permanecido estabilizado durante ese periodo de tiempo. Por el contrario, Mason (et.al.,1996) en el estudio de seguimiento de 13 años de una cohorte de pacientes esquizofrénicos que contactaban por primera vez con los servicios psiquiátricos, encontraron un incremento en el porcentaje de pacientes con buen funcionamiento social al año de seguimiento (del 13.6 % al inicio al 29.5% al año), y que dicho incremento se mantenía a lo largo del estudio (36.4% y 31.8% a los 2 y 13 años respectivamente). Para los autores, la mejoría obtenida al año era de esperar ya que correspondería a recuperación del episodio esquizofrénico.

Estudios que utilizaron la EDS

Erkens & cols (2008) utilizaron la Escala de Discapacidad de Sheehan como medida de resultado en los pacientes externos deprimidos, obteniendo los siguientes datos: Los pacientes incluidos asistieron a una clínica para pacientes externos y participaron en un ensayo aleatorio controlado. Después de la línea base la evaluación fue de 6 semanas, 12 semanas de La Escala para la Clasificación de la Depresión de Hamilton (ECD-H) e Inventario de Depresión de Beck (IDB).

La población de estudio consistió de 193 participantes: La edad media de 39.8 (rango 20-65 años) 69 (35,8%) hombres y 122 (63,2%) mujeres. El cumplimiento de todos los criterios de un trastorno depresivo mayor y una puntuación de 14 o más en la versión 17 de la ECD (puntuación en la línea base). La correlación de Pearson, entre la autovaloración IDB nominal y el experimentador ECD nominal, rango de $R = 0.491$ al inicio de $R = 0.659$ a las seis semanas a $R = 0.726$ a las doce semanas ($p < 0.01$, dos colas). La gravedad de la depresión (IDB) y ECD correlacionada de $R = 0.364$ al inicio del estudio a $R = 0.488$ en seis semanas y $R = 0.664$ a las doce semanas ($p < 0.01$, dos colas). Esto significa que en la percepción del paciente, la depresión y la discapacidad están estrechamente relacionadas, pero no son similares, como refleja en la variación máxima del 36%. Relación entre la ECD y la IDB, mostró la misma tendencia al inicio del estudio, la correlación es baja, $R = 0.259$, 0.583 seis semanas y doce semanas $R = 0.744$.

Y llegaron a la conclusión que la ECD puede ser considerada muy valiosa y la medida de resultado muy eficaz en la Evaluación del tratamiento.

Whiteside S. (2009) realizó una Adaptación de la escala de Discapacidad de Sheehan a la niñez y la insuficiencia de los padres en relación en los trastornos de ansiedad en la infancia.

Paralelamente hijos y padres fueron creando informes para evaluar el grado en que la ansiedad interfiere con el niño y el padre en la forma social, educativa / ocupacional, y el funcionamiento familiar.

Los datos de 267 niños ansiosos (140 chicos de entre 5-19 años) y sus padres, los datos que se obtuvieron durante la evaluación diagnóstica se compararon con datos de 85 niños (47 chicos de entre 9-18 años) de la comunidad conseguidas por correo.

La validez de la Escala de Discapacidad de Sheehan para Niños (EDSN) se llevo a cabo al analizar los formularios del informe con el apoyo de las correlaciones de la entrevista y el auto-informe de las medidas relacionadas con las construcciones, así como las diferencias entre niños con y sin trastornos de ansiedad. La sensibilidad de la EDSN a los efectos del tratamiento fue demostrada en un subconjunto de la muestra clínica.

Arbuckle & cols (2007) realizaron la validación psicométrica de la Escala de Discapacidad de Sheehan (EDS) en pacientes con trastorno bipolar y su estudio estuvo constituido por pacientes externos de 21 sitios de Estados Unidos con trastorno bipolar (TB) se completo una batería de instrumentos validados (incluida la EDS) aplicados tres veces a través de 8-12 semanas. La fiabilidad del instrumento (consistencia interna, test-retest), validez (constructo, validez convergente, grupos conocidos) y la capacidad de respuesta fueron medidos. Allí faltaban los datos de la EDS en el 2% de los 225 sujetos con TB. Un factor que explica el 82% de la varianza. La correlación escalar de los ítem fue superada 0.40. Hubo una excelente fiabilidad de consistencia interna de la puntuación total de EDS (alfa de Cronbach 0.89). Fiabilidad test-retest es aceptable para la puntuación total de EDS (coeficiente de correlación intraclass = 0.73). Las Correlaciones con otros instrumentos demuestran la validez de convergencia y divergencia.

En general, los resultados sugieren que la EDS tiene fuerte validez, fiabilidad y la capacidad de detectar cambios en sujetos con TB. Las medias de la línea base en la EDS en los ítems de temas incluidos en este estudio fueron superiores (lo que indica una discapacidad mas grave) que lo reportado previamente para los sujetos con trastorno de pánico (León et al., 1992) y similares a los reportados previamente para los sujetos con fobia social

(Sheehan et al., 1996). Por otra parte, a pesar de que la muestra está compuesta por completo de los pacientes ambulatorios, las puntuaciones para la vida social / actividades escolares y vida familiar / responsabilidades del hogar, las puntuaciones de los ítems fueron similares a los reportados por Sheehan (et al. 1996) de los pacientes psiquiátricos en el momento de la admisión al hospital (Sheehan et al., 1996). Las calificaciones del elemento de trabajo eran mucho peores, pero Sheehan et al. Comentaron que las puntuaciones en la muestra pueden ser artificialmente bajas, porque excluyeron a sujetos que no estaban trabajando.

Las correlaciones ítem-escala a conocer aquí por la EDS también fueron muy altas, lo que indica un excelente punto de validez convergente. Estas correlaciones fueron considerablemente superiores a los reportados previamente en una muestra de sujetos con trastorno de ansiedad social (Olfson et al., 1996). El coeficiente alfa de Cronbach demuestran una fiabilidad fuerte y una consistencia interna para la puntuación en la muestra total de la EDS, y también cuando los resultados fueron estratificado por fase de la TB. Estos resultados son de nuevo superiores a los encontrados en estudios de sujetos con trastorno de pánico y trastorno de ansiedad social, donde las puntuaciones de alfa se encontraron los coeficientes de un rango de entre 0.55 y 0.86 (León et al., 1992; Olfson et al., 1996). No está claro por qué la validez de constructo e interna, la coherencia del instrumento como se muestra en este estudio debería ser tan claramente superior en comparación con hallazgos previos en muestras de pacientes con el desorden de pánico y la ansiedad social. Es posible que el instrumento tiene un poder de medición en sujetos con TB o que estos temas son más homogéneos con respecto a su etiología de la enfermedad y la presentación de síntomas.

La esquizofrenia es considerada el paradigma de un grave e incapacitante trastorno mental. En contraste, los trastornos de la ansiedad hasta hace poco eran considerados trastornos menores con un impacto relativamente bajo en la individualidad general, el bienestar y la capacidad funcional (Stein, 2000).

Por ello no es sorprendente el hecho de que relativamente en pocos estudios han tratado de investigar la aparición y los efectos de los trastornos comórbidos de ansiedad en pacientes con esquizofrenia. Se suponía que cualquier influencia de los trastornos de ansiedad que pudieran ejercer en los pacientes con esquizofrenia, que sería eclipsado por el impacto masivo de la psicosis en sí.

Estudios anteriores han empleado sobre todo la entrevista de calidad de vida (Lehman, 1988), un instrumento específicamente desarrollado para pacientes con enfermedades mentales crónicas, para evaluar calidad de vida. La puntuación de ansiedad se obtuvo de la puntuación de partida de la EEPB (Escala de Evaluación Psiquiátrica Breve). Por el contrario, la evaluación de ansiedad en el estudio se basó en el diagnóstico de la presencia de comorbilidad en los trastornos de ansiedad, como lo detectó la ECE-IV (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV). Además, la EDS es un instrumento empleado más a menudo para medir Calidad de Vida) en pacientes con trastornos de ansiedad (Mendlowicz et al., 2000), fue utilizado en este estudio para evaluar a los pacientes con esquizofrenia. Reconocen que, aunque estas diferencias metodológicas pueden contar por la originalidad de sus resultados, a pesar de todo limitan su comparabilidad. A pesar de estas limitaciones, su estudio ha confirmado que la comorbilidad con el trastorno de ansiedad es relativamente frecuente entre por lo menos algunas muestras de los pacientes externos esquizofrénicos y las pruebas preliminares aportadas sobre la carga que este patrón de comorbilidad se parecen a la tasa en la Calidad de Vida de estos individuos.

Estas investigaciones demuestran que la Escala de Discapacidad de Sheehan es confiable para medir la discapacidad aunque en la mayor parte de las investigaciones en donde se ha usado esta escala la han utilizado para ver como se encuentran los pacientes en cuanto a la calidad de vida, lo cual demuestra que esta escala también es funcional para poder medir la calidad de vida.

En todos los estudios se ha dado a notar que existe un nivel de confusión y de discrepancia, por tal motivo, es indispensable encontrar un instrumento que logre evaluar la discapacidad en la esquizofrenia.

Por ejemplo la Escala de Discapacidad de Sheehan es fácil de aplicar en diversos padecimientos psiquiátricos, como se ha llevado a cabo en pacientes depresión y trastorno de ansiedad relacionado con la esquizofrenia dando buenos resultados en el ámbito para la cual se utiliza, ya sea para medir el grado de discapacidad social o la calidad de vida del paciente, esto teniendo presente que en estos estudios se ha dejado al manifiesto que por lo menos para estos padecimientos la escala es válida y confiable. Un punto importante que cabe señalar es que la escala de discapacidad de Sheehan es utilizada en estudios para medir la calidad de vida, cuando está elaborada para medir la discapacidad social, esto también se nota en que no existen diversos estudios en donde utilicen la escala para medir discapacidad social, y si existen muchos más estudios en donde es utilizada para medir la calidad de vida. Es importante mencionar que la escala de fácil aplicación (autoaplicable), es una escala corta, y consta con términos fáciles de entender ajustándose al estado de un paciente diagnosticado con el trastorno esquizofrenia.

