

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”

TESIS:

**EFFECTO DE LAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES SOBRE EL
FUNCIONAMIENTO GLOBAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DE INICIO TEMPRANO TRATADOS SEGÚN
LOS LINEAMIENTOS DE LA GUÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”.**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA**

NATALIA GONZÁLEZ DELGADO

TUTORA:

DRA. ROSA ELENA ULLOA FLORES

ASESORAS:

DRA MIRIAM DEL VALLE ORTEGA

DRA ANA TERESA DÍAZ CALVO

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2013



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.

I. Resumen

Introducción: La esquizofrenia de inicio temprano es una de las enfermedades que produce mayor grado de compromiso en el funcionamiento global del individuo.

Objetivo: Determinar el efecto de las intervenciones psicosociales sobre el funcionamiento de los pacientes adolescentes con esquizofrenia. Determinar apego al tratamiento, respuesta y remisión.

Método: estudio longitudinal descriptivo con una muestra de 6 adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia ó trastorno esquizofreniforme.

Resultados: Cuatro pacientes (66.7%) hombres y dos mujeres (33.3%) de 15 años (DE \pm 1.26), con un tiempo de evolución entre 3 y 24 meses, media de 12.3 (DE \pm 9.52) y el 66.7% en un primer episodio psicótico. Los diagnósticos fueron: esquizofrenia paranoide (50%), trastorno esquizofreniforme (16.7%), esquizofrenia indiferenciada (16.7%) y esquizofrenia desorganizada (16.7%), sin comorbilidad asociada excepto por una paciente con epilepsia. El PANSS basal total fue de 98 puntos (DE \pm 24.67). EL PSP, mostró un compromiso importante en el funcionamiento con un puntaje de 29 (DE \pm 7.9). Con respecto al apego, el 66.7% tomaron las dosis indicadas del medicamento en forma voluntaria y continua, y la mitad de los pacientes asistieron al 77% de las sesiones del tratamiento psicosocial, dos al 100% y un paciente al 88% de las mismas. El curso de psicoeducación para familiares fue tomado por el 83% de las madres. La respuesta al tratamiento se dio en el 83% y la remisión se alcanzó en el 66.6% de los pacientes. La disminución del puntaje del PSP a los tres meses fue significativa en dos áreas: relaciones sociales y personales.

Conclusiones: La implementación de la guía de esquizofrenia en niños y adolescentes, parece favorecer el apego al tratamiento farmacológico y mejorar el funcionamiento en dos dominios del PSP: las relaciones personales y sociales y el autocuidado. Sin embargo, son necesarios estudios futuros con una muestra de pacientes más significativa, que apoyen dichos hallazgos.

Palabras clave: esquizofrenia de inicio temprano, funcionamiento psicosocial, respuesta y remisión.

II. Índice

1. Introducción.....	5
2. Marco teórico.....	8
3. Justificación.....	15
4. Planteamiento del problema.....	16
5. Hipótesis.....	16
6. Objetivo Principal.....	16
7. Objetivos Específicos.....	16
8. Materiales y método.....	17
8.1. Diseño del estudio.....	17
8.2. Característica de la Muestra.....	17
8.3. Criterios de Inclusión y exclusión.....	17
8.4. Descripción de los instrumentos.....	18
8.5. Procedimiento.....	20
8.6. Análisis estadístico.....	22
8.7. Consideraciones éticas.....	22
9. Resultados	22
10. Discusión.....	25
11. Conclusiones	28
12. Referencias.....	29
13. Anexos.....	37

III. Índice de tablas y gráficos

Tabla 1: Estudios controlados y aleatorizados para determinar la eficacia del tratamiento psicosocial en adultos con esquizofrenia.

Tabla 2: Razones para mantener la adherencia al tratamiento farmacológico, de acuerdo a la escala ROMI.

Gráfica 1: Efecto del tratamiento sobre el funcionamiento.

IV. Abreviaturas

APA: Asociación americana de psiquiatría.

DSM IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales cuarta edición revisada.

HPIJNN: Hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

PANSS: ESCALA DE SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS PARA LA ESQUIZOFRENIA

PSP: ESCALA DE DESEMPEÑO PERSONAL Y SOCIAL

ROMI: Escala ROMI de adherencia al tratamiento farmacológico

CGI: Escala de Impresión Clínica Global

MINI-KID: Escala Estructurada Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes.

1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia de inicio temprano, es una de las enfermedades mentales más severas, que producen mayor grado de compromiso en el funcionamiento global del individuo ⁽¹⁾. Aproximadamente un tercio de los individuos con esquizofrenia desarrollan la sintomatología durante la adolescencia ⁽²⁾ y tienden a tener mayor número de síntomas negativos severos, más compromiso cognitivo y una tasa mucho más alta de deterioro en el funcionamiento psicosocial, que los pacientes adultos ^(3, 4).

La esquizofrenia de inicio temprano se define como aquella que empieza después de los 13 años y antes de los 18, y la de inicio muy temprano antes de los 13 años ⁽⁵⁾. Existen diferencias entre estas dos entidades, principalmente en la presentación clínica, descritas por Eggers y colaboradores, identificadas en su estudio de seguimiento a 42 años. Estos autores postulan que las alucinaciones auditivas en los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano son poco frecuentes, siendo más frecuentes las cenestésicas ^(6, 7). Alaghband-Rad et al, en su estudio en niños con esquizofrenia antes de los 11 años, describe que se trata de una forma más maligna de la enfermedad ⁽⁸⁾. Por otro lado, otros autores han reportado que en estos pacientes con inicio muy temprano, el funcionamiento premórbido ya se encontraba más alterado que en los que inicia después de los 13 años, en especial desde el punto de vista motor y del lenguaje ⁽⁹⁾.

El estudio TEOSS, una de las muestras más grandes de adolescentes con esquizofrenia, comparó los puntajes del PANSS y del CGI-S con estudios hechos en adultos, encontrando que son más altos, lo que indica mayor severidad de la enfermedad en este grupo de edad y más deterioro funcional ⁽⁴⁾. Esta investigación demostró que la esquizofrenia de inicio temprano es bastante sintomática, causa alteraciones en varios dominios del funcionamiento adaptativo y produce mayor deterioro si se compara con el curso y la evolución de la que inicia en la edad adulta ⁽²⁾.

Los estudios de seguimiento en adolescentes a largo plazo son pocos, pero la mayoría coinciden en sus hallazgos al describir un mal pronóstico, con deterioro en la capacidad para afrontar la vida diaria y dificultades en la adaptación ⁽¹⁰⁾. Un estudio a 12 años realizado en Alemania, evaluó el desenlace académico, ocupacional y social, de adolescentes con este padecimiento. El 83% tuvo por lo menos una hospitalización, el 57% no terminó la escuela (seis veces mayor que en la población general), el 75% era totalmente dependiente de su familia desde el punto de vista económico, y el 66% presentó un deterioro muy importante en su actividad social ⁽¹¹⁾.

Otro estudio longitudinal a 15 años, realizado en Alemania por Röpcke y Eggers en el 2005, evaluó el desenlace en cuanto a severidad de los síntomas y funcionamiento psicosocial, encontrando que el 85% de los pacientes había tenido por lo menos un reingreso durante el seguimiento. La remisión total se obtuvo solamente en el 8% de los pacientes, determinada por un CGI igual ó menor a 2. Hubo un desenlace moderado, en el 56% de los pacientes, determinado por un CGI = 3-5, y uno pobre en el 36% (CGI= 6-8). Con respecto al funcionamiento global, el 51% tuvo deterioro severo ó muy severo (GAS menor a 51) ⁽¹²⁾.

El estudio de Fleischhaker en el 2005, reportó el funcionamiento premórbido, medido por GAF, como el predictor más importante del desenlace. Un pobre pronóstico se encontró en pacientes con pobre funcionamiento premórbido y retrasos en el desarrollo ⁽¹³⁾. Por otro lado, el trabajo de Röpcke y Eggers, reporta como mejor predictor de psicopatología y funcionamiento psicosocial, el tipo de inicio, ya sea agudo ó insidioso, medido por la escala IRAOS (Instrument For the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia) y el segundo mejor predictor, el funcionamiento premórbido ⁽¹²⁾.

Un estudio australiano publicado en el 2011, reportó hallazgos muy diferentes a los encontrados en investigaciones anteriores. Se realizó un seguimiento a 7 años en pacientes con esquizofrenia de inicio temprano y trastornos del espectro esquizofrénico, y se comparó con la de inicio en la vida adulta, midiendo diferentes

desenlaces como funcionamiento global, severidad y calidad de vida. Contrario a lo que esperaban los autores, y en contraste con la literatura disponible hasta el momento, encontraron que los individuos con esquizofrenia de inicio temprano tuvieron menor cantidad de síntomas positivos y un funcionamiento superior al de los adultos, con mejor desempeño vocacional, mayor éxito en actividades de la vida diaria, mejor socialización, y un curso de la enfermedad más favorable ⁽¹⁴⁾. Los investigadores atribuyeron estos resultados al uso del modelo EPPIC (Early Psychosis Prevention and intervention Centre), diseñado para adolescentes en la Clínica NorthWestern Mental Health and Melbourne Health, que consiste en un programa multidisciplinario durante 2 años, para pacientes entre 15 y 24 años en un primer episodio psicótico. Se trabaja por fases, empezando por el manejo agudo, si es necesario, intrahospitalario, con intervenciones psicológicas individuales ó grupales, familiares y sociales. Sigue la fase de recuperación y luego la de tratamiento continuo. Cada fase cuenta con tratamiento por parte de varios profesionales, y las intervenciones se ajustan a las necesidades de cada caso en particular ⁽¹⁵⁾. Los hallazgos sugieren que la respuesta al tratamiento, medida en BPRS, SANS, GAF y SOFAS, es superior en el grupo de inicio temprano que en los adultos, con menor severidad de la enfermedad y mejor desenlace en el funcionamiento psicosocial durante el seguimiento ⁽¹⁴⁾. Los autores postulan que lo anterior se debe no solo a la intervención psicosocial, sino al efecto que pueda tener la edad sobre el curso de la enfermedad. Haddock et al, evaluaron la influencia de la edad en la respuesta a las intervenciones psicosociales en el primer episodio psicótico, encontrando una mejor respuesta en los pacientes más jóvenes, medida por PANNS y SFS ⁽¹⁶⁾.