LA ESCALA DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN

La Escala de Discapacidad de Sheehan (EDS) fue originalmente desarrollada para medir el resultado del daño que causan los estudios en psiquiatría. A pesar de su creciente utilización para psicofarmacología y otros ensayos de tratamientos, su sensibilidad a los efectos del tratamiento a través de una serie de trastornos no ha sido bien documentada. Además, poco se ha escrito sobre su interpretabilidad. Esto último es importante, ya que, como Juniper, (1994) señalaron, los clínicos, pacientes y otros (compañías de productos farmacéuticos, los pagadores de seguros, los reguladores y los órganos gubernamentales) no sólo quieren saber si una escala puede separar los tratamientos activos e inactivos, sino también cuando la magnitud de los efectos es significativo para los pacientes y los proveedores. La EDS ha sido validada y utilizada en Dependencia al alcohol, dependencia a las drogas, Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno Depresivo Mayor (TDM), Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), y Trastorno de Pánico (TP).

Diseño y desarrollo de la escala

Desarrollo y justificación de la escala

La EDS fue desarrollada originalmente en 1981 para proporcionar una medida de autoevaluación breve pero fiable y válida del deterioro en el funcionamiento de los pacientes como resultado de los estudios de tratamiento en psiquiatría (Sheehan, 1983; Sheehan *et al.*, 1996). En ese momento hubo un creciente reconocimiento de la necesidad de documentar y hacer un seguimiento de salud mental relacionados con el deterioro. La mayoría de las escalas existentes, sin embargo, fueron largas y difíciles de administrar. Por ejemplo, la Escala de Ajuste Social (EAS) se componía de más de 50 ítems (Weissman & Bothwell, 1976) mientras que el Estudio de Resultados Medicos (ERM), SF-36 había 36 ítems (Ware & Sherbourne, 1992) y la Escala de Evaluación Global requiere diferenciar entre los 21 ítems para producir una calificación entre 0 y 100 (Endicott *et al.*, 1976).

Diseño

La EDS es un compuesto nominal no ponderado de cinco ítems de la propia familia, el trabajo, y el deterioro social en las semanas anteriores. Cada ítem está precedido mediante un conductor en cuestión: "Los síntomas han perturbado su (trabajo / estudios, vida social, vida familiar / responsabilidades en el hogar). Para cada ítem, las posibles respuestas son del 1 (nada), 2 (leve), 3 (moderada), 4 (Notablemente), y 5 (extremadamente) se de manera descendente, ubicando el numero a la izquierda y la descripción a la derecha.

Formato de selección

Los autores realizaron tres tareas para poder elegir de qué manera estaría constituida la escala: La primera tarea consistió en elegir un formato de escala. Esta elección se guió por los principios siguientes. En primer lugar, de acuerdo con el aumento de la utilización de escalas "clínicas" en psiquiatría (Feinstein, 1983), consideraron que el modelo debería estar centrado en el paciente, es decir, intentar dar respuesta a las percepciones de los pacientes dentro de su propio marco de referencia, en lugar de construcciones abstractas de la discapacidad. En segundo lugar, se consideró que debería ser genérica, es decir, debe ser capaz de medir el daño en un rango de diagnósticos psiquiátricos y problemas de salud mental. En tercer lugar, debe ser fácil de usar. No debe ser larga y el formato debe ser de tal manera que los pacientes con diferentes orientaciones cognitivas (Verbal, numérico, visual y espacial) puedan seguir.

La complicación de muchas escalas puede deberse a que tienen demasiadas construcciones, ya que algunas construcciones no tienen sentido a cada paciente, o porque algunos síntomas de un trastorno no son equiparables a otros. Un gran número de las escalas de clasificación utilizados en psiquiatría siguen un tipo Likert o del tipo de formato Likert.

Punto de selección

La próxima tarea fue seleccionar los elementos para identificar y cuantificar la discapacidad. Después de que revisaron otros instrumentos de discapacidad y consultaron con los pacientes y colegas para que les sirviera en la construcción de la escala con un compuesto de tres elementos sobre discapacidad en el trabajo, social, y familiar. Para que así pudieran capturar los efectos de los síntomas psiquiátricos en el trastorno, los ítems fueron redactados por primera vez y quedaron de la siguiente manera: “¿En qué medida los síntomas emocionales interrumpieron su (trabajo, familia, o vida social) en el último mes”?

Punto de escala

A continuación, tuvo que decidirse sobre el número de ítems a utilizar para calificar cada uno de los tres elementos (Trabajo, Familia o vida social). En una revisión de la literatura, Cox (1980) llegó a la conclusión de que no hay un número de ítems para que una escala califique apropiadamente todas las situaciones. Aunque, en general, se recomienda el uso de 5-9 puntos. (Friedman y Friedman, 1986)

Descriptores verbales

Finalmente, se optó por establecer puntos de 2, 3 y 4 ordenados con descriptores verbales («leve», «moderadamente», y «marcadamente») para indicar un grado creciente de percepción en el deterioro y facilitar a los pacientes que califican verbalmente a orientarse en los puntos numerados en la magnitud. En general, las escalas deben ser equilibradas con el mismo número de opciones de respuesta negativa y positiva (Friedman *et al.*, 1981). Por tal motivo usaron un anclaje verbal en cada extremo de la escala y tres descriptores verbales adicionales, cada uno refiriéndose a tres puntos numerados.

Aunque los descriptores verbales que se utilizan podrían parecer estar abierto a diferentes interpretaciones, se asegura que los valores numéricos de cada uno de los descriptores son suficientes para la discriminación que establezca la mayoría de los pacientes.

Propiedades psicométricas

Confiabilidad

En un estudio de 1.001 pacientes de atención primaria, las correlaciones entre los elementos de los tres ítems de la Escala de Discapacidad de Sheehan eran bastante elevados (0.70 para el trabajo y el deterioro de la familia, 0.72 para el trabajo y el deterioro social, y 0.79 para la familia y el deterioro social). Como consecuencia de las fuertes relaciones entre los elementos, la consistencia interna fue alta (alfa = 0.89).

Validez

En el estudio de 1.001 pacientes citados en el apartado anterior, la validez de constructo se fundamentó en dos maneras. En conjunto, más del 80% de los pacientes con diagnóstico de algún trastorno mental había tenido una elevada puntuación en la Escala de Discapacidad de Sheehan, y casi el 50% de aquellos con puntuaciones elevadas en la escala tenían al menos un trastorno. Además, los pacientes con cualquiera de los seis desórdenes mentales (dependencia al alcohol, la toxicomanía, el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de pánico) fueron significativamente mayores en las puntuaciones de deterioro que los que no tienen estos trastornos.

Una elevada puntuación en la Escala de Discapacidad de Sheehan ("5" en los tres tipos) también se encuentra asociado con aumento del riesgo de trastorno mental. El uso de cualquiera de los seis trastornos mentales mencionados anteriormente como la norma, la sensibilidad (0.83), especificidad (0.69), valor predictivo positivo (0.47), y valor predictivo negativo (0.92) eran respetables

para ayudar a identificar pacientes con deterioro psiquiátrico con la escala de tres ítems. La Escala de Discapacidad de Sheehan parece reflejar el cambio en el tiempo con un tratamiento efectivo. Además, se ha demostrado para discriminar entre fármaco activo y el placebo, e incluso entre dos tratamientos activos.

MÉTODO

El objetivo primordial de la validación de la escala de discapacidad de Sheehan para el uso en el trastorno de esquizofrenia (sin importar el tipo), es sustancialmente que por: a) ser una escala corta (5 preguntas), b) su naturaleza de ser una escala autoaplicable c) no requiere de mucho tiempo para poder contestarla; y d) contiene términos que son de fácil comprensión. Razones que se adecuan a las condiciones de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia, ya que por su misma problemática este tipo de pacientes carecen de una adecuada concentración para poder contestar un instrumento más largo, con términos más abstractos o de difícil entendimiento, cuya utilización resulta ser más complicada y difícil por el hecho de requerir que al paciente se le explique con mayor detenimiento la tarea y el paciente puede volverse renuente a responder lo que dificultara su evaluación. Por lo tanto, la utilización de la EDS dentro del trastorno de esquizofrenia ayudaría y evitaría que la evaluación de la discapacidad social en los pacientes se vuelva y convierta en una dificultad. En su aplicación sólo se le pueden aclarar al paciente preguntas referentes a cuestiones que no entienda o que no le queden claras.

Objetivos General:

Validación interna de la EDS para medir la discapacidad social en pacientes con trastorno de esquizofrenia

Objetivos Específicos

- 1.- Saber si la escala discrimina la discapacidad social en el trastorno de esquizofrenia.
- 3.- Obtener índices de validez interna de la Escala de Discapacidad de Sheehan (EDS)

¿La Escala de Discapacidad de Sheehan (EDS) es válida para medir la discapacidad social en pacientes con esquizofrenia?

Tipo de estudio: Exploratorio

Muestra

Se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional, conformado por 93 participantes, de los cuales (75%) fueron hombres y (25%) mujeres, con diagnóstico de esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

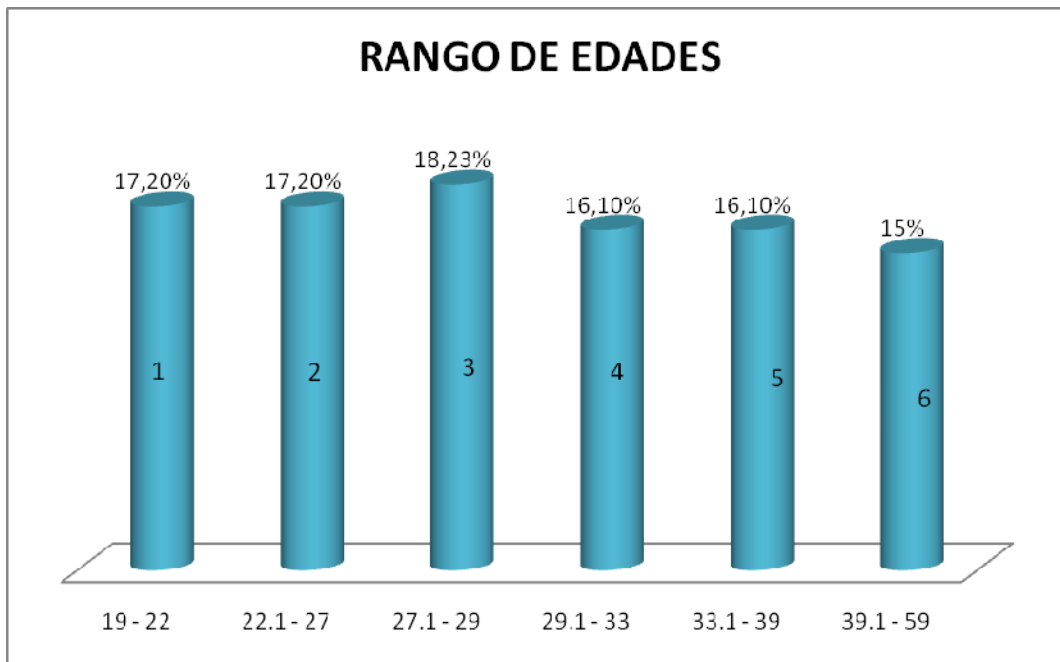
Los pacientes reunieron las siguientes características:

- Pacientes sin importar el género, con edades entre 19 y 60 años
- Residir en la Ciudad de México o área metropolitana
- Con estudios mínimos de educación básica

El rango de edad estuvo dentro de los 19 – 59 años (coincide con la referencia el estudio realizado por Sheehan D. en la validación de la Escala de Discapacidad de Sheehan en pacientes con trastorno bipolar, 1983). En cuanto a la edad se obtuvo una media de 31.27 y una desviación estándar de 8.46 del total de la muestra.

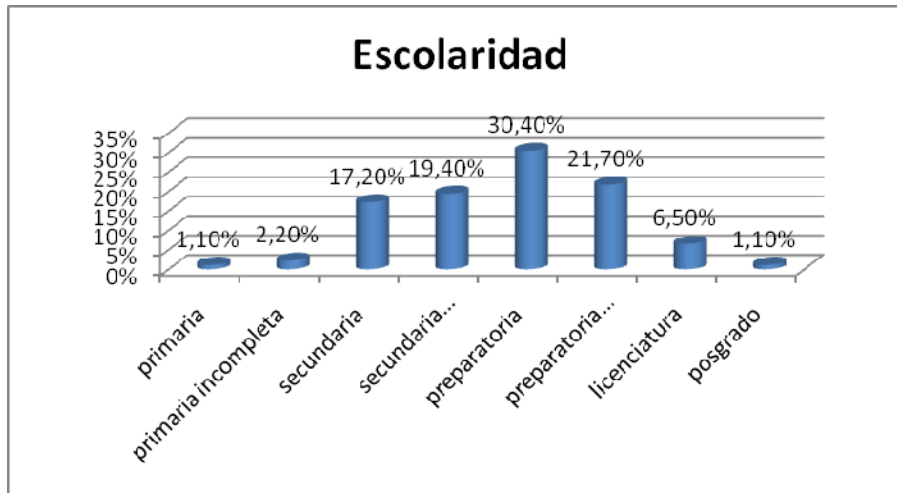
Para establecer los puntos de corte requeridos en la validación se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 15), del cual resultaron 6 grupos de edad (ver Figura 1) mismos que servirán para realizar una descripción más detallada y versátil en la interpretación de resultados; enumeraremos los rangos de edades de izquierda a derecha asignándoles un número consecutivo.

FIGURA 1 GRUPOS POR EDAD



En cuanto a la escolaridad (FIGURA 2) se muestra que el porcentaje para las personas que concluyeron la primaria es de 1.10% , mientras que para quienes tienen la primaria incompleta es de 2.20%. en cuanto a la secundaria se obtuvo que el 17.20% tienen la secundaria terminada y 19.40% no concluyó la secundaria. El 30.40% corresponde a las personas que concluyeron la preparatoria, mientras que el 21.70% no concluyó la preparatoria. Sólo un 6.50% terminó la licenciatura y un menor porcentaje (1.10%) concluyó un posgrado.

FIGURA 2 ESCOLARIDAD



Respecto al estado civil la figura 3 muestra que la mayor parte de los participantes (88%) son solteros, continua el porcentaje de las personas divorciadas (8.70%), y sólo el 2.10% corresponde a los que están casados, el porcentaje menor corresponde a las personas viudas (1.10%).

FIGURA 3 ESTADO CIVIL

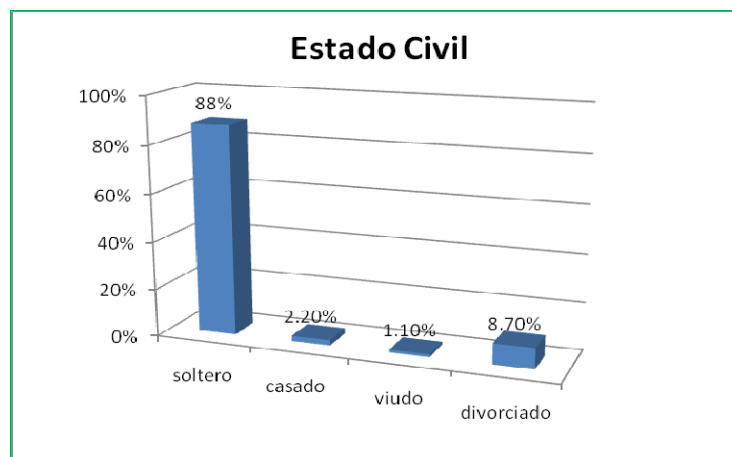


TABLA 8 AÑOS DE EVOLUCION

NOMBRE	EDAD	AÑOS EVOLUCION	NOMBRE	EDAD	AÑOS EVOLUCION
Cuesta	22	1	Ayala	31	13
Díaz	20	1	Carlock	30	12
García	22	6	Chargoy	33	10
Guillen	20	5	Corral	33	7
Lara	21	2	Gómez	31	15
Lara	22	3	Hernández	31	10
Linares	22	1	Hernández	33	13
López	20	4	Luna	32	13
Montoya	19	1	Marquez	32	2
Muñoz	22	7	Olguín	30	12
Nava	22	1	Peguero	31	10
Nuñez	22	1	Peña	33	1
Ochoa	21	5	Ramírez	31	11
Osorio	21	3,5	Rodríguez	30	7
Peña	20	3	Santillan	32	14
Ramos	22	5	Flores	37	1
Albor	26	8	Gutierrez	34	8
Chavez	27	5	Hernández	38	22
Cruz	27	7	Izquierdo	39	14
Díaz	26	7	Maldonado	39	4
Martínez	23	7	Martínez	37	19
Martínez	26	8	Martínez	34	16
Martínez	27	11	Monroy	35	3
Nieves	24	8	Murillo	35	7
Paniagua	27	3	Muzquiz	38	9
Razgado	26	8	Rodríguez	34	14
Robles	26	1	Sanchez	37	17
Rodríguez	26	1	Silva	39	15
Ruiz	25	2	Soriano	34	4
Serrano	24	4	Urtiaga	38	20
Valadez	27	14	Barajas	50	4
Zambrano	24	1	Becerra	52	20
Corona	28	5	Cruz	42	20
Cortés	28	8	Figueroa	44	32
Cruz	29	5	Gómez	41	25
Cruz	29	7	Hernandez	40	11
Galindo	29	5	Malvaes	41	25
García	28	11	Nava	46	18
Garza	29	11	Ordóñez	41	23
Hernández	28	12	Pasos	48	2
Martínez	28	7	Ramos	57	7
Martínez	29		Rodriguez	46	32
Olveira	28	13	Sanchez	59	20
Padilla	29	2	Trejo	46	16
Pérez	29	1	Quiroz	29	8
Santos	29	7	Rosas	28	8
Valadez	28	12			

En esta tabla se presenta la edad actual de cada paciente y los años de evolución de la enfermedad. Esta tabla nos servirá para análisis posteriores ya que la edad que se presenta aquí no es la edad de inicio de la enfermedad, ya

que hay que restar los años de evolución con la edad actual para obtener la edad de inicio.

Instrumento:

Escala de Discapacidad de Sheehan (1983). (anexo 1) Se trata de un cuestionario de autoevaluación y su objeto que al responder se obtenga el nivel de discapacidad social en la persona. Consta de cinco ítems, que conforman los factores. En el primer factor se integran los tres primeros, evalúa el grado de dificultad que provocan los síntomas de la discapacidad en el trabajo, la vida social y la vida familiar del paciente. El segundo factor se refiere a las dificultades en la vida provocadas por acontecimientos estresantes y problemática personal y el tercero explora el apoyo recibido de familiares o amigos.

La validez de la Escala de Discapacidad de Sheehan original (para otros trastornos) dio como resultado puntajes que fueron bastante elevados (0.70 para el trabajo y el deterioro de la familia, 0.72 para el trabajo y el deterioro social, y 0.79 para la familia y el deterioro social). Como consecuencia de las fuertes relaciones entre los elementos, la consistencia interna fue alta (alfa = 0.89).

- Cada uno de los 5 reactivos se contesta en una escala de 5 puntos. Donde con el número "1" que no significa una pérdida de valor y la del número «5» que significa el más alto («extremadamente») en la discapacidad.