Aunque el tratamiento farmacológico con agentes antipsicóticos sigue siendo la piedra angular del manejo de la esquizofrenia ^(4, 17), en la última década, se ha dado especial importancia a las intervenciones psicosociales, como parte fundamental del tratamiento. Desde antes de los años 90, el foco de atención y estudio en estos pacientes ha sido la severidad de la enfermedad y el manejo sintomático con medicamentos ⁽¹⁸⁾. Sin embargo el concepto de respuesta al tratamiento ha venido cambiando, incluyendo como variables de desenlace fundamentales, el funcionamiento

psicosocial y el desempeño cognitivo. Es así como en la actualidad, la respuesta al tratamiento no se mide sólo por la disminución de la severidad de la misma, sino que busca metas más ambiciosas como el desarrollo de las habilidades necesarias para que el paciente se reintegre a la sociedad. La evidencia ha mostrado que los pacientes con esta patología tienen alteraciones en el funcionamiento psicosocial. Reichert et al, reportan que la mitad de los pacientes en su estudio a 13 años, en Alemania, vivían con sus padres al terminar el seguimiento, cifra dos veces mayor que la población general. Solo 5 de 27 pacientes, vivían independientes al terminar el seguimiento ⁽¹⁰⁾. Esto ha sido documentado en otros trabajos de investigación, donde un tercio de los pacientes se encontraban institucionalizados ⁽¹³⁾.

2.MARCO TEÓRICO

El funcionamiento psicosocial se refiere a la habilidad de cada individuo para cumplir con todo lo que implica el tener un rol dentro de la sociedad, como lo es ser miembro de una familia, ser estudiante ó tener un trabajo⁽¹⁸⁾. Siendo éste un aspecto tan importante en la vida de un individuo y teniendo en cuenta que se afecta de forma significativa en la esquizofrenia, considerar el funcionamiento como una medida de desenlace es fundamental. En la mayoría de los estudios que han medido respuesta al tratamiento, en términos de disminución de la severidad, una mejoría en el puntaje del PANNS, no necesariamente se ve reflejada en un mejor desempeño en la vida diaria ⁽¹⁹⁾. Surgen entonces otros conceptos como la remisión y la recuperación, que pasan a ser parte de las metas del tratamiento de la esquizofrenia y de la disminución en la severidad de los síntomas sólo el primer paso dentro de este proceso ⁽¹⁸⁾. Este enfoque está más acorde con las necesidades reales y las expectativas de los pacientes, tal y como se documenta en encuestas realizadas a personas con este padecimiento, quienes reportan que esperan con el tratamiento, mejoría en su calidad de vida ⁽²⁰⁾.

En la actualidad, la remisión y la recuperación son consideradas como metas que se pueden alcanzar si las intervenciones en estos pacientes van más allá del tratamiento farmacológico ⁽²¹⁾. En el 2005, el 'Remission in Schizophrenia Working Group', definió la remisión como un estado, mínimo de 6 meses, en el cual el paciente ha tenido una mejoría a tal punto que los síntomas aún presentes son mínimos(puntaje de 2 en el

PANSS), leves (puntaje de 3 en el PANSS) ó no interfieren de forma significativa con el comportamiento. Hay 8 items del PANSS que son considerados como representativos de los síntomas claves del padecimiento: Delirios (P1), desorganización conceptual (P2), conducta alucinatoria (P3), afecto aplanado (N1), retirada social (N4), falta de espontaneidad (N6), manierismos (G5) y contenido inusual del pensamiento (G9) ⁽²⁰⁾. Por otro lado, Lieberman y Kopelowicz en el 2005, propusieron una definición para recuperación en la que el paciente debe permanecer con adecuado funcionamiento social y profesional durante un periodo mínimo de 2 años, relativamente libre de síntomas (PANSS menor de 3 en todos los reactivos) y con control autónomo de sus finanzas y medicamentos ⁽²²⁾.

En un estudio en pacientes con múltiples episodios, el 33% alcanzaron remisión sintomática después de 18 meses de tratamiento con antipsicóticos, y sólo el 21% tuvo remisión tanto sintomática como funcional ⁽²³⁾. Bobes y colaboradores, en un estudio multicéntrico a un año, realizado en España con 1010 pacientes, reportaron que el 45% logró la remisión sintomática, pero solo el 10% tenía un funcionamiento adecuado, medido por GAF mayor de 70 ⁽²⁴⁾. En la mayoría de estudios similares, el 50% de los pacientes ha tenido remisión sintomática, sin embargo solo el 20% ha logrado un buen funcionamiento, medido por diferentes escalas (GAF, SOFAS, PSP, FROGS) ⁽²⁵⁾. Estos hallazgos muestran que hay un subgrupo de pacientes que a pesar de tener síntomas leves, presentan grandes dificultades en la vida diaria. Es probable que sean estos individuos los que se beneficiarían de las intervenciones psicosociales orientadas a mejorar el desempeño y las habilidades necesarias para la cotidianidad ⁽²⁶⁾. Es así, como en la actualidad se plantea que la remisión sintomática sostenida es el punto de partida hacia la mejoría funcional, y por ende hacia el concepto de recuperación. Esto quiere decir que existirían 3 desenlaces terapéuticos: 1) la respuesta, entendida como el control de síntomas, la prevención de recaídas y la reducción mayor al 30% en las escalas; 2) la remisión y 3) la recuperación, dada por la autonomía y el buen funcionamiento psicosocial del paciente ⁽²⁷⁾.

Ciudad et al, en el 2010, publicaron un artículo en el cual presentaron los resultados de dos estudios observacionales europeos que aportan datos que permiten conocer la

situación real de los pacientes con esquizofrenia en términos de remisión sintomática y aportan elementos importantes para la construcción del concepto de recuperación, el cual aún se encuentra en proceso de definición. Los estudios ESFERA y SOHO, 1 y 3 años de seguimiento respectivamente, se basaron en los criterios de remisión sintomática de Andreasen, sin embargo el SOHO añadió a su definición el componente funcional, medido por CGI menor ó igual a 3. El ESFERA, introduce lo funcional dentro del concepto de recuperación, medido por GAF mayor a 80. La importancia de estos estudios radica en que ambos proponen que la recuperación implica una remisión sostenida en el tiempo (min 24 meses), donde necesariamente debe darse una mejoría funcional (tener un trabajo ó ser un estudiante activo, vivir independiente y mantener al menos un contacto social en el último mes ó vivir con un compañero) y en el caso del SOHO, también una adecuada calidad de vida, medida por la escala EuroQol ⁽²⁷⁾.

Dada la importancia del funcionamiento en estos pacientes, y los hallazgos de estudios en adultos donde se demuestra un mejor desenlace para aquellos que además de manejo farmacológico reciben intervenciones psicosociales ^(28, 29) varios autores han estudiado el efecto de dicho abordaje en pacientes con esquizofrenia de inicio temprano. Guo y colaboradores, realizaron un estudio con 1268 pacientes en China, multicéntrico, comparando la intervención farmacológica vs la terapia combinada con intervención psicosocial, en el desenlace de la esquizofrenia de inicio temprano, durante un año. El tratamiento psicosocial consistía en un programa estructurado en 48 sesiones grupales, durante 12 meses, con cuatro prácticas basadas en la evidencia, recomendadas por la guía: psicoeducación, intervención familiar, entrenamiento en habilidades sociales y terapia cognitivo conductual. Los pacientes asistían una vez al mes, donde recibían 1 hora de cada una de las cuatro intervenciones. Se les daba una hora para comer y dos descansos de media hora cada uno. Dentro de los hallazgos, reportaron menor tasa de abandono del tratamiento en los pacientes que recibieron terapia combinada, con un 32.8% en este grupo y un 46.8% en el grupo recibiendo solo medicamento. Los pacientes con terapia combinada tuvieron menor riesgo de recaída, mayor introspección medida por ITAQ, mejor calidad de vida medida por una encuesta Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey, y mejor funcionamiento

psicosocial medido por GAS y ADL. Además, el 30.1 %, una cantidad significativa de pacientes en terapia combinada consiguió empleo ó tuvo acceso a la educación, comparado con un 22.2% en el grupo que solo recibió medicamento ⁽³⁰⁾.

El estudio Maudsley en esquizofrenia de inicio temprano, realizado en el Reino Unido en 23 pacientes, seguidos a 4 años, tenía como objetivo determinar los predictores de la respuesta psicosocial en estos pacientes. Midieron el funcionamiento premórbido con la escala PAD, la adaptación social con la SASS, la severidad con el PANNS y el funcionamiento con la GAS. Los autores reportaron que el pobre funcionamiento previo y la severidad de los síntomas negativos al inicio del cuadro, fueron los factores predictores más importantes desde el punto de vista psicosocial, con una correlación significativa con los puntajes bajos en las escalas de funcionamiento ⁽³¹⁾. Otros estudios han identificado como factores predictores de respuesta y modificadores del desenlace al tiempo de psicosis sin tratamiento y la severidad de los síntomas al inicio del cuadro ^(32, 33).

El deterioro en los dominios del funcionamiento psicosocial, como característica central en la esquizofrenia, el cual puede observarse al inicio de la enfermedad, durante las exacerbaciones, y como parte de los síntomas residuales, plantea la necesidad de contar con instrumentos que midan de forma adecuada el desempeño del individuo en la vida diaria y el efecto de las intervenciones, con el fin de incorporar este desenlace a los conceptos de remisión y recuperación. La limitación principal de las escalas de funcionamiento es la falta de consenso con respecto a la diferencia entre los indicadores objetivos (empleo, estudio, red social, la presencia de otro significativo y la vida independiente) y subjetivos (cómo se percibe el paciente, cómo aprecia su situación) del desempeño social ⁽³⁴⁾.

La escala de funcionamiento global, GAF, ha sido de las más usadas en investigación para medir este desenlace, sin embargo tiene ciertas limitaciones. Un solo puntaje, que no discrimina entre las distintas áreas del funcionamiento, y que incluye síntomas que se confunden con factores sociales. Otras escalas como SOFAS, SFS, SAS-II, SDI y

PFS, carecen de indicadores objetivos suficientes ⁽³⁴⁾. En un metanálisis publicado en el 2007, acerca de las escalas usadas para medir el funcionamiento psicosocial, la PSP (Escala de Desempeño personal y social) fue propuesta como un instrumento útil ya que incluye los elementos objetivos, ausentes en otras escalas ⁽³⁵⁾.

La escala del Desempeño personal y social (PSP) tiene ventajas en la determinación del funcionamiento. Es un instrumento corto, validado en México, que mide esta variable independientemente de la progresión clínica de la enfermedad ⁽³⁴⁾. Tiene un puntaje de 1-100, en el cual, cada 10 puntos representa un nivel de funcionamiento, basado en cuatro indicadores objetivos: actividades socialmente útiles que incluyen trabajo y estudio, relaciones sociales e interpersonales, autocuidado y comportamiento agresivo y perturbador ⁽³⁶⁾. Cada uno se califica con una escala de severidad de 1-6 (ausente- muy severo) siguiendo definiciones operacionales específicas. Aunque no ha sido probada en adolescentes, si se ha utilizado en varios estudios farmacológicos en adultos con esquizofrenia, como una medida indirecta de eficacia ^(37, 38, 39). Con respecto a otras escalas, la correlación entre el puntaje total del PSP y el GAF, encontrada en el estudio de validación en México, demuestra la validez de criterio del instrumento. Así mismo, se encontró una correlación negativa entre PSP y diferentes ítems del PANSS (subescala negativa y factores cognitivos), consistente con otros hallazgos reportados en la literatura ⁽³⁴⁾.

Tabla 1. Estudios controlados y aleatorizados para determinar la eficacia del tratamiento psicosocial en adultos con esquizofrenia.

Autor/año	Muestra	Maniobra	Resultados
Lee, 2010 ⁽⁴³⁾	46	Comparación del tratamiento psicosocial (PIRP, psychosocial intervention for relapse prevention), con 2 sesiones de psicoeducación de una hora por mes durante 1 año, con monitoreo estrecho de signos y síntomas de alerta, e intervención en crisis vs TH en un seguimiento a 2 años	Mayor adherencia al tratamiento farmacológico y menor porcentaje de recaída
Chabannes, 2008 ⁽⁴⁴⁾	220	Comparación del efecto del programa psicoeducativo SOLEDUC vs psicoeducación habitual, sobre la tasa recaídas. Seguimiento a 2 años	Sin diferencias significativas en la tasa de recaídas entre los dos grupos
Li, 2005 ⁽⁴⁵⁾	101	Comparación de la psicoeducación vs tratamiento habitual, seguimiento a 9 meses posteriores a la hospitalización.	Sin diferencias en tasa de recaída o adherencia al tratamiento, mejor funcionamiento en grupo experimental.
Nordentof, 2002 ⁽⁴⁶⁾	341	Comparación del tratamiento integrado (OPUS project) que consiste en tratamiento comunitario asertivo, cada paciente asignado a un responsable visitas domiciliarias, se ve al pte en su centro de trabajo o actuando en la comunidad, reciben visitas de emergencia si las requiere) ; entrenamiento en habilidades sociales, y psicoeducación para la familia vs tratamiento habitual. Seguimiento a 1 año.	Menor tasa de suicidio en pacientes del grupo de la intervención.
Anzai 2002 ⁽⁴⁷⁾	32	Comparación del módulo de entrenamiento en habilidades sociales y psicoeducación (18 sesiones de 1 hora, durante 9 semanas) vs tratamiento habitual (rehabilitación ocupacional) seguimiento a 1 año	Los pacientes que recibieron la intervención permanecieron mayor número de días en la comunidad después de haber sido dados de alta, con mejores habilidades sociales y funcionamiento, medido por escala REHAB.
Lenoir 2001 ⁽⁴⁸⁾	73	Comparación entre programa de intervención familiar (terapia de apoyo a los padres, psicoeducación, entrenamiento en habilidades de comunicación y solución de problemas) durante 15 meses, con seguimiento a 5 años vs manejo habitual	Los pacientes que recibieron la intervención requirieron menor tiempo de hospitalización y tuvieron mejor funcionamiento medido por LCS. El 40% vivieron solos, siendo independientes la mayor parte del tiempo durante el periodo de seguimiento; 34% vivieron con los padres, 12% con un compañero y 7% en una institución psiquiátrica

Existen varias guías de manejo para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos las cuales están basadas en estudios aleatorizados doble ciego acerca de las diferentes intervenciones farmacológicas y psicosociales disponibles ⁽⁴⁰⁾. En niños y adolescentes, el panorama es diferente pues solo se cuenta con las recomendaciones de la Academia Americana de Niños y Adolescentes (AACAP), y algunas guías de tratamiento de primer episodio psicótico dirigidas a adolescentes y adultos, las cuales hacen énfasis en el diagnóstico oportuno, y en la importancia del tratamiento multimodal con manejo farmacológico e intervenciones psicosociales ⁽⁴¹⁾.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr Juan N. Navarro” se elaboró la guía de manejo de la Esquizofrenia en niños y adolescentes, basada en la evidencia, dirigida a psiquiatras, paidopsiquiatras, psicólogos, personal de enfermería y trabajo social. El objetivo general de esta guía fue contar con recomendaciones para la atención de pacientes pediátricos con esquizofrenia en los servicios de psiquiatría, que le ayuden al personal de salud en la toma de decisiones, permitiendo agilizar el proceso de diagnóstico e inicio del tratamiento, siguiendo algoritmos costo-efectivos basados en modelos de atención multidisciplinaria. Después de realizar una evaluación completa y establecer un diagnóstico, se propone la instauración de los dos pilares del tratamiento: las intervenciones farmacológicas y las psicosociales. Dentro de las psicosociales, la psicoeducación, la psicoterapia (grupal ó individual) y la rehabilitación (cognitiva, motora y el entrenamiento en habilidades sociales) son las que cuentan con mayor evidencia respecto a su impacto en los síntomas y el funcionamiento global del paciente ⁽⁴²⁾.

La guía recomienda que la psicoeducación puede llevarse a cabo por trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras y psiquiatras y debe cubrir temas como generalidades de la enfermedad (factores de riesgo, causas, síntomas, opciones de tratamiento, efectos adversos, recuperación (factores que la dificulten ó que la favorezcan, manejo del estrés prevención de recaídas (signos de alarma, factores asociados a las recaídas,

causas) y educación para la salud (hábitos de vida saludables, ejercicio, alimentación balanceada, conductas de riesgo, abuso de sustancias).

Por otro lado, el entrenamiento en habilidades sociales, orientado al mejoramiento del funcionamiento interpersonal, incluye conductas expresivas verbales (contenido del habla, volumen de voz, ritmo, entonación) y no verbales (contacto visual, postura, expresiones faciales, movimientos corporales y distancia interpersonal), conductas de percepción social (atención e interpretación de pistas relevantes y reconocimiento de emociones), conductas interactivas (momento de respuesta, turnos de conversación y uso de reforzadores sociales) y factores situacionales (conocimiento de los factores culturales y las demandas específicas del contexto).

La rehabilitación motora incluye el ejercicio físico como práctica importante para disminuir el riesgo de alteraciones metabólicas en pacientes con esquizofrenia, para bajar de peso y reducir el riesgo de patología cardiovascular, además de aumentar la capacidad aeróbica y el bienestar y disminución de los síntomas psicóticos y afectivos. Con respecto a la rehabilitación cognitiva se inicia por parte del servicio de psicología, una vez el paciente se encuentre estable, con el fin de determinar su perfil cognoscitivo y hacer seguimiento semestral o anual ⁽⁴²⁾.

3.JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales que produce mayor grado de compromiso en el funcionamiento global de quienes la padecen, haciendo que su pronóstico sea pobre, ya que no terminan sus estudios, son dependientes económicamente, tienen habilidades sociales precarias y presentan alta comorbilidad con síntomas depresivos, abuso de sustancias y conducta suicida.

Wiersma y colaboradores en el 2000, reportaron que hasta un 80% de los pacientes con este diagnóstico tenían deterioro en distintos grados de severidad, especialmente en la parte social. Asimismo, los autores reportan que el mejor predictor de pobre funcionamiento en el futuro es un mal funcionamiento durante los tres años posteriores

al diagnóstico. Por esto es importante contar con herramientas para hacer un diagnóstico oportuno y ofrecer un tratamiento temprano. Sin embargo, el gran inconveniente es que aunque existen algunas guías y recomendaciones para niños y adolescentes con esquizofrenia basadas en la evidencia, aún no se ha probado la eficacia de éstas.

4.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el efecto de las intervenciones psicosociales sobre el funcionamiento global y la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia de inicio temprano tratados según los lineamientos de la Guía Clínica del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro?

5.HIPÓTESIS

La aplicación de la Guía Clínica de Esquizofrenia en niños y adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro mejorará los síntomas, el apego al tratamiento y el funcionamiento psicosocial de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de inicio temprano.

6.OBJETIVO PRINCIPAL

Determinar el efecto de las intervenciones psicosociales tales como la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades sociales y hábitos de vida saludables sobre el funcionamiento de los pacientes adolescentes con esquizofrenia.

7.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el apego al tratamiento en general (farmacológico, psicosocial, asistencia a las consultas).
- Determinar el porcentaje de respuesta al tratamiento a 3 meses basado en la disminución del puntaje de las escalas.
- Determinar el porcentaje de remisión a 6 meses.

-Determinar el efecto del tratamiento en actividades socialmente útiles, incluyendo trabajo y estudio, relaciones sociales y personales, cuidado personal y comportamiento perturbador ó agresivo.

8.MATERIALES Y MÉTODO

8.1.Tipo de Estudio: Estudio longitudinal descriptivo

8.2.Diseño de estudio y descripción de la población: Estudio longitudinal de seguimiento a 6 meses de adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia ó trastorno esquizofreniforme tratados de acuerdo a la guía del hospital.

8.3.Criterios de Inclusión:

- Adolescentes de 12 a 17 años 5 meses de ambos sexos.
- Diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme de acuerdo al DSM-IV, obtenido por medio de una entrevista diagnóstica semiestructurada.
- Pacientes en su primer episodio psicótico (definido como el primer contacto con un servicio de salud mental por la presencia de síntomas psicóticos), o previamente diagnosticados que cumplan con los siguientes criterios de severidad: Puntaje de al menos 4 (moderado) en 3 de los siguientes elementos del PANSS: (P1 delirios, P3 comportamiento alucinado, P6 desconfianza, G9 (contenido del pensamiento inusual), puntaje ≥ 70 en la puntuación total de PANSS y que se encuentren “moderadamente enfermos”, lo que se define por la gravedad del CGI-S con puntuación ≥ 4 de los síntomas positivos.
- Sin tratamiento farmacológico adecuado (antipsicótico a dosis terapéuticas en tomas regulares) en las cuatro semanas previas.
- Contar con un padre o tutor responsable.

Criterios de Exclusión:

- Enfermedades médicas concomitantes inestables.

- Cambio de diagnóstico a lo largo del estudio (en particular a trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno por estrés postraumático, trastorno de personalidad, psicosis no específica, trastorno obsesivo compulsivo).
- Comorbilidad con abuso o dependencia a sustancias, excepto abuso de Cannabis.
- Embarazo o negativa de utilizar anticonceptivos en caso de tener vida sexual activa.