Forma de calificación de la EDS

Los 5 reactivos se califican de la siguiente manera:

- Una respuesta de "no, en absoluto" = 1
- Una respuesta de "levemente" = 2
- Una respuesta de "moderadamente" = 3
- Una respuesta de "marcadamente" = 4
- Una respuesta de "extremadamente" = 5

Los factores que evalúa son 5 los cuales se calculan por separado sumando los puntos de los reactivos que corresponden a estos factores:

- Trabajo
- vida familiar
- social.
- Estrés
- Apoyo social

-No existen puntos de corte, a mayor puntuación, mayor discapacidad.

Procedimiento

Para cumplir el objetivo de adaptar y validar el instrumento se seguirán los siguientes pasos:

1. Firmar el formato actualizado de consentimiento, después de una explicación sobre su participación y los beneficios que obtendría.
2. Aplicación de la Escala de Discapacidad de Sheehan.

Se aplica el instrumento utilizando lápiz y papel. Se requirieron de 10 minutos aproximadamente para completar el cuestionario de 5 reactivos.

Se aplica en forma individual.

Se dieron las siguientes instrucciones:

- Lea con cuidado cada frase, y marque la respuesta, que en forma más precisa describe su situación ACTUAL.
- Cada uno de los 5 reactivos se contesta en una escala de 5 puntos. Donde con el número "1" que no significa una pérdida de valor y la del número «5» que significa el más alto («extremadamente») en la discapacidad.

Análisis estadístico:

Las variables del estudio serán analizadas mediante el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS versión 15), se describen las características de la muestra obteniendo frecuencias simples y medias de edad.

Se realizará una prueba de consistencia interna de la EDS, a través del coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach, con la finalidad de observar su funcionamiento en esta muestra (con reporte del valor de alpha y el valor en cada uno de los reactivos), para determinar si la escala resultó confiable.

Posteriormente se llevó a cabo un análisis de frecuencias por las variables: edad y escolaridad con objeto de profundizar en la aplicación de la escala y la información que puede brindar a nivel clínico en particular con pacientes con esquizofrenia.

RESULTADOS

Validación de la escala

Para llevar a cabo la validación, se siguieron los siguientes pasos:

- 1) Se realizó un análisis de frecuencia reactivo por reactivo solicitando media, desviación estándar y sesgo para verificar que los datos estén bien capturados.
- 2) En nuestro estudio se buscaron conductas o respuestas clínicas y las repuestas deben estar entre los parámetros de -5 y $+5$.

TABLA 9 Estadísticos

	p1	p2	p3	p4	p5
N	93	93	93	93	93
Válidos	0	0	0	0	0
Perdidos	0	0	0	0	0
Media	3.12	2.92	2.59	2.53	3.34
Desv. típ.	1.488	1.312	1.262	1.157	1.229
Asimetría	-.146	-.065	.221	.277	-.187
Error típ. de asimetría	.250	.250	.250	.250	.250

- 3) Una vez completamente limpia la base y terminado el paso anterior se hizo la suma de todos los reactivos y se creó una nueva variable.
- 4) Posteriormente creada una nueva variable (suma) se hizo un análisis de frecuencia solicitando nos indique cuartiles.
- 5) Se hizo una nueva variable con los cuartiles extremos, para realizar esto se revisó en los valores de salida los rangos de los cuartiles 25 y 75.

El rango del cuartil 25 fue 5 - 11 y el rango del cuartil 75 fue 18 – 24. Y se creó la variable GRUPOS en donde al cuartil 25 le toco el valor 1 y al cuartil 75 el valor 2.

- 6) Con esta nueva variable se utilizó la t de student para muestras independientes reactivo por reactivo para eliminar aquellas preguntas que no discriminen.

TABLA 10 t Student

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias				
		F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
p1	Se han asumido varianzas iguales	3.459	.069	-12.023	52	.000	-2.788	.232
	No se han asumido varianzas iguales			-12.212	46.485	.000	-2.788	.228
p2	Se han asumido varianzas iguales	.084	.773	-12.244	52	.000	-2.657	.217
	No se han asumido varianzas iguales			-12.239	51.619	.000	-2.657	.217
p3	Se han asumido varianzas iguales	1.741	.193	-12.370	52	.000	-2.415	.195
	No se han asumido varianzas iguales			-12.192	43.128	.000	-2.415	.198
p4	Se han asumido varianzas iguales	.060	.808	-8.690	52	.000	-2.014	.232
	No se han asumido varianzas iguales			-8.665	50.831	.000	-2.014	.232
p5	Se han asumido varianzas iguales	.374	.544	-2.877	52	.006	-.992	.345
	No se han asumido varianzas iguales			-2.885	51.998	.006	-.992	.344

- 7) Solo aquellos reactivos que hayan aprobado los pasos anteriores se incluirán el alfa de Cronbach. El coeficiente alfa de Cronbach es un método estadístico muy utilizado. Sus valores oscilan entre 0 y 1. Se considera que existe una buena consistencia interna cuando el valor de alfa es superior a 0.7. En nuestro estudio se obtuvo un .738 con las 5 preguntas que conforma el instrumento sin eliminar la pregunta 5 a pesar de que no pasó el paso anterior ya que se utilizara para ver de manera independiente el comportamiento de este reactivo.

TABLA 11 Alfa de Cronbach

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,738	5

Cuando se realizó la confiabilidad de la escala se encontró que la pregunta 5 cargaba bajo con respecto a las demás.

TABLA 12 Comunalidades

Comunalidades

	Inicial	Extracción
p1	1,000	,560
p2	1,000	,704
p3	1,000	,701
p4	1,000	,620
p5	1,000	,039

8) Por último se volvió a correr el análisis pero esta vez sin tomar en cuenta la pregunta 5 y se encontró que el alfa de Cronbach sube a .814.

TABLA 13 Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
p1	11,39	12,370	,562	,669
p2	11,58	12,616	,658	,630
p3	11,91	13,123	,630	,644
p4	11,98	14,043	,587	,665
p5	11,16	17,637	,128	,814

Posteriormente se realizó el análisis de los grupos de edades con la escolaridad y el rango de respuestas dando como resultado lo siguiente:

Análisis de la muestra

TABLA 14 GRUPO DE EDAD 19-22

GRUPO DE EDAD 19 – 22 AÑOS			
Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura
6,25	43,75	43,75	6,25

RANGO DE RESPUESTA POR PREGUNTA									
TRABAJO / rangos		SOCIAL / rangos		FAMILIA / rangos		ESTRÉS / rangos		APOYO / rangos	
50	1	62,6	3y4	50	1y2	50	3	25	5
37,3	3			37,5	3	43,8	1y2	68,8	3y4

El grupo de edad de 19 a 22 años está compuesto por 16 sujetos, su escolaridad es primordialmente de secundaria y preparatoria con un porcentaje por igual en ambos (43.7 %). Al hacer un análisis de sus respuestas dadas en las 5 preguntas, se puede observar que en este grupo en la pregunta con referencia al trabajo el 50 % de los sujetos no se ve afectado en absoluto y, el 37.3% se ve perjudicado de manera moderada. De igual manera en las cuestiones de índole familiar que abarca la pregunta 3 , los puntajes mayores se centran dentro de los rangos 1 y 2 (50 %) seguido del rango 3 en un 37.5%. por lo que se podría sugerir que en este grupo de edad la vida familiar de los individuos se ve afectada en un grado menor. En cuanto al estrés percibido por los sujetos el 50% se ubica dentro del rango 3, pero el 43.8 % se ubica en los rangos 1 y 2, su afectación podría considerarse en una grado moderado o menor, ya que los puntajes no sobrepasan el rango 3 y se ubican por debajo. En cuanto a la vida social los sujetos han percibido que su vida social se ha visto perjudicada ya que un 62.6 % se centran entre los rangos 3 y 4, esto es que su vida social se ve afectada a causa de sus síntomas de manera marcada sin llegar a un grado extremo o grave.

Con respecto al apoyo social, un 25% de los pacientes percibieron apoyo de una manera ideal, mientras que el resto de ellos se encuentran en el rango 3, lo que sugiere que el apoyo que les brindaron fue percibido de forma moderada.

TABLA 15 GRUPO DE EDAD 22 – 27 AÑOS

GRUPO DE EDAD 22 – 27 AÑOS	
secundaria	Preparatoria
37,5	62,5

TRABAJO / rangos		SOCIAL / rangos		FAMILIA / rangos		ESTRÉS / rangos		APOYO / rangos	
31,3	5	62,6	3y4	62,5	3y4	56,3	1y2	25	5
41,3	3y4					31,3	4	50	3y4

En este grupo se ubican 16 sujetos de los cuales un 62.5 % cuenta con estudios de preparatoria y posteriormente con secundaria un 37.5 %. En la parte de estrés percibido este grupo se percibe menos afectado con un 56.3 % dentro de los rangos 1 y 2. Dentro de los ámbitos vida social y familiar los pacientes consideran que su afectación se encuentra dentro de un grado marcado esto debido a que sus puntuaciones se ubican dentro de los rangos 3 y 4 con un porcentaje de 62.5 % en ambos reactivos. Pero, en lo que se refiere al trabajo el 31.3% de los sujetos proporcionó respuestas en el rango 5 seguido del 41.3% en los rangos 3 y 4, por lo que se puede observar que la afectación percibida llega a un grado extremo. Con respecto al apoyo social un 25% de los pacientes percibió que el apoyo recibido fue el ideal, mientras que el 50% de ellos se ubicaron en los rangos 3 y 4 lo que quiere permite apreciar que el apoyo que les brindaron fue percibido de forma marcada sin llegar un apoyo ideal.

TABLA 16 GRUPO DE EDAD 27 – 29 AÑOS

GRUPO DE EDAD 27 – 29 AÑOS		
Secundaria	Preparatoria	Licenciatura
64.7	27,52	11,76

RANGO DE RESPUESTAS POR PREGUNTA									
TRABAJO / rangos		SOCIAL / rangos		FAMILIA / rangos		ESTRÉS / rangos		APOYO / rangos	
40	1y2	41	1y2	35	1y2	70	1y2	47	1y2
54	4y5	35,3	3	35	3			30	3

Este grupo está conformado por 17 sujetos, de los cuales el 64.7 % tiene escolaridad de secundaria, seguido del 27.5% con preparatoria y un 11.7% con nivel licenciatura.

El cuanto al estrés, el 70% muestra que no le ha afectado de una manera importante ya que los puntajes están dentro de los rangos 1 y 2, referente a la vida social los sujetos han percibido que su vida social no se ha visto perjudicada ya que un 41. % se centran entre el rango 1 y 2, esto es que su vida social no se ve afectada a causa de sus síntomas de manera marcada. En cuanto a las cuestiones laborales un 40% no se refiere verse afectado de manera importante comparado con el 54% que si se ve afectado en grado marcado llegando al extremo, se puede interpretar que las cuestiones de índole laboral no a todos les afecta por igual, pues para algunos puede verse afectada su vida laboral de una manera extrema mientras que otros no se ven afectados en absoluto. Con respecto al apoyo social un 47% de los pacientes no percibieron apoyo o sólo un poco, mientras que el 30% de ellos se encuentran en el rango 3 lo que quiere decir que el apoyo que les brindaron fue percibido de forma moderada.

TABLA 17 GRUPO DE EDAD 29– 33AÑOS

GRUPO DE EDAD 29-33 AÑOS		
Secundaria	Preparatoria	Licenciatura
13,33	80	6,66

RANGO DE RESPUESTAS POR PREGUNTA									
TRABAJO / rangos		SOCIAL / rangos		FAMILIA / rangos		ESTRÉS / rangos		APOYO / rangos	
53,5	4y5	40	1y2	60	1y2	53,3	1y2	46,6	4y5
26,7	3	60	4y5			26,7	3		

Este grupo de edad está conformado por 15 sujetos, de los cuales el 80 % tiene escolaridad de preparatoria, seguido de un 13.33 % con escolaridad secundaria y un 6.66 % con nivel licenciatura. El análisis de las preguntas en este grupo de edad muestra que el 60% no se ve afectado en su vida familiar ya que las respuestas se ubican entre los rangos 1 y 2, un 53.3% de los sujetos no se ven afectados por el estrés en un grado mayor ya que el rango de respuesta se ubicó entre los rangos 1 y 2, pero a un 26.7% si le afecta de manera marcada ya que sus respuestas se centran en el rango 3, con referencia a la vida social la tabla muestra que el 40% no tiene afectación en este ámbito ya que sus respuestas se encuentran entre los rangos 1 y 2, no obstante el 60% refiere que si encuentra afectada su vida social dado que sus respuestas se ubican entre los rangos 4 y 5 por lo que se puede decir que la mayoría de los pacientes de este grupo si refiere que su vida social se afecta. Con respecto al apoyo social un 46.6% de los pacientes percibieron el apoyo de manera marcada y llegando a una forma ideal.

TABLA 18 GRUPO DE EDAD 33 – 39 AÑOS

GRUPO DE EDAD 33 – 39 AÑOS			
Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura
6,66	33,33	53,33	6,66

RANGOS DE RESPUESTA POR PREGUNTA									
TRABAJO / rangos		SOCIAL / rangos		FAMILIA / rangos		ESTRÉS / rangos		APOYO / rangos	
40	5	53,4	4y5	40	1y2	60	3y4	53,3	4y5
26,7	4			60	3,4y5				

Este grupo de edad está conformado 15 sujetos, de los cuales el 53.33 % tienen un nivel de escolaridad de preparatoria, el 33.33% cuentan con secundaria, el 66.6% corresponde a un nivel primaria y 6.66% tiene un nivel licenciatura. La tabla muestra que el 40 % de los sujetos no se ven afectados en su vida social en comparación con el 60% que muestra que su vida social si se ha visto perjudicada ya que los puntajes se centran entre los rangos de respuesta 3, 4 y 5. El 60% manifiesta que se ven afectados por el estrés ya que los puntajes mayores se centran entre los rangos de respuesta 3 y 4, esto significa que la afectación puede ser de una manera moderada llegando a un nivel marcado; en cuanto a la vida social los sujetos han percibido que su vida social se ha visto perjudicada ya que un 53.4% se centran entre los rangos 4 y 5 esto es que su vida social se ve afectada a causa de sus síntomas de manera marcada llegando a un grado extremo o grave. Con referencia al trabajo un 40% si se ha visto perjudicado ya que sus respuestas se encuentran en el rango 5, mientras que el 26.7 % si se ven afectados en el trabajo de manera marcada sin llegar a un grado extremo. Con respecto al apoyo social un 53.3% de los pacientes percibieron el apoyo de manera marcada y llegando a una forma ideal lo que podría significar una sobreprotección hacia ellos.

TABLA 19 GRUPO DE EDAD 39 – 59 AÑOS

GRUPO DE EDAD 39 – 59 AÑOS				
Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Posgrado
7,69	23,07	53,84	7,69	7,69

RANGOS DE RESPUESTA POR PREGUNTA									
TRABAJO / rangos		SOCIAL / rangos		FAMILIA / rangos		ESTRÉS / rangos		APOYO / rangos	
43	4y5	43	3	57	1y2	57,2	3y4	43	5
21,3	3							21,4	4

Este grupo de edad está conformado por 13 sujetos de los cuales el 53.84% cuenta con un nivel de escolaridad de preparatoria, el 23.07% tiene secundaria, el nivel primaria, secundaria y licenciatura se encuentran en el mismo nivel de porcentaje con un 6.66. En general, el análisis de la tabla muestra que 57 % de los pacientes contestaron en un rango de respuesta de 1 y 2 por lo que se puede observar que este grupo de edad no se ve afectado en su vida familiar, con referencia a la vida social el 43 % manifiesta que su vida social se ha visto perjudicada y sus respuestas están ubicadas en el rango 3, lo que muestra que la afectación es de manera moderada sin pasar este límite. En cuanto al trabajo el 43% de los pacientes refleja una afectación ya que el rango de sus respuestas se encuentra entre los rangos 4 y 5 y sólo un 21.3% muestra que en el trabajo no se ha afectado en grado mayor o grave ya que las respuestas están en el rango 3. La afectación del estrés en este grupo se ve reflejada en el 43% con respuestas en el rango 5 y un 21.4% se ve afectado de manera marcada pero no llega a un grado extremo, en síntesis es un alto porcentaje que si se afecta. Con respecto al apoyo social un 43% de los pacientes percibieron el apoyo recibido como el ideal ya que el rango de sus respuestas se encuentra en el 5, mientras que el 21.4% de ellos se encuentran en el rango 4 lo que quiere decir que el apoyo que les brindaron fue de forma marcada pero sin llegar a una forma ideal.

DISCUSIÓN

Al realizar el análisis pregunta con edad y tipo de escolaridad, nos podemos dar cuenta que a pesar de que la población este conformada principalmente por personas de género masculino (75%) y en su mayoría con escolaridad de preparatoria (52.10 %) completa e incompleta. Con las tablas pudimos corroborar lo que la literatura nos describe, ya que el trastorno de esquizofrenia comienza primordialmente en la pubertad, por tal motivo hay un mayor número de personas con escolaridad de secundaria y preparatoria (Figura 2) y es menos propenso que se presente en una edad no mayor a los 30 años, por tal motivo no se tienen varias personas con escolaridad de licenciatura o posgrado; su incidencia es mayor en hombres que en mujeres, aunque puede ser debido a que en los hombres por razones de cultura es más peculiar que el hombre busque ayuda en comparación con la mujer, ya que en las mujeres es mas cotidiano o es más propenso que se guarde las cosas por el hecho del “qué dirán las personas” y por tal motivo no recurren a la atención medico-psiquiátrica.

Con los datos obtenidos nos dimos cuenta que haciendo un análisis más exhaustivo de cada pregunta y por grupo de edad nos proporcionó datos interesantes y que se pueden expresar acordes al trastorno en estudio.

Empezando con el grupo de edad de 19 a 22 años (Tabla 13) de los cuales su escolaridad es primordialmente de secundaria y preparatoria. Al hacer un análisis de sus respuestas dadas en las 5 preguntas, este grupo principalmente es el que sale con un puntaje mayor en el rango 1 en el factor trabajo, pero esto puede deberse a que en su mayoría como es una población de jóvenes puede que no tengan todavía la necesidad de trabajar o de cubrir sus necesidades, ya que por su edad todavía se encuentran arropados por el seno maternal y así existe la probabilidad que se mantengan por un buen tiempo sin la preocupación del trabajo, aunque de cierta manera esta pregunta para ellos pueden interpretarla como la dificultad o el impedimento de poder realizar cuestiones de índole escolar, como el ir a la escuela o realizar las actividades que tienen que ver con el área escolar.

De igual manera en las cuestiones de índole familia no se ven reflejadas ciertas dificultades, ya que al presentarse la enfermedad en esta etapa de su vida, existe una mayor protección y atención por parte de la familia hacia la persona y esto se ve reflejado en que el apoyo que le brindan es solo el necesario ya que la enfermedad todavía no ha tenido un tiempo de evolución mayor en comparación con los demás grupos de edades; lo cual es corroborado por la pregunta 5 al obtener sus mayores puntajes en los rangos 3 al 5. El estrés que las personas perciben en este grupo de edades se ubica en un término medio a no en absoluto y esto puede deberse a que por sus características y aunque la pregunta abarque varios aspectos, puede que ellos solo vean afectación en la salud y en la vida social, ya que sería poco común que ellos consideren que tienen una buena salud por todo lo que conlleva la enfermedad, desde la manifestación de síntomas positivos y negativos, y sumándole las reacciones secundarias de los medicamentos administrados por su médico tratante (psiquiatra). En este rubro (vida social) todo los grupos ven cierta afectación en sus vidas, ya que los sociales y el estigma que conlleva la enfermedad es inevitable que se evite, pudiendo esto generar cierto aislamiento y cierta evitación de las personas al querer desenvolverse fuera del núcleo familiar. Este grupo de edad se ve afectado de una manera marcada en las cuestiones de índole social, y esto puede deberse a que debido al estilo de vida que la mayoría de los jóvenes llevan en esta edad está más centrado a las relaciones sociales e interpersonales como puede ser el que asistan a reuniones, fiestas, lugares públicos, etc. La causa más importante es el estigma que se tiene hacia la enfermedad, ya que las personas al enterarse que su compañero o amigo padece esquizofrenia prefiere evitarlo o dejarle de hablar por considerarlo de cierta manera “loco” y a su vez el que lleguen a verlo como “peligroso” pudiendo esto generar cierta barrera o repulsión por parte de las personas que fueron allegadas a él. En consecuencia el paciente puede dejar de realizar actividades como practicar algún deporte, asistir a reuniones en donde hayan personas desconocidas por el miedo al ver o sentir el “qué dirán” “por qué me ven así”, etc. Y en consecuencia el solo va a asistir a reuniones que sean familiares, porque de cierta manera no se ve atacado por los demás pudiendo desenvolverse o convivir mejor que con personas desconocidas.