8.4. Instrumentos (Entrevistas y Escalas Clínicas):

a) MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL, VERSIÓN PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (MINI KID):

El MINI KID se diseñó como una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración para evaluar psicopatología de niños y adolescentes. Examina la presencia de 23 trastornos psiquiátricos en el momento actual y a lo largo de la vida de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE-10. La versión en español de esta entrevista mostró validez concurrente significativa, así como buena confiabilidad interevaluador (Kappa para TDAH 0.64) y temporal (Valores Kappa de 0.36-0.66) ⁽⁴⁹⁾.

b) ESCALA DE SÍNDROMES POSITIVOS Y NEGATIVOS (PANSS):

La escala de síndromes positivos y negativos valora la severidad de los síntomas en el momento actual y se evalúa mediante una entrevista semiestructurada de 30-40 minutos de duración. Consta de 30 reactivos que se puntúan de 1 (ausente) a 7 (extremo). Esta formada por tres subescalas: la *positiva* (PANSS-P) de 7 ítems, la *negativa* (PANSS-N) también de 7 y la de *psicopatología general* (PANSS-PG) de 16 ítems. Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente estudiadas presentando adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,73 para la escala positiva, de 0,83 para la negativa y de 0,87 para la de psicopatología general) y estabilidad temporal. El coeficiente de correlación intraclase es de alrededor de 0.80 para las tres subescalas ^(50, 51). Un estudio realizado en población clínica mexicana, realizado por

Fresán y colaboradores, la validez concurrente fue la siguiente: 0.81 para la escala positiva y 0.71 para la negativa, comparado con el BPRS ⁽⁵²⁾.

c) ESCALA DE IMPRESIÓN GLOBAL DE LA ESQUIZOFRENIA (CGI-SCH)

La escala de Impresión Global de la Esquizofrenia (CGI-SCH), ha sido diseñada para evaluar los diferentes grupos de síntomas (positivos, negativos, cognitivos y depresivos) que están presentes en la esquizofrenia; hay dos grupos de evaluaciones, la gravedad de la enfermedad y el grado de cambio de la misma. Cada evaluación cuenta con 5 dimensiones que evalúan cada síntoma. El registro se hace por medio de una escala tipo likert en la cual el evaluador asigna una puntuación que va del 1 (normal) hasta el 7 (severamente enfermo) ⁽⁵³⁾. Aún no hay estudios de validez y confiabilidad en población mexicana.

d) ESCALA DE DESEMPEÑO PERSONAL Y SOCIAL (PSP)

La escala PSP es un instrumento corto que se califica del 1 al 100. Una puntuación de 1 a 10 representa falta de autonomía en el funcionamiento básico y una puntuación de 91 a 100 refleja el funcionamiento excelente. Las calificaciones se basan en la evaluación de los cuatro indicadores objetivos: (a) actividades socialmente útiles, incluyendo el trabajo y estudio, (b) relaciones personales y sociales, (c) auto-cuidado, y (d) conductas perturbadoras y agresivas. Estos se califican en una escala de seis puntos en escala de severidad siguiendo definiciones operativas. En 2008 se publicó su validación en español, en la que el coeficiente alfa de Cronbach de la PSP fue 0,843. Las puntuaciones de PSP mostraron una correlación positiva con la GAF y una correlación negativa con los factores cognitivos, negativos y positivos derivados de la PANSS. Las puntuaciones de PSP mostraron también una correlación significativa con la gravedad y la mejoría de las puntuaciones CGI en el seguimiento. Finalmente se evidenció buena confiabilidad interevaluador (0.843) ⁽³⁴⁾.

e) ROMI (Rating of Medication Influences)

La escala ROMI es una medida estandarizada para la evaluación de los factores actitudinales y conductuales que influyen en el cumplimiento del paciente con el

tratamiento neuroléptico. ROMI fue desarrollado como parte de un estudio longitudinal de incumplimiento de neurolépticos en la esquizofrenia y se administró en pacientes ambulatorios con esquizofrenia. Un análisis de los componentes fiables del paciente produjo tres subescalas relacionadas con el cumplimiento (prevención, influencia de otros y la afinidad por el medicamento) y cinco subescalas relacionadas con el incumplimiento (negación/disforia, problemas logísticos, rechazo de la familia, alianza terapéutica negativa). De esta manera se concluyó que la ROMI es un instrumento fiable y válido que puede utilizarse para evaluar las razones subjetivas del paciente para el cumplimiento e incumplimiento de la medicación ⁽⁵⁴⁾. Aún no hay estudios de validez y confiabilidad en población mexicana.

8.5.Procedimiento:

a) Reclutamiento de los pacientes:

Los pacientes se reclutaron en los servicios de urgencias, consulta externa (Programa de Seguimiento a Pacientes Hospitalizados (PROSERP) o la Clínica de adolescencia y las unidades de hospitalización para mujeres (UAM) y varones (UAV).

Los pacientes con sintomatología psicótica fueron evaluados para su posible entrada al protocolo. A los que cumplieron con los criterios de inclusión, se les dio la información necesaria y se realizó el procedimiento de consentimiento informado.

b) Tratamiento farmacológico y psicosocial

Después de firmar el consentimiento, a los pacientes se les empezó tratamiento farmacológico con antipsicóticos y tres semanas después se iniciaron las intervenciones psicosociales, siguiendo las recomendaciones de la guía clínica: psicoeducación (paciente y familia), entrenamiento en habilidades sociales y capacitación en hábitos de vida saludable.

I. PSICOEDUCACIÓN:

Se creó un programa para padres de familia, hermanos ó tutores legales que se encontraban al cuidado del paciente con esquizofrenia. Consistió en tres sesiones de una hora y media de duración (una cada cuatro días) durante las cuales se habló

acerca de generalidades, tratamiento integral, integración social, curso y pronóstico, y se les dió la oportunidad de hacer preguntas para aclarar dudas. Al inicio de cada sesión se aplicó un pretest y al final un posttest.

II. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES:

Se realizó un programa de nueve sesiones de 45 minutos cada una, el cual se dividió en tres fases. La primera fue un programa de psicoeducación para los pacientes durante la cual recibieron información acerca de la enfermedad, causas, síntomas y tratamiento. La segunda fase fue de entrenamiento y consistió en ejercicios básicos que tienen que ver con el lenguaje no verbal, la conducta verbal y las habilidades de comunicación.

Por último, la fase social activa que incluye la identificación y reconocimiento de emociones, capacidad de anticipar respuestas sociales acordes con la situación y la resolución de problemas.

III. PROGRAMA DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE:

Este programa se realizó a lo largo de 9 sesiones, de 15 minutos cada una, durante las cuales se orientó a los pacientes acerca de los conceptos básicos de la nutrición balanceada, tipos de alimentos, plato del bien comer, distribución de la alimentación a lo largo del día, necesidades energéticas según grado de actividad física, evaluación del estado nutricional individual, conductas nocivas para la salud como consumo de cigarro, alcohol y drogas, aumento del apetito, consumo excesivo de refrescos y carbohidratos. También se trataron temas como la importancia de los hábitos de sueño, actividad física, consumo diario de agua, respetar horario de comidas, evitar consumo de grasas, azúcares y dobles raciones de comida.

En cada una de las sesiones, los participantes tuvieron la oportunidad de hacer preguntas, aclarar dudas y aplicar lo aprendido a su propia situación. Después de cada sesión, se realizaron ejercicios en grupo durante 30 minutos.

EVALUACIONES

Se realizó una evaluación basal a cada uno de los pacientes antes de iniciar el tratamiento, con las escalas PANNS, CGI y PSP. El PSP se aplicó nuevamente a los 3 y 6 meses. El PANNS a la semana 3,6,9, mes 3, 4 , 5 y 6., al igual que el CGI. La escala ROMI se aplicó a la semana 3, mes 3 y mes 6.

Programa de Evaluaciones

visita	basal	sem 3	sem 6	sem 9	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6
MINI-kid	x							
PANNS	x	x	x	x	xa	x	x	xa
PSP	x				xa			xa
Escala ROMI Adherencia		x			x			x
CGI-SCH	x	x	x	x	xa	x	x	xa

8.6.Análisis

Se realizó un análisis descriptivo determinando promedios, porcentajes y desviaciones estándar. Para comparar los puntajes de la escala PSP antes y después del tratamiento se utilizó la prueba t de muestras pareadas. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

8.7.Consideraciones éticas

El trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética y el Comité de investigación del Hospital Psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro, siguiendo los principios científicos y éticos para la investigación en seres humanos de acuerdo a la Declaración de Helsinki.

9.Resultados

Un total de 6 pacientes fueron incluidos dentro del estudio y tratados de acuerdo a la guía del hospital. Cuatro (66.7%) sujetos eran hombres y 2 mujeres (33.3%), con una edad promedio de 15 años ($DE \pm 1.26$). Los pacientes tuvieron un tiempo de evolución

de la enfermedad entre 3 y 24 meses, con una media de 12.3 (DE \pm 9.52) y el 66.7% se encontraba en un primer episodio psicótico. Los diagnósticos fueron: esquizofrenia paranoide (50%), trastorno esquizofreniforme (16.7%), esquizofrenia indiferenciada (16.7%) y esquizofrenia desorganizada (16.7%), sin comorbilidad asociada excepto por una paciente con diagnóstico de epilepsia.

En la evaluación basal se obtuvo un puntaje promedio en el PANSS total de 98 (DE \pm 24.67) con 26 (DE \pm 7.84) en la escala positiva y 30 (DE \pm 8.16) en la negativa. La Escala de desempeño personal y social, PSP, mostró un compromiso importante en el funcionamiento con una disfunción global promedio de 29 puntos (DE \pm 7.9), reflejando alteraciones severas y muy severas en actividades socialmente útiles como estudio y trabajo, relaciones sociales, cuidado personal y comportamiento agresivo ó perturbador.

Tratamiento farmacológico

Todos los pacientes recibieron manejo antipsicótico con risperidona excepto una paciente en quien se inició olanzapina; 66.7% de los pacientes tomaron las dosis indicadas en forma voluntaria y continua. Uno de los sujetos requirió administración molida del medicamento durante la semana 6 a la 9, por negativa a tomarlo y el otro recibió una dosis inferior del medicamento del mes 3 al mes 4 de seguimiento, debido a problemas económicos.

Las razones para el apego fueron las siguientes según la escala de ROMI, de adherencia al tratamiento farmacológico:

Tabla 2: Razones para mantener la adherencia al tratamiento farmacológico, de acuerdo a la escala ROMI

Razones para mantener la adherencia	% de pacientes que dieron respuesta positiva Mes 3	% de pacientes que dieron respuesta positiva Mes 6
Percibe beneficio diario	33	100
Tiene relación positiva con médico que prescribe	83	100
Creencia positiva de la familia	100	100
Prevención de recaída	33	100
Presión	33	100
Miedo de rehospitalización	66	66

Tratamiento psicosocial

La asistencia de los pacientes a las sesiones de psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales, hábitos de vida saludable y ejercicio fue la siguiente: tres pacientes asistieron al 77% de éstas, dos al 100% y un paciente al 88% de las mismas. El curso de psicoeducación para familiares fue tomado por el 83% de las madres, que se acompañaron de otro familiar (abuela, padre, tía).