Debido a todo lo anterior la mayoría de los pacientes dejan de asistir a la escuela provocando que les queden mayor tiempo libre pero este tiempo no es invertido en realizar actividades productivas, pero esto puede deberse a las reacciones secundarias de los medicamentos, los cuales pueden generar que el paciente duerma más de lo debido y que no le queden ganas de realizar alguna actividad durante el día y que su atención solo se centre en la enfermedad y como ha repercutido en él.

En el siguiente grupo de edad de 22 a 27 años (Tabla 14) un mayor porcentaje cuenta con estudios de preparatoria, en este grupo debido a la edad es por eso que hay mayor número de sujetos que tienen estudios de preparatoria.

Al igual que en el grupo anterior, las personas pertenecientes a este grupo no tienen una afectación de los síntomas que hayan causado problemas dentro de su vida, y la posible causa pueda deberse a que todavía perciban una afectación solamente en el ámbito de su salud como en el grupo anterior, ya que económicamente todavía son dependientes de su familia y no existe en si una preocupación por falta de dinero ya que sus necesidades básicas están siendo solventadas por el núcleo familiar o sus parientes. De igual manera que el grupo anteriormente descrito, su afectación dentro del rubro de vida social se ve reflejada de manera marcada, pudiendo ser las mismas situaciones y la misma explicación ya anteriormente dada. En cuanto a su vida familiar, ellos ya encuentran una dificultad dentro de sus relaciones con los integrantes de su familia, ya que por el hecho de tener tiempo con la enfermedad se le son dadas ciertas tareas para realizar como puede ser el barrer, asear su cuarto, etc. y por cuestiones de los síntomas negativos que todavía tenga presente en él, no llegue a realizar las tareas dadas y esto ocasione conflictos con sus padres y hermanos, ya que todavía no hay una mejor comprensión de los síntomas en el paciente o más bien en su familiar, y puede que lo consideren como “flojo” o que no hace las cosas por que no quiere, sin saber o tener en cuenta que la enfermedad es la que está ocasionando que ellos no lleven a cabo sus labores en el hogar, pudiendo ser esta la causa que ellos consideren que ocasiona conflictos y que no vean una armonía o una vida familiar tranquila.

Con lo anteriormente dicho acerca de sus conflictos con la familia, puede explicarse del porque ellos se ven afectados dentro del trabajo, ya que en si, ellos perciben el trabajo o lo relacionan con las labores domesticas que tienen que llevar a cabo, ya que implica un esfuerzo en realizarlo y que de una u otra manera lo tiene que hacer o realizar para poder sentirse a gusto en su casa y de cierta manera sentirse útil. La mitad de los sujetos percibió un apoyo moderado y solo una pequeña parte lo vio como ideal y esto puede deberse al tiempo en que llevan con la enfermedad y como la han manejado las personas que conoce, ya que a las personas que estudiaron un nivel mas alto los lazos con algunos de sus compañeros de escuela se pudieron ver menos afectados al saber que padece esquizofrenia y puede que todavía tengan contacto con él, aunque él se pueda mostrar de alguna manera cortante (debido a los síntomas de la enfermedad o reacciones secundarias de los medicamentos) ellos siguen brindándole cierto apoyo para que no se sienta de cierta manera solo.

Con respecto al grupo de edad de 27 a 29 años (Tabla 15) se observa que hay una mayoría de personas con escolaridad de secundaria y una pequeña parte con licenciatura. El estrés percibido es uno de los rubros con menor afectación en las vidas de los pacientes, porque en su mayoría la enfermedad no tiene una evolución mayor a los 10 años, por lo que las cuestiones de familia, sociales, etc., no han sido o no han estado de cierta manera afectadas.

El cuanto al estrés, el 70% muestra que no le ha afectado de una manera importante ya que los puntajes están dentro de los rangos 1 y 2, referente a la vida social los sujetos han percibido que su vida social no se ha visto perjudicada ya que un 41. % se centran entre el rango 1 y 2, esto es que su vida social no se ve afectada a causa de sus síntomas de manera marcada. En cuanto a las cuestiones laborales un 40% no se refiere verse afectado de manera importante comparado con el 54% que si se ve afectado en grado marcado llegando al extremo, se puede interpretar que las cuestiones de índole laboral no a todos les afecta por igual, pues para algunos puede verse afectada su vida laboral de una manera extrema mientras que otros no se ven afectados en absoluto.

Con respecto al apoyo social un 47% de los pacientes no percibieron apoyo o sólo un poco, mientras que el 30% de ellos se encuentran en el rango 3 lo que quiere decir que el apoyo que les brindaron fue percibido de forma moderada, los aspectos familiares, sociales, económicos y de salud, aquellas personas que ya son mayores tienden a tener esta dificultad o perciben más los cambios en sus vidas y dificultades que pueden ser cotidianas como los problemas de salud y económicos que conlleva el tener el trastorno de esquizofrenia, ya que la medicación, citas y terapias con el médico tratante pueden ser por lo regular muy caras y esto puede crear este estrés en las personas o conflictos con sus familiares. Y aquellas personas con estudios de licenciatura no se ve tan repercutido este rubro porque puede que se haya manejado mejor la enfermedad con una pronta atención y por tal motivo la medicación puede ser menor y más barata que alguien que evolucionó en un mayor grado y que necesita una dosis de medicación a un grado más elevado. Con las personas que tienen una escolaridad de licenciatura con edades de 27 a 29 (Tabla 15), los cuales solo reciben la ayuda necesaria sin recibir de más. Se podría deber a que en las personas adultas al padecer por años la enfermedad se ven más protegidos por la familia, lo que podría indicar que existe una sobreprotección en ellos al igual que en personas jóvenes y jóvenes adultas, ya que la sobreprotección en esta enfermedad es muy común verla en las familias, aunque a veces las familias no se dan cuenta que lo que hacen es sobreproteger a las personas por pensar que están enfermos y que no pueden hacer nada por sí mismo, no dejan que tenga cierta libertad en realizar actividades en el hogar y no les encomiendan tareas que requieran cierta destreza o dificultad, porque piensan que ellos no pueden mientras que del lado contrario sucede con las personas con licenciatura y en edad entre 27 a 29 años, ya que ellos de cierta manera son un poco más independientes y funcionales para poder realizar tareas en el hogar o su vida social no es tan afectada.

En cuanto al grupo de edad de 29 a 33 años (Tabla 16) se observa que existen mayor número de personas con escolaridad de preparatoria y solo una pequeña parte con licenciatura.

Al igual que al grupo de edad de 27 a 29 años este grupo si se ve afectado en áreas como el trabajo, el ámbito social y que esto ocasione que el estrés sea una área que también este afectado y esto puede deberse a que en esta edad la mayoría de las personas ya tiene una estabilidad laboral, es decir ya tiene un trabajo remunerado que les permita cubrir sus necesidades y que debido a los síntomas de la enfermedad estas personas no lograron esto ya que se vuelve dependientes de una manera económica por parte de su núcleo familiar aunque los pacientes ya estén estables gracias a los medicamentos el principal impedimento para poder desarrollarse laboralmente es que los síntomas negativos siguen estando presentes ya que como se había mencionado antes estos no se puede disminuir con el medicamento al igual que los efectos secundarios del tratamiento, todo esto tiene repercusiones de igual forma en su vida social ya que su entorno de personas con las que convive solo se da en el núcleo familiar debido a que puede que ya no tenga contacto con amistades u otro tipo de personas que no sea familia como pueden ser amigos, compañeros de alguna actividad deportiva o artística o que hayan pertenecido a algún grupo social, y esto también se puede deber al aislamiento que tiene por el tiempo que ya pudiese llevar con la enfermedad y el estar solo en el círculo familiar, y esto nos lleva a que en el are familiar tengan conflictos ya que debido a que la familia se puede sentir de cierta manera ya cansada empieza a pedir que trabajen o realicen alguna actividad para que ocupen el tiempo libre que tengan o que por lo menos salga de su casa a caminar o a buscar alguna distracción a lo que el se muestra renuente y simplemente puede decir no y a tratar de estar alejado, aunque esta la otra parte que en el ámbito familiar no tenga inconvenientes, ya que puede ser que la familia ya este adaptada y sepa manejar la enfermedad de manera adecuada por lo que ya no ocasiona conflictos mayores en las relaciones con el paciente, y esto queda demostrado en que en este grupo el apoyo que percibieron fue el ideal y esto quiere decir que la familia apoya en lo necesario al paciente sin que este necesite más de lo que le dan que en estos casos solo el cubrir sus necesidades básicas, pero cabe mencionar que el porcentaje de personas que perciben el apoyo ideal se equipara con los que no lo perciben de esta manera o sienten que el apoyo que les brindan no es el necesario y esto es por qué la familia puede que ya no se encargue de darle el medicamento por que el paciente ya este acostumbrado a

tomárselo en el tiempo que le toca o que le asignen tareas que tenga que realizar sin que le muestren interés por si las hizo bien o no y a esto el paciente lo puede tomar como que no le dan el apoyo que el necesita.

Con referencia al siguiente grupo de edad que es el de 33 a 39 años (Tabla 17) encontramos que existen un mayor número de personas con preparatoria y un mínimo de personas con nivel tanto primaria como licenciatura, en este grupo el área laboral se ve afectada de una manera importante ya que debido a la edad y a los diversos síntomas negativos que persisten a lo largo de la enfermedad se les dificulta el salir a buscar algún empleo o incluso el saber qué es lo que pueden seguir realizando ya que pueden sentirse incapaces de poder seguir realizando actividades fuera de casa debido al largo tiempo que pasan sin realizar ningún tipo de actividad al igual que el grupo anterior. Dentro del ámbito social y el familiar este grupo salió muy parecido al grupo de edad anterior ya que tanto en tema referente a la familia como en su vida social se ven afectados aunque en este caso la afectación en la vida familiar y esto puede deberse a que el transcurso de la enfermedad ya es más largo y hasta cierto punto se vuelve complicado para la familia y principalmente para los padres ya que pueden ser de una edad ya avanzada lo que les dificulte trabajar para seguir manteniendo el tratamiento del paciente y en algunos casos no tienen el apoyo de la demás familia por el costo que implica este tipo de tratamientos, y esto puede ocasionar dificultades viendo al paciente como una carga, y todas estas situaciones causan un grado de estrés importante en el paciente ya que él sabe que es difícil el tener para los medicamentos además en el caso de los pacientes que tiene hermanos, ellos le pueden decir que busque un empleo para poder ayudar, por que ellos no pueden y que sus papas ya están grandes y no pueden seguir manteniendo el tratamiento con tanta facilidad, y por esto puede deberse que solo la mitad de los pacientes perciba el apoyo que les brindan como el ideal o como el necesario que ellos necesitan y la otra mitad no lo percibe de esta manera debido a la diferentes situaciones con respecto a la atención y a lo económico que está causando conflictos.

En el análisis que se realizó se encontró que los puntajes son muy similares con el último grupo que va de los 39 a 59 por lo que las situaciones son muy parecidas y por lo tanto la explicación sería parecida (Tabla 18)

A continuación se examinó la consistencia interna del cuestionario, así como de cada una de las preguntas (tabla 12), utilizando para ello el estadístico alpha de Cronbach. Con la finalidad de determinar el grado de consistencia interna de una escala, analiza la correlación media de una de las variables de la misma escala con todas las demás variables que la componen. Si las variables no están positivamente correlacionadas entre sí, no existe razón para creer que puedan estar correlacionadas con otras posibles variables que hubieran podido ser igualmente seleccionadas. En consecuencia, no es de esperar que exista una correlación positiva entre esta escala de medición y cualquier otra similar.

Por tanto, el alpha de Cronbach (Tabla 10) puede interpretarse como la correlación existente entre una escala y cualquier otra posible que contuviese el mismo número de ítems y que pudiera construirse a partir del universo hipotético de variables que pueden medir lo mismo. Su valor puede variar entre cero y uno, si bien es posible la existencia de valores negativos, lo que indicaría que en la escala hay algunos ítems que miden lo opuesto a lo que miden los demás.

Cuanto más cercano estuvo el valor del alpha de Cronbach a 1, mayor fue la consistencia interna de los ítems que componen el instrumento. Ahora bien, al interpretarse como un coeficiente de correlación, no existe un acuerdo generalizado sobre cuál debe ser el valor a partir del cual pueda considerarse una escala como fiable. En nuestro caso optamos por seguir a George y Mallery (1995) quienes indican que si el alpha es mayor que 0,9, el instrumento de medición es excelente; en el intervalo 0,9-0,8, el instrumento es bueno; entre 0,8- 0,7, el instrumento es aceptable; en el intervalo 0,7- 0,6, el instrumento es débil; entre 0,6-0,5, el instrumento es pobre; y si es menor que 0,5, no es aceptable. Al obtener un puntaje de .738 en nuestro estudio, podemos decir que nuestro instrumento es aceptable tomando en cuenta los

puntajes mencionados anteriormente, por lo tanto concluimos que el instrumento es confiable.

En nuestro estudio optamos por no eliminar la pregunta 5 a pesar que no paso una de las pruebas para poder llevar a cabo la validación, pero decidimos no eliminarlo con la finalidad de poder interpretar los resultados no como el conjunto dentro del instrumento o en la puntuación total, sino para hacer una análisis e interpretación aparte.

Ya que al realizar el análisis estadístico sin esta pregunta y solo tomando en cuenta los otros 4 reactivos se obtiene una varianza de 64.993 y un alfa de .814 lo cual indicaría una confiabilidad y validez mayor a la ya obtenida, pero esto implicaría que la escala estuviera incompleta ya que se estaría omitiendo una parte importante en cuanto a la evaluación de la discapacidad como lo es el apoyo social.

Y consideramos que para poder mejorar el instrumento y que no haya algunas cuestiones que puedan poner en duda su utilización, sería adecuado el realizar con mayor tiempo y detenimiento la modificación o sustitución del reactivo 5, para así evitar que se elimine porque conforme al marco teórico no se estaría midiendo la discapacidad social, debido a que el apoyo social es un aspecto importante en cuanto a la evaluación de la Discapacidad. Esto no quiere decir que el instrumento con las 5 preguntas no es confiable ya que encontramos que su utilización en esquizofrenia es válida por lo antes mencionado.

CONCLUSIONES

Después de la revisión bibliográfica y después de haber observado los resultados obtenidos a través del instrumento, objetivo de esta tesis, podemos llegar a las siguientes conclusiones

1. Los puntajes obtenidos después de ejecutar el procedimiento para la validación fueron: estadístico alfa de Cronbach=.738 por lo tanto el instrumento es valido
2. Aunque los puntajes obtenidos no eran los que se esperaban al inicio de este estudio, estos entran en el rango en el que el instrumento es considerado valido y confiable; por lo que consideramos que puede ser utilizado en pacientes con trastorno de esquizofrenia, sin embargo, es necesario y de acuerdo con los lineamientos teóricos para la adecuada validación de los instrumentos que se lleve a cabo la modificación que conlleve a la sustitución del ítem 5 que puntúa o “carga” bajo. En nuestro caso optamos por dejar la pregunta 5 a pesar de que en el análisis no pasó un paso, pero esa decisión fue para que la pregunta pueda evaluar el apoyo social de las personas y para poder observar si existe abandono por parte de la familia o si hay algún otro factor que pueda influir en este rubro.
3. Por el análisis a la población estudiada nos pudimos dar cuenta que la población con una escolaridad de secundaria y preparatoria en rango de edades de 33 a 59 años son los más afectados en comparación con las demás edades que se ven perjudicadas, pero no en un rango considerable como los sujetos antes mencionados.
4. También podemos decir que si la enfermedad comienza en una edad antes de cursar una licenciatura el impacto social y los lazos con compañeros se verán más perjudicado, ya que sus amistades se ven más repercutidas y su vida social se verá en mayor impacto y tanto discriminación y estigma repercutirá la vida social e interacciones de persona.

5. Por último coincidimos con Hair (2000) quien dice que el constructo es un concepto que el analista puede definir en términos conceptuales, pero que no puede ser directamente medido, ya que sólo representa las bases para formar relaciones causales en la medida en que son las representaciones más “puras” posibles de un concepto. También este mismo autor apunta que los constructos pueden definirse con diversos grados de precisión, que parten desde los conceptos más simples (como las cantidades o magnitudes monetarias) hasta conceptos más complejos y abstractos, como por ejemplo: las emociones, los gustos de los consumidores, entre otros. En conclusión, cualquiera que sea el nivel de especificidad del constructo, éste nunca podrá ser medido directa y perfectamente, aunque sí aproximarse a través de indicadores.

REFERENCIAS

- Amoo, T., Cohen, D. & Friedman, H. (2003). Label or position: which has the greater impact on subjects' responses to a rating scale? *J Int Mark Mark Res*, 28. 77–81.
- Andreasen, N. & Black D. (2000). Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastornos delirantes (paranoides). Tratado de psiquiatría 3ª edición, ed. Barcelona, Masson
- Angelo B. Schizophrenia and public health Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse World Health Organization Geneva WHO/MSA/NAM/97.6 English only Distr.: General
- Arbuckle, R., Brecher, M., Frye, M., Paulsson, B., & Palmer, S. Rajagopalan, K. (2009). The psychometric validation of the Sheehan Disability Scale (SDS) in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 165. 163–174.
- Bailer, J., Brauer, W. & Rey E. (1996) Premorbid adjustment as predictor of outcome in schizophrenia: results of a prospective study. *Acta Psychiatr Scand*, 93. 368-77.
- Becerra, B., Medina R., Páez F. & Robles R. (2010) Evaluación de funcionalidad, discapacidad y salud para la rehabilitación psicosocial de pacientes asilados por trastornos mentales graves. *Salud Mental*, 33. 67-75.
- Biehl, H., Heiden, V., Krumm B., Muller, S., Schafer, M. & Weber, I. (1995) The Mannheim long-term study of schizophrenia. Initial results of follow-up of the illness over 14 years after initial inpatient treatment. *En Nervenarzt. Numero 66(11)*. 820-827.
- Bilsbury, C. & Singh, A. (1982) Scaling subjective variables by SPC (sequential pair comparisons). *Behav Psychother*, 10. 128–145.
- Bilsbury, D. & Singh, A. (1989). Measuring levels of experiential states in clinical applications by Discan: a discretized analog method. *Behav Psychother*, 17. 27–41.