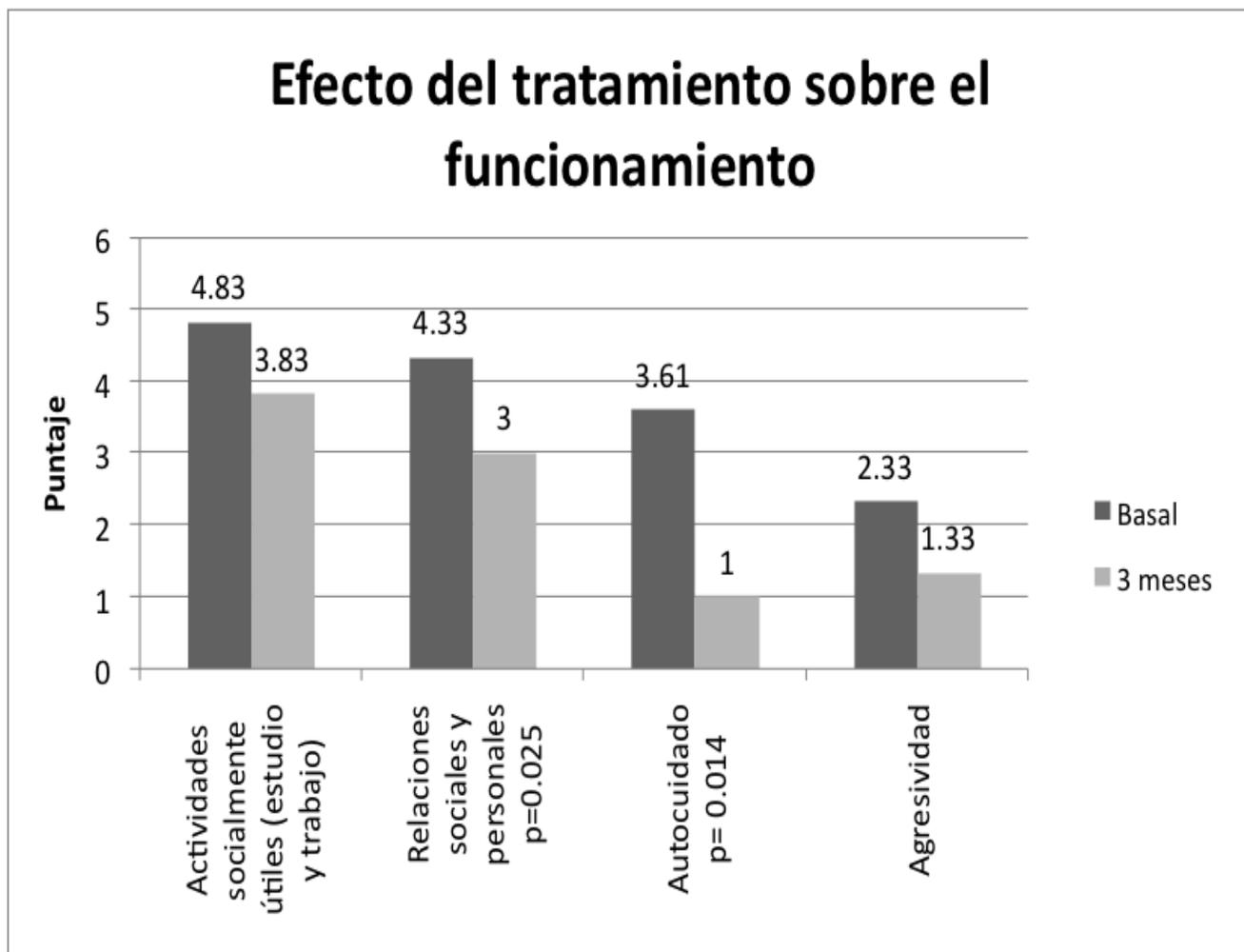
Respuesta y Remisión

La respuesta al tratamiento definida como la disminución mayor ó igual al 30% en el puntaje del PANSS, se dio en 83% de los pacientes a los tres meses y la remisión según los criterios del Remission in Schizophrenia Working Group se alcanzó en 66.6% a los 6 meses .

Efecto del tratamiento sobre el funcionamiento

Al comparar los puntajes de cada una de las dimensiones del PSP tanto basales como a los tres meses, en todos se observó reducción del mismo; sin embargo la disminución sólo fue significativa en dos áreas: relaciones sociales y personales. (véase gráfica 1).

Gráfica 1.



10. Discusión

En esta muestra de pacientes la mayoría fueron hombres, en un primer episodio psicótico, con un tiempo de evolución de aproximadamente un año y con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, sin comorbilidad asociada. Por otro lado, el PSP basal de 29 habla de dificultades severas y muy severas, que hacen que el sujeto sea incapaz de realizar cualquier función si no recibe ayuda profesional. Esta necesidad de atención y ayuda profesional se correlaciona con el puntaje del PANSS.

Con respecto al tratamiento farmacológico, la mayoría de los pacientes siguieron las indicaciones de su médico tratante. Dentro de las razones para mantener la adherencia de acuerdo a la escala de ROMI, se observó que del mes 3 al mes 6 un mayor porcentaje de pacientes refirieron que percibían beneficio diario, que tomaban el medicamento para prevención de recaída y no se sentían presionados para hacerlo. Se observó una creencia positiva de la familia hacia el medicamento en todos los casos, tanto en el mes 3 como en el mes 6.

Los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano, según estudios como el TEOSS y el Maudsley, tienden a tener mayor número de síntomas negativos que los adultos, los cuales sugieren peor funcionamiento psicosocial ^(4, 31). Sin embargo, a pesar de que en nuestro estudio no se encontró un predominio de síntomas negativos, si se documentó una disfunción social global severa y muy severa en la mayoría de los pacientes al inicio.

Algunos estudios han tenido resultados similares al evaluar el funcionamiento posterior a las intervenciones farmacológicas y psicosociales. Tal es el caso de un estudio alemán a 12 años, en el cual el 66 % tuvo un deterioro importante en su actividad social, el 57% compromiso en actividades socialmente útiles como el estudio y trabajo, siendo más del 70% totalmente dependientes de su familia desde el punto de vista económico ⁽¹¹⁾. El 83% tuvo por lo menos una hospitalización, hallazgo que es difícil de comparar con lo encontrado en nuestra investigación debido al corto tiempo de seguimiento. Sin embargo, el hecho de que ninguno de nuestros pacientes haya requerido rehospitalización, muestra que la educación influye positivamente en la actitud de la familia frente al tratamiento y esto se ve reflejado en el apego y la no recaída durante los primeros meses de seguimiento.

Aunque la mayoría de estudios hablan de un peor desenlace para la esquizofrenia de inicio temprano comparada con la que se presenta en la vida adulta, un estudio australiano publicado en el 2011 reportó resultados muy diferentes. Los pacientes adolescentes en un primer episodio psicótico tuvieron menor cantidad de síntomas

positivos y un funcionamiento superior al de los adultos, mejor desempeño vocacional, mayor éxito en actividades de la vida diaria, mejor socialización, y un curso de la enfermedad más favorable. Los investigadores atribuyeron estos hallazgos al uso del modelo EPPIC de intervención temprana y a un probable efecto de la menor edad en el desenlace positivo posterior ⁽¹⁴⁾. Así lo muestran Haddock et al en un estudio publicado en el 2006 en el que evaluaron la influencia de la edad en la respuesta a las intervenciones psicosociales en el primer episodio psicótico, encontrando una mejor respuesta en los pacientes más jóvenes, medida por PANNS y SFS (Social Functioning Scale). Lo anterior sugiere que entre más rápido sea el abordaje de un episodio psicótico, mejores serán los resultados. En adultos, Wiersma y colaboradores en el 2000, publicaron un estudio multicéntrico realizado en 6 países Europeos en el cual encontraron que el 80% de los pacientes tenían problemas persistentes en el funcionamiento social y que el mejor predictor de pobre funcionamiento a largo plazo, era un mal funcionamiento en los primeros 3 años después del primer episodio ⁽⁵⁵⁾. Este es un indicador fundamental y marca una pauta importante para el inicio del tratamiento. De esta manera, la implementación de la guía del hospital, estaría dentro de esta misma línea del diagnóstico y tratamiento temprano con el fin de mejorar desenlaces.

A pesar de que nuestro tratamiento psicosocial es diferente al australiano, la implementación de la guía fue posible. Se trata de un modelo muy simple, fácilmente reproducible en cualquier servicio de salud mental, al cual se apegan los pacientes, logrando la mayoría respuesta a los 3 meses y remisión a los 6 meses de tratamiento. Vale la pena resaltar que ninguno de los pacientes requirió rehospitalización.

Con respecto a las limitaciones del estudio se pueden mencionar el tamaño de la muestra y el tiempo corto de seguimiento, dentro del cual no podemos demostrar el efecto de lo psicosocial a largo plazo. Sin embargo, los resultados sugieren que el hecho de hacer un abordaje en el primer episodio y lograr una recuperación temprana, incide sobre el funcionamiento y el pronóstico de la enfermedad.

11.Conclusión

La implementación de la guía de esquizofrenia en niños y adolescentes, parece favorecer el apego al tratamiento farmacológico y mejorar el funcionamiento en dos dominios del PSP: las relaciones personales y sociales y el autocuidado. Sin embargo, son necesarios estudios futuros con una muestra de pacientes más significativa, que apoyen dichos hallazgos. Los pacientes tomaron de forma voluntaria y continua el medicamento y asistieron a la mayoría de sus consultas. La respuesta al tratamiento se obtuvo en el 83% de los pacientes a los tres meses de tratamiento y la remisión se alcanzó en 66.6% a los 6 meses.

12. Referencias

1. McClellan J, Werry J, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Benson S, et al. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2001; 40(7 Supplement):4S–23S.
2. McClellan J, Sikich L, Findling R, Frazier J, Vitiello B, Hlastala S, et al. Treatment of Early-Onset Schizophrenia Spectrum Disorders (TEOSS): Rationale, Design, and Methods. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2007; 46(8) :969-978.
3. Rapoport JL, Inoff-Germain G. Update on childhood-onset schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep.* 2000 Oct; 2(5) :410-5.
4. Frazier J, McClellan J, Findling R, Vitiello B, Anderson R, Zablotsky J, et al. Treatment of Early-Onset Schizophrenia Spectrum Disorders (TEOSS): Demographic and Clinical Characteristics. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 2007; 46(8) :979-988.
5. Rapoport J, Gogtay N. Childhood onset schizophrenia: support for a progressive neurodevelopmental disorder. *Int. J. Devl Neuroscience.* 2011; (29): 251–258.
6. Eggers C, Bunk D, Volberg G, Röpcke B. The ESSEN study of childhood-onset schizophrenia: selected results. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 1999; (8 Suppl 1):121-8.
7. Eggers C, Bunk D, Krause D. Schizophrenia with Onset Before the Age of Eleven: Clinical Characteristics of Onset and Course. *J Autism Dev Disor.* 2000; 30 (1); 29-38.
8. Alaghband-Rad J, McKenna K, Gordon C, Albus K, Hamburger S, Rumsey J, et al. Childhood-onset schizophrenia: The severity of premorbid course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995; (34):1273-1283.

9. Hollis C. Developmental precursors of child and adolescent onset schizophrenia and affective psychoses: diagnostic specificity and continuity with symptom dimensions. *Br J Psychiatry*. 2003; (182): 37-44.
10. Reichert A, Kreiker S, Mehler-Wex C, Warnke A. The psychopathological and psychosocial outcome of early-onset schizophrenia: Preliminary data of a 13-year follow-up. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2008; (2): 1-9.
11. Lay B, Blanz B, Hartmann M, Schmidt M. Schizophrenia The Psychosocial Outcome of Adolescent- Onset Schizophrenia: A 12-Year Follow. *Schizophrenia Bull*. 2000; 26(4): 801-816.
12. Röpcke B, Eggers C,. Early-onset schizophrenia: A 15-year follow-up. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2005; (14): 341–350.
13. Fleischhaker C, Schulz E, Tepper K, Martin M, Henninghausen K, Remschmidt H. Long-term course of adolescent schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2005; 31:769-780.
14. Amminger P, Henry L, Harrigan S, Harris M, Alvarez-Jimenez M, Herrman H, et al. Outcome in early-onset schizophrenia revisited: Findings from the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre long-term follow-up study. *Schizophr Res*. 2011; (131): 112–119.
15. Henry L, Harris M, Amminger G, Jackson H, Yuen H, Harrigan S, McGorry P. Early Psychosis Prevention and Intervention Centre long-term follow-up study of first-episode psychosis: methodology and baseline characteristics. *Early Intervention in Psychiatry*. 2007; (1): 49–60.
16. Haddock G, Lewis S, Bentall R, Dunn R, Drake R, Tarrier N. Influence of age on outcome of psychological treatments in first-episode psychosis, *Br J Psychiatry*. 2006; (188): 250-254.

17. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med*. 2005; (353):1209–1223.
18. Juckel G, Morosini P. The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 2008; (21): 630–639.
19. Leucht S, Kane JM. Measurement-based psychiatry: definitions of response, remission, stability and relapse in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2006; (67):1813 – 1814.
20. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* 2005; (162):441 – 449.
21. Leucht S, Lasser R. The concept of remission and recovery in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*. 2006; (39):161–170.
22. Lieberman RP, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric Serv* 2005; (56):735–742.
23. Lambert M, De Marinis T, Pfeil J, Naber D, Schreiner A. Establishing remission and good clinical functioning in schizophrenia: Predictors of best outcome with long-term risperidone long-acting injectable treatment. *Eur Psychiatry*. 2010; 25 (4): 220–229.
24. Bobes J, Ciudad A, Alvarez E, San L, Polavieja P, Gilaberte I. Recovery from schizophrenia: results from a 1-year follow-up observational study of patients in symptomatic remission. *Schizophr Res* 2009;115 (1):58–66.

25. Schennach-Wolff R, Jäger M, Seemüller F, Obermeier M, Messer T, Laux G, et al. Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res.* 2009;113(2-3):210-17.
26. Van Os J, Burns T, Cavallaro R, Leucht S, Peuskens J, Helldin L. Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2006; (113):91–95.
27. Ciudad A, Bobes J, Álvarez E, San L, Novick D, Gilaberte I. Clinical meaningful outcomes in schizophrenia: remission and recovery. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2011; 4(1): 53-65.
28. Mojtabai R, Nicholson RA, Carpenter BN. Role of Psychosocial Treatments in Management of Schizophrenia: A Meta-Analytic Review of Controlled Outcome Studies. *Schizophrenia Bull.*1998; 24(4): 569-587.
29. Kurtz M, Wexler BE, Fujimoto M, Shagan D and Seltzer JC. Symptoms Versus Neurocognition as Predictors of Change in Life Skills in Schizophrenia after Outpatient Rehabilitation. *Schizophr Res.* 2008; 102(1-3): 303–311.
30. Guo X, Zhai J, Liu Z, Fang M, Wang B, Wang C, et al. Effect of Antipsychotic Medication Alone vs Combined With Psychosocial Intervention on Outcomes of Early-Stage Schizophrenia. A Randomized, 1-Year Study. *Arch Gen Psychiatry.* 2010; 67(9): 895-904.
31. Vyas NS, Hadjulis M, Vourdas A, Byrne P, Frangou S. The Maudsley early onset schizophrenia study: Predictors of psychosocial outcome at 4-year follow-up. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2007; (16): 465–470.
32. Addington J, Addington D. Patterns of premorbid functioning in first episode psychosis: relationship to 2-year outcome. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;(112): 40–46.

33. Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M, Mendelowitz A, Bilder RM. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry*. 2004; (161): 473–479.
34. Apiquian R, Ulloa RE, Herrera-Estrella M, Moreno-Gómez A, Erosa S, Contreras V, et al. Validity of the Spanish version of the Personal and Social Performance scale in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2009; (112): 181–186.
35. Burns T, Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2007; 116 (6): 403–418.
36. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(4):323-9.
37. Canuso, CM, Youssef EA, Bossie CA, Turkoz I, Schreiner A, Simpson GM., Paliperidone extended-release tablets in schizophrenia patients previously treated with risperidone. *Int Clin Psychopharmacol*. 2008; (23): 209–215.
38. Davidson M, Emsley R, Kramer M. Efficacy, safety and early response of paliperidone extended-release tablets (paliperidone ER): results of a 6-week, randomized, placebo-controlled study. *Schizophr. Res*. 2007; (93): 117–130.
39. Marder SR, Kramer M, Ford L. Efficacy and safety of paliperidone extended-release tablets: results of a 6-week, randomized, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry*. 2007; (62): 1363–1370.
40. Kuipers E, Kendall T, Antoniou J, Barnes T, Bhui K, Bird V, et al. The Schizophrenia Update Guideline Development Group (GDG). Schizophrenia: The NICE guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in

primary and secondary care. Updated edition. Published by The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2010.

41. McClellan J, Werry J. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Schizophrenia. *J Am Aca Child Psy.*1994; (33): 616–635.

42. Ulloa RE, Fernández C, Gómez HD, Ramírez J, Resendiz JC. Guías Clínicas Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr Juan N. Navarro”. Esquizofrenia en Niños y Adolescentes. Guía 10. Editorial Secretaría de Salud, México. 2010; 269-261.

43. Lee SH, Choi TK, Suh SY, Kim YW, Kim B, Lee E, Yook KH. Effectiveness of a psychosocial intervention for relapse prevention in patients with schizophrenia receiving risperidone via long-acting injection. *Psychiat Res.* 2010; 175(3):195-199.

44. Chabannes JP, Bazin N , Leguay D , Nuss P, Peretti CS, Tatu P, et al. Two-year study of relapse prevention by a new education program in schizophrenic patients treated with the same antipsychotic drug. *Eur Psychiat.* 2008; (23): 8-13.

45. Li Z, Arthur D. Family education for people with schizophrenia in Beijing, China: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2005;(187): 339-45.

46. Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M, Kasso P, Petersen L, Thorup A, et al. OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis : One-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2002; (181): 98-106.

47. Anzai N, Yoneda S, Kumagai N, Nakamura Y, Ikebuchi E, Liberman RP. Training Persons With Schizophrenia in Illness Self-Management: A Randomized Controlled Trial in Japan. *Psychiatr Serv.* 2002; (53): 545-547.

48. Lenior ME, Dingemans PMAJ, Linszen DH, De Haan L, Schene AH. Social

functioning and the course of early-onset schizophrenia: Five-year follow-up of a psychosocial intervention. *Br J Psychiatry* 2001; (179): 53–58.

49. Munguía A. Validez concurrente de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes (MINI KID), versión en español. México: Tesis para obtener la Especialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental; 2004.

50. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bull.* 1987; 13(2): 261-276.

51. Peralta V, Cuesta M.J. Validación de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr.* 1994; 22(4):171-7.

52. Fresán A, De la Fuente-Sandoval C, Loyzaga C, García-Anaya M, Meyenberg N, Nicolini H, et al. A forced five-dimensional factor analysis and concurrent validity of the Positive and Negative Syndrome Scale in Mexican schizophrenic patients. *Schizophr Res.* 2005; 72:123–129.

53. Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A, et al. The Clinical Global Impression– Schizophrenia scale: A simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2003; 107 (Suppl. 416): 16–23.

54. Weiden P, Rapkin B, Mott T, Zygmunt A, Goldman D, Horvitz-Lennon M, et al. Rating of Medication Influences (ROMI) scale in schizophrenia. *Schizophrenia Bull.* 1994; (20): 297–307.

55. Wiersma D, Wanderling J, Dragomirecka E, Ganey K, et al. (2000). Social disability in schizophrenia: its development and prediction over 15 years in incidence cohorts in six European centers. *Psychol Med.* 2000; (30) 5:1155-67.

13. ANEXOS

Asentimiento del Paciente Pediátrico

Título del Estudio: ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO POR LA GUÍA CLÍNICA DE ESQUIZOFRENIA VS EL TRATAMIENTO HABITUAL EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR JUAN N NAVARRO": EFECTO SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, LA EFICACIA SOBRE LOS SÍNTOMAS, LA FRECUENCIA Y SEVERIDAD DE EFECTOS COLATERALES Y EL FUNCIONAMIENTO GLOBAL DEL PACIENTE

1.-Naturaleza y objetivo de este estudio

Te pedimos que participes en un estudio de investigación donde se incluirán 80 adolescentes. Este estudio se realiza con el fin de comparar la eficacia del tratamiento marcado en las guías clínicas de tratamiento en comparación con el tratamiento habitual que reciben los pacientes dentro de este hospital.

Te informamos que la esquizofrenia es un padecimiento que tiene como síntomas principales problemas en el pensamiento, alucinaciones (percibir sonidos o imágenes que no existen), desorganización de la conducta y de las emociones. Puesto que tú tienes estos síntomas, el médico te ha diagnosticado esquizofrenia.

Esta enfermedad se trata con medicamentos antipsicóticos, que te ayudan a reducir las alucinaciones, organizan tu pensamiento y conducta; el tratamiento también puede incluir terapias y programas especializados (educación sobre la enfermedad, escuelas, actividades, etc.), que forman el tratamiento.