- Binyet, S., Cruciani, G., Favre, Ferrero, E., S., González, C., Huguelet, P., & Zabala, I., (1995) Evolution durant quatre ans de l'adaptation psychosociale d'une cohorte de patients schizophrènes. *L'Encéphale*, XXI. 93-8.
- Blom, M., Erkens, E., Haffmans, J., Hoencamp, E. & Jonker, K. (2008) Sheehan disability scale as outcome measure in depressed out-patients. *Journal of Affective Disorders*, 107. 53–122.
- Bobes, J., Gibert, J. González, M., Gutiérrez, M. & Herráiz, M.(1999) Evolución a largo plazo de la discapacidad en pacientes esquizofrénicos en tratamiento de mantenimiento con risperidona. *Actas Españolas de Psiquiatría. Numero 27 (1)*. 1-7.
- Bothwell, S. & Weissman, M. (1976). Assessment of social adjustment by patient self report. *Arch Gen Psychiatry*.
- Breier, A., Dyer J. Pickar & Schreiber J D.(1991) National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia: prognosis and prediction of miltcome. *Arch Gen Psychiatr*, 48. 239-46.
- Broadhead,W., Farber, L., Hoven, C., Leon, A., Kathol, R., Olfson, M. & Weissman, M. (1996). Subthreshold psychiatric symptoms in a primary care group practice. *Archives of General Psychiatry*, 53. 880–886.
- Caldwell C.B. and Gottesman I.I. (1990). Schizophrenics kill themselves too: A review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 16: 571-589.
- Caraveo, A. & Medina-Mora, M. (1996) Trastornos emocionales en población urbana adulta mexicana: resultados de un estudio nacional. *Salud Mental*, 19. 40-45.
- Carone, B., Harrow M. & Westermeyer, J.(1991) Posthospital course and outcome in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 48. 247-53.
- Chisholm D Lara-Muñoz, M., Medina-Mora M., Orozco R., Robles-García R. & Saltijeral M. (2010) Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México. *Salud Mental*, 33. 211-218
- Ciompi L. (1980). Catamnestic long-term study of the course of life and aging in schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 6: 606-618.

- Cohen, J., Endicott, J., Fleiss, J. & Spitzer, L. (1976) The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry*, 33. 766–771.
- Cox, E. (1980). The optimal number of response alternatives for a scale: a review. *J Mark Res*, 17. 407–422.
- Croudace, T., Dalkin, T., Glazebrook, C., Harrison, G., Mason, P. & Medley, I. (1995) Characteristics of outcome in schizophrenia at 13 years. *British Psychiatry*, 167: 596-603.
- Cuffel B.J., Chouljian, T., Macdonald T. & Shumway M. (1994). A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182: 704-708.
- Davidson L. & McGlashan T. (1997). The varied outcomes of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42: 34-43.
- Diaz, A. (2006). Guía para el diagnóstico y manejo del paciente esquizofrénico. Facultad de Medicina.
- Diehl S. & Kendler K.S. (1993). The genetics of schizophrenia: a current genetic-epidemiologic perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 19: 261-185.
- Eaton W. & Tien A. (1992). Psychopathologic precursors and sociodemographic risk factors for the schizophrenia syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 49: 37-46.
- Eaton W. (1995). Prodromes and precursors: Epidemiological data for primary prevention of disorders with slow onset. *American Journal of Psychiatry*, 152: 967-972.
- Eaton W., Henrietta M., Joseph A., Rajkumar S. & Thara R., (1994). Ten-year course of schizophrenia. The Madras longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90: 329-336.
- Ernberg G., Jablensky A., Korten A., Leff J. & Sartorius N., (1992). The International Pilot Study of Schizophrenia: Five-year follow-up findings. *Psychological Medicine*, 22: 131-145.
- Farmer M., Goodwin K., Judd L., Keith S., Locke B., Rae D. & Regier D.A. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other substance abuse: Results of the Epidemiologic Catchment Area (ECA) survey. *Journal of the American Medical Association*, 246: 2511-2518.

- Feinstein, A. (1983) A additional science for clinical medicine. IV. The development of clinimetrics. *Ann Intern Med*, 99. 843–848.
- Friedman, H. & Friedman, L. (1986). On the danger of using too few points in a rating scale: a test of validity. *J Data Collection*, 26. 60–63.
- Friedman, H., Friedman, L. & Wilamowsky, Y. (1981). A comparison of balanced and unbalanced rating scales. *Mid-Atlantic J Bus*, 19. 1–7.
- Goffman E. (1963). *Stigma. The negated identity*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Gómez-Beneyto, M., Montero, I. & Ruiz P. (1998) Social adjustment in schizophrenia: factors predictive of short-term social adjustment in a sample of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 97. 116-21.
- Guyatt, G., Griffith, L., Juniper, E. & Willan, A. (1994). Determining a minimal important change in a disease-specific quality of life questionnaire. *J Clin Epidemiol*, 47. 81–87.
- Harnett-Sheehan, K. Raj, B. & Sheehan, D. (1996) The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology* 11(3). 89–95.
- Herman, H. & O'Connor, R. 1993) Assessment of contributions to disability in people with schizophrenia during rehabilitation. *Aust NZ Psychiatr*, 27(4). 595-600.
- Jablensky A, (1992). Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures: A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph Supplement 20*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Jablensky A. and Sartorius N. (1975). Culture and schizophrenia. *Psychological Medicine*, 5: 113-124.
- Janco A., Kastrup M., Lopez Ibor jr. J.J., Katschnig H., Mezzich J.E., & Sartorius N. (1996). The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31: 349-354

- Joseph, A., Kamath, S. & Shankar, R. (1995) Gender differences in disability: a comparison of married patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 16(1). 17-23.
- Kennedy S., Roy A. & Thompson R., (1983). Depression in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 142: 465-470.
- Kessler R.C. (1995). Epidemiology of psychiatric comorbidity, in *Textbook in psychiatric epidemiology*, Tsuang M.T., Tohen M., Zahner G.E.P. (Eds.). Chichester, Wiley.
- Lahti I., Moring J., Naarala M., Sorri A., Tienari P. & Wahlberg K. (1989). The Finnish Adoptive Study of Schizophrenia. Possible joint effects of genetic vulnerability and family environment. *British Journal of Psychiatry*, 155 (suppl. 5): 29-32.
- Lehman, A. (1988) A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 11.51–62.
- León C.A. (1989). Clinical course and outcome of schizophrenia in Cali, Colombia: a ten-year follow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177: 593-606.
- Leon, A., Klerman, G., Portera, L. & Shear, M. (1992) Assessing impairment in patients with panic disorder: the Sheehan Disability Scale. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27. 78–82.
- Liddle, P. (2003). Psychiatric neuroimaging research. Contemporary strategies. *British Journal of Psychiatry*.
- Manshreck, T. (1982). Disturbance voluntary motor activity in schizophrenic disorder. *Psicol Med*.
- Masterson E. & O'Shea B. (1984). Smoking and malignancy in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 145: 429-432.
- Mazis, M. & Wildt, A. (1978). Determinants of scale response: label vs. position. *J Mark Res*, 15.261–267. *Rev. Ecuat. Neurol. Vol. 15, N° 2-3, 2007*.
- McNeil T.F. (1995). Perinatal risk factors and schizophrenia: selective review and methodological concerns, *Epidemiologic Reviews*. 17: 107-112.

- Mendlowicz, M. & Stein, M. (2000) Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157:669–82.
- Menon M., Padvapati R., Rajkumar, S., Thara R. (1993). Incidence of schizophrenia in an urban community in Madras. *Indian Journal of Psychiatry*, 35: 18-21.
- Miklowitz D.J. (1994). Family risk indicators in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20: 137- 149.
- Nandi D, (1980). Socioeconomic status and mental morbidity in certain tribes and castes in India. A cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry*, 136: 73-85.
- Sewell D. (1996) Schizophrenia and HIV. *Schizophrenia Bulletin*, 22: 465-473.
- Sheehan, D. (1983). The anxiety disease. *New York: Charles Scribner and Sons*.
- Shepherd M., (1989). The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychological Medicine Monograph Supplement 15*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Sherbourne, C & Ware, J. (1992). The MOS 36-item short form health survey (SF-36): I conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30:473–483.
- Siris S. & Schneier F. (1987). A review of psychoactive substance abuse in schizophrenia. Patterns of drug choice. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175: 641-652.
- Vaz, F. Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. WHO/EIP/GPE/CAS/CIDDM-2/01.1 recuperado de (<http://www.orientared.com/car/CIDDM-2.pdf>).
- Warner R. (1985). *Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy*. London.
- Whiteside, S. (2009) Adapting the Sheehan disability scale to assess child and parent impairment related to childhood anxiety disorders. *Journal Clinical Child Adolescent Psychology*.38 (5). 721-30.

ANEXO 1

Escala discapacidad de Sheehan para pacientes Esquizofrénicos

Instrucciones: marque con una cruz el número que describa mejor su situación
ACTUAL

Trabajo

1.- A causa de sus síntomas, su trabajo se ha visto perjudicado:

- a) No, en absoluto
- b) Levemente
- c) Moderadamente
- d) Marcadamente
- e) Extremadamente

Vida social

2.- A causa de sus síntomas, su vida social y actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas:

- a) No, en absoluto
- b) Levemente
- c) Moderadamente
- d) Marcadamente
- e) Extremadamente

Vida familiar

3.- A causa de sus síntomas, su vida familiar y responsabilidades domésticas se han visto perjudicadas:

- a) No, en absoluto
- b) Levemente
- c) Moderadamente
- d) Marcadamente
- e) Extremadamente

Estrés percibido

4.- Desde su última visita, ¿cuánto le han dificultado la vida los eventos estresantes y los problemas personales como los problemas en el trabajo, en casa, sociales, de salud o económicos?:

- a) No, en absoluto
- b) Levemente
- c) Moderadamente
- d) Marcadamente
- e) Extremadamente

Apoyo social percibido

5.- Durante la última semana, ¿qué porcentaje de apoyo ha recibido de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc., respecto al apoyo que ha necesitado?:

- a) Ningún apoyo, en absoluto
- b) Un poco
- c) Moderado
- d) Considerable
- e) El apoyo ideal