2.- Explicación de los procedimientos a seguir

El estudio tendrá una duración de seis meses. A lo largo de este tiempo seguirás un tratamiento y serás evaluado(a) con regularidad para determinar cambios en tus síntomas. Serás valorado(a) en esta institución, un médico psiquiatra te hará una entrevista inicial para confirmar el diagnóstico. Después serás asignado(a) a uno de dos tratamientos al azar, llamados: tratamiento habitual (TH) o tratamiento de acuerdo a la guía (GUIA). Si se te asigna TH recibirás el tratamiento que tu médico tratante determine, ya sea medicamentos que el médico recetará o una combinación de medicamentos con terapia o servicios de rehabilitación; si se te asigna a GUIA se te recetarán medicamentos y recibirás orientación sobre tu enfermedad y cómo manejarla. El equipo de investigación te comunicará a qué grupo fuiste asignado.

En la primera visita del estudio se hará una entrevista para evaluar tus síntomas, se realizará un examen físico y se solicitarán exámenes de laboratorio para obtener información sobre tu estado general de salud. Posteriormente se te citará a evaluación cada tres semanas y a partir del tercer mes, cada mes hasta la última evaluación, al terminar el mes 6. En estas evaluaciones te entrevistarán para preguntarte sobre tus síntomas, si tienes molestias físicas y tus actividades dentro y fuera de casa. Estas visitas para evaluación serán independientes de las visitas a tu médico tratante o a los programas de tratamiento psicosocial que se te indiquen. Al terminar el mes 3 y el mes 6 de tratamiento se repetirán los exámenes de laboratorio.

En las visitas a tu médico tratante, él extenderá las recetas para la compra del o los medicamentos que necesites.

En el caso de los tratamientos psicosociales, si eres asignado al grupo GUIA pediremos a tu familia acuda a tres sesiones de una hora y media para recibir información acerca de la esquizofrenia. Tú deberás acudir a un programa de nueve sesiones de una hora y media para recibir adiestramiento en habilidades de comunicación y en hábitos de vida saludable. Si eres asignado al grupo TH tu médico tratante te enviará a los servicios de psicoterapia o rehabilitación de acuerdo a su criterio. Tu participación en este estudio es totalmente voluntaria. Si decides no participar recibirás la valoración y el tratamiento habitual dentro de este hospital.

3.- Riesgos y malestares previsibles

Puedes experimentar molestias por los efectos colaterales de los medicamentos antipsicóticos, como por ejemplo somnolencia, temblor en las manos, inquietud, aumento en el apetito y el peso. Tu médico tratante evaluará estas molestias y decidirá los pasos a seguir para disminuirlas o suspenderlas. Tú puedes acudir al servicio de Urgencias de este hospital en cualquier momento si se presenta alguna molestia o tus síntomas empeoran.

4.- Beneficios posibles del estudio

Recibirás una evaluación de memoria, capacidad para concentrarse y resolver problemas específicamente diseñada para pacientes esquizofrénicos que solamente recibirán los pacientes participantes de este estudio.

Tus visitas de evaluación no tendrán costo; tampoco tendrán costo las consultas relacionadas a tu tratamiento psicoterapéutico o las sesiones de orientación sobre tu enfermedad durante los seis meses del estudio.

5.- Suspensión del estudio

Es posible que el investigador a cargo pueda retirarte del estudio basándose en su criterio para mejorar la atención médica que recibes, si tienes vida sexual activa y no deseas usar métodos anticonceptivos, si eres mujer y te embarazas o si no puedes seguir las instrucciones durante la evaluación o no tomas el tratamiento como se te indique.

6.- Preguntas sobre el estudio

Si tienes preguntas puedes dirigirte a la Dra. Rosa Elena Ulloa al teléfono 55-73-48-44 ext 233 o a la psicóloga Verónica Pérez Barrón en el Comité de Ética en Investigación al teléfono 55-73-48-44 ext 123.

7.- Derecho a retirarse del estudio

Tu y tu familia pueden retirarse del estudio en cualquier momento y recibir el tratamiento que ofrece esta institución sin que esto afecte la tu atención médica futura. Si desean retirarse del estudio deben notificarlo al investigador.

8.- Confidencialidad

La información obtenida durante el estudio se mantendrá confidencial y en la divulgación de los resultados de la evaluación y el tratamiento no se dará a conocer tu identidad.

He leído la información anterior y me han explicado su contenido. Estoy de acuerdo en participar en este estudio de investigación.

Nombre y firma del participante

Fecha

Nombre y firma del padre o tutor

Fecha

Nombre y firma de la madre o tutora

Fecha

**Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N Navarro”
Consentimiento Informado**

Autorización para participar en un proyecto de investigación

Título del Estudio: ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO POR LA GUÍA CLÍNICA DE ESQUIZOFRENIA VS EL TRATAMIENTO HABITUAL EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL “DR JUAN N NAVARRO”: EFECTO SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, LA EFICACIA SOBRE LOS SÍNTOMAS, LA FRECUENCIA Y SEVERIDAD DE EFECTOS COLATERALES Y EL FUNCIONAMIENTO GLOBAL DEL PACIENTE

1.-Naturaleza y objetivo de este estudio

Se nos ha pedido a mí y a mi hijo (a) que participe en un estudio de investigación donde se incluirán 80 adolescentes. Este estudio se realiza con el fin de comparar la eficacia del tratamiento marcado en las guías clínicas de tratamiento vs la del tratamiento habitual que reciben los pacientes dentro de este hospital.

Se nos ha informado que la esquizofrenia es un padecimiento que tiene como síntomas principales problemas en el pensamiento, alucinaciones (percibir sonidos o imágenes que no existen), desorganización de la conducta y de las emociones. Puesto que mi hijo (a) tiene estos síntomas, el médico le ha diagnosticado esquizofrenia.

Esta enfermedad se trata con medicamentos antipsicóticos, que ayudan a reducir las alucinaciones, organizan el pensamiento y la conducta de los pacientes; el tratamiento también puede incluir terapias y programas especializados (educación sobre la enfermedad, escuelas, actividades, etc.), que forman el tratamiento psicosocial.

2.- Explicación de los procedimientos a seguir

El estudio tendrá una duración de seis meses, a lo largo de este tiempo mi hijo (a) seguirá un tratamiento y será evaluado con regularidad para determinar cambios en sus síntomas. Mi hijo(a) será valorado(a) en esta institución, se le hará una entrevista inicial con un médico psiquiatra para confirmar el diagnóstico y determinar la severidad de la esquizofrenia. Después será asignado a uno de dos tratamientos al azar, llamados tratamiento habitual (TH) o tratamiento de acuerdo a la guía (GUIA). Si se le asigna TH recibirá el tratamiento que su médico tratante determine, ya sea medicamentos que el médico recetará o una combinación de medicamentos con terapia o servicios de rehabilitación; si se le asigna GUIA se le recetarán medicamentos y recibirá orientación sobre su enfermedad y cómo manejarla; el equipo de investigación nos comunicará a qué grupo fuimos asignados.

En la primera visita del estudio se hará una entrevista para evaluar los síntomas, se realizará un examen físico y se solicitarán exámenes de laboratorio para obtener información sobre el estado general de salud de mi hijo(a). Posteriormente se le citará

a evaluación cada tres semanas y a partir del tercer mes, cada mes hasta la última evaluación, al terminar el mes 6. En estas evaluaciones se entrevistará a mi hijo(a) para preguntar sobre sus síntomas, si tiene molestias físicas y sus actividades dentro y fuera de casa. Estas visitas para evaluación serán independientes de las visitas a su médico tratante o a los programas de tratamiento psicosocial que se le indiquen. Al terminar el mes 3 y el mes 6 de tratamiento se repetirán los exámenes de laboratorio. En sus visitas a su médico tratante, él extenderá las recetas para la compra del o los medicamentos que mi hijo(a) necesite.

En el caso de los tratamientos psicosociales, si mi hijo es asignado al grupo GUIA se nos pedirá que la familia acuda a tres sesiones de una hora y media para recibir información acerca de la esquizofrenia. Mi hijo deberá acudir a un programa de nueve sesiones de una hora y media para recibir adiestramiento en habilidades de comunicación y en hábitos de vida saludable. Si mi hijo es asignado al grupo TH su médico tratante le enviará a los servicios de psicoterapia o rehabilitación de acuerdo a su criterio.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Si decidimos no participar mi hijo recibirá la valoración y el tratamiento habitual dentro de este hospital.

3.- Riesgos y malestares previsibles

Mi hijo (a) puede experimentar molestias por los efectos colaterales de los medicamentos antipsicóticos, como por ejemplo somnolencia, temblor en las manos, inquietud, aumento en el apetito y el peso. Su médico tratante evaluará estas molestias y decidirá los pasos a seguir para disminuirlas o suspenderlas. Mi hijo(a) y yo podemos acudir al servicio de Urgencias de este hospital en cualquier momento si se presenta alguna molestia o sus síntomas empeoran.

4.- Beneficios posibles del estudio

Mi hijo (a) recibirá una evaluación de memoria, capacidad para concentrarse y resolver problemas específicamente diseñada para pacientes esquizofrénicos que solamente recibirán los pacientes participantes de este estudio.

Se nos informó que las visitas de evaluación de mi hijo(a) no tendrá costo; tampoco tendrán costo las consultas relacionadas a su tratamiento psicoterapéutico o las sesiones de orientación sobre su enfermedad durante los seis meses del estudio.

Además de los beneficios para mi hijo (a), se espera que los resultados de este estudio ayuden a mejorar la atención de los adolescentes con esquizofrenia en este y otros hospitales.

5.- Suspensión del estudio

Se nos informó que el investigador a cargo puede retirar a mi hijo(a) del estudio basándose en su criterio para mejorar la atención médica que recibe, o si él (ella) no puede seguir las instrucciones durante la evaluación o no toma el tratamiento como se le indique.

6.- Preguntas sobre el estudio

Si tenemos preguntas podemos dirigirnos a la Dra. Rosa Elena Ulloa al teléfono 55-73-48-44 ext 233 o a la psicóloga Verónica Pérez Barrón en el Comité de Ética en

Investigación al teléfono 55-73-48-44 ext 123.

7.- Derecho a retirarse del estudio

Mi hijo (a) y yo podemos retirarnos del estudio en cualquier momento y recibir el tratamiento que ofrece esta institución sin que esto afecte la atención médica futura de mi hijo(a). Si deseo retirar a mi hijo(a) del estudio, debo notificarlo al investigador.

8.- Confidencialidad

Se nos mencionó que la información obtenida de mi hijo(a) se mantendrá confidencial y que en la divulgación de los resultados de la evaluación y el tratamiento de mi hijo(a) no se dará a conocer su identidad.

Consentimiento

Mi hijo(a) y yo hemos leído la información anterior, se nos ha ofrecido amplia oportunidad de formular preguntas y las respuestas recibidas son satisfactorias. Por la presente aceptamos participar en este estudio.

_____ Nombre y firma del participante	_____ Fecha
_____ Nombre y firma del padre o tutor	_____ Fecha
_____ Nombre y firma de la madre o tutora	_____ Fecha
_____ Nombre y firma del investigador	_____ Fecha
_____ Nombre y firma del testigo	_____ Fecha
_____ Nombre y firma del testigo	_____ Fecha

ESCALA DE SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS PARA LA ESQUIZOFRENIA PANSS

Nombre del paciente: _____ Fecha _____

Evaluador _____

Evaluación _____

Instrucciones: Marque con un círculo la evaluación apropiada para cada ítem de la entrevista clínica que se especifica a continuación. Consulte el manual de evaluación para las definiciones de los ítems, la descripción de los puntos concretos y el procedimiento para la puntuación.

1 = ausente; 2 = mínimo; 3 = leve; 4 = moderado; 5 = moderadamente severo; 6 = severo; 7 = extremo.

1) SUBESCALA POSITIVA

P1	Delirios	1	2	3	4	5	6	7
P2	Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
P3	Conducta alucinatoria	1	2	3	4	5	6	7
P4	Excitación	1	2	3	4	5	6	7
P5	Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
P6	Susplicacia/persecución	1	2	3	4	5	6	7
P7	Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7

2) SUBESCALA NEGATIVA

N1	Afecto adormecido o embotado	1	2	3	4	5	6	7
N2	Retirada emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3	Empatía limitada	1	2	3	4	5	6	7
N4	Retirada social apática/pasiva	1	2	3	4	5	6	7
N5	Dificultad para pensar en abstracto	1	2	3	4	5	6	7
N6	Dificultad para la conversación fluida	1	2	3	4	5	6	7
N7	Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7

3) SUBESCALA PSICOPATOLOGICA GENERAL

G1	Preocupación Somática	1	2	3	4	5	6	7
G2	Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
G3	Sentimiento de culpabilidad	1	2	3	4	5	6	7
G4	Tensión	1	2	3	4	5	6	7

G5	Manerismo y actitud postural	1	2	3	4	5	6	7
G6	Depresión	1	2	3	4	5	6	7
G7	Retraso motor	1	2	3	4	5	6	7
G8	Falta de cooperación	1	2	3	4	5	6	7
G9	Contenidos de pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
G10	Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
G11	Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
G12	Falta de juicio y discernimiento	1	2	3	4	5	6	7
G13	Alteración de la voluntad	1	2	3	4	5	6	7
G14	Deficiente control de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
G15	Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
G16	Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

ESCALA	TOTAL	PERCENTIL
Positiva	_____	_____
Negativa	_____	_____
Psicopatología General	_____	_____
Compuesta	_____	_____
TOTAL	[_____]	

ESCALA DE DESEMPEÑO PERSONAL Y SOCIAL (PSP)

Por favor clasifique el nivel de funcionamiento del paciente durante el último mes.

En esta escala se considera 4 dominios principales del funcionamiento:

	Ausente	Leve	Manifiesta	Marcada	Severa	Muy Severa
a) Actividades socialmente útiles; incluyendo el trabajo y el estudio.	1	2	3	4	5	6
b) Relaciones personales y sociales	1	2	3	4	5	6
c) Cuidado personal	1	2	3	4	5	6
d) Conductas perturbadoras y agresivas	1	2	3	4	5	6

Lineamientos para el puntaje de total en la PSP

Hay dos grupos distintos de criterios operativos para juzgar el grado de dificultad: uno para las áreas **a-c** y uno específico para el área **d**.

Grados de severidad, áreas a-c	Grados de severidad, áreas d
I. ausente	I. ausente
II. leve, evidente sólo para alguien muy familiarizado con la persona	II. leve, corresponde a rudeza leve, insociable o lamentarse
III. manifiesta, las dificultades puede detectarlas claramente cualquier persona, pero no interfieren substancialmente con la capacidad de la persona para realizar su función en dicha área, dado el contexto socio-cultural de la persona, su edad, sexo y niveles de educación.	III. manifiesta, como hablar demasiado alto o a otros de una manera demasiado familiar, o comer de una manera socialmente inaceptable
IV. marcada, las dificultades interfieren considerablemente con el desempeño en dicha área; sin embargo, la persona es capaz de hacer algunas cosas sin ayuda profesional o social, aunque inadecuadamente y/u ocasionalmente; si recibe la ayuda de otra persona, puede alcanzar el nivel de funcionamiento anterior	IV. marcada, insultar a otros en público, romper o destruir objetos, actuar frecuentemente de manera socialmente incorrecta, pero no peligrosa (por ejemplo, desvestirse u orinar en público)
V. severa, dificultades que hacen a la persona incapaz de realizar alguna función en dicha área si no recibe ayuda profesional, o que conducen a la persona a un comportamiento destructivo; sin embargo, no hay riesgos para la supervivencia.	V. severa, amenazas verbales frecuentes o agresiones físicas frecuentes, no intencionales, o posibilidad de lesiones severas
VI. muy severa, deterioro y dificultades de tal intensidad que ponen en riesgo la supervivencia de la persona	VI. muy severa, definida como actos agresivos frecuentes, dirigidos a causar lesiones severas o que pueden causar lesiones severas <i>Ocasional:</i> Si la conducta ocurre tres o más veces en el período de referencia u ocurre menos de tres

	<p>veces pero en circunstancias en las que el evaluador considere puede haber recurrencia en el futuro cercano.</p> <p>Si la conducta agresiva se ha presentado en forma ocasional, la calificación debe bajar un intervalo; por ejemplo de severa a marcada.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

71-100 Estos puntajes reflejan solo dificultades leves

31-70 Estos puntajes reflejan diversos grados de incapacidad

0-30 Estos puntajes reflejan un funcionamiento tan deficiente que el paciente requiere de apoyo y supervisión intensivas.

Escala de Desempeño Personal y Social (PSP), continuación

- 100-91: Excelente funcionamiento en las cuatro áreas principales. El sujeto es muy apreciado(a) por sus buenas cualidades, maneja adecuadamente los problemas de la vida, tiene una amplia gama de intereses y actividades
- 90-81: Buen funcionamiento en las cuatro áreas, presencia sólo de problemas y dificultades comunes
- 80-71: Dificultades leves en una o más áreas **a-c**
- 70-61: Dificultades manifiestas, pero no marcadas, en una o más áreas **a-c** o dificultades leves en **d**
- 60-51: Dificultades marcadas en una de las áreas **a-c**, o dificultades manifiestas en **d**
- 50-41: Dificultades marcadas en dos o más áreas, o dificultades severas en una de las áreas **a-c**, con o sin dificultades manifiestas en **d**
- 40-31: Dificultades severas en una área y dificultades marcadas por lo menos en una de las áreas **a-c**, o dificultades marcadas en **d**
- 30-21: dificultades severas en dos áreas **a-c**, o dificultades severas en **d**, con o sin deterioro en las áreas **a-c**
- 20-11: Dificultades severas en todas las áreas **a-d**, o muy severas en **d**, con o sin deterioro en las áreas generales **a-c**. Si la persona reacciona a estímulos externos, los puntajes sugeridos son 20-16; si no, los puntajes sugeridos son 15-11.
- 10-1: Falta de autonomía en las funciones básicas, con conductas extremas, pero sin riesgo para la supervivencia (puntajes de 6-10) o con riesgo para la supervivencia, por ejemplo, riesgo de muerte a causa de desnutrición, deshidratación, infecciones, incapacidad para reconocer situaciones de peligro manifiesto (puntaje de 5-1).

Impresión Global Clínica

(Para ser llenado por el médico)

I GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD

Considerando su experiencia clínica total con pacientes con esquizofrenia, en qué grado ha estado enfermo el paciente durante la última semana?

	Normal no enfermo	Minimamente enfermo	Mediana mente enfermo	Moderada mente enfermo	Marcada mente enfermo	Enfermedad grave	Entre los pacientes más
graves							
C1. Síntomas POSITIVOS (p.e. alucinaciones, delirios, conducta bizarra o desorganización conceptual)	1	2 3	4	5	6	7	
C2. Síntomas NEGATIVOS (p.e. aplanamiento afectivo, abulia o anhedonia)	1	2 3	4	5	6	7	
C3. Síntomas DEPRESIVOS (p.e. tristeza, ánimo deprimido o desesperanza)	1	2 3	4	5	6	7	
C4. Síntomas COGNITIVOS (p.e. deterioro de la atención, concentración o memoria)	1	2 3	4	5	6	7	
C5. GRAVEDAD GLOBAL	1	2 3	4	5	6	7	

II. GRADO DE CAMBIO

Comparado con la evaluación previa ¿Cuanto ha cambiado el paciente?. Evalúe la mejora independientemente de si es o no, en su juicio, debido totalmente el tratamiento.

	Muchísimo Mejor	Mucho Mejor	Mínima-mente mejor	Sin cambios	Mínima-mente peor	Mucho peor	Muchísimo peor
N/A							
6 Síntomas POSITIVOS 9 (p.e. alucinaciones, delirios, conducta bizarra, o desorganización conceptual)	1	2	3	4	5	6	7
7. Síntomas NEGATIVOS 9 (p.e. aplanamiento afectivo, abulia, alogia)	1	2	3	4	5	6	7
8. Síntomas DEPRESIVOS 9 (p.e. tristeza, ánimo depresivo o desesperanza)	1	2	3	4	5	6	7

9.Síntomas COGNITIVOS 9 (p.e. deterioro de la atención, concentración o memoria)	1	2	3	4	5	6	7
10. GRAVEDAD GLOBAL 9	1	2	3	4	5	6	7

Escala ROMI de adherencia al tratamiento farmacológico

Nombre del paciente: _____

Nombre del evaluador: _____

Fecha: _____

A) ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Para entrevistar a los pacientes con quien usted no está muy familiarizado, es útil comenzar la entrevista con algunas cuestiones de fondo: "Estoy tratando de saber acerca de las actitudes de la gente hacia la toma de medicamentos antipsicóticos. Me gustaría comprender lo que hace que la gente esté dispuesta a tomar medicamentos y lo que les hace sentirse reacios a tomarlos. Pero, antes de hacerle preguntas sobre sus opiniones, necesito pedirle un poco de información".

Debe preguntar acerca de las siguientes áreas generales que pueden afectar el apego. Estos temas incluyen:

- 1 Situación de la vida (supervisión vs no supervisión, solo vs familia, vs hospitalización).

- 2 Establecimiento de tratamiento.

- 3 Régimen de prescripción del medicamento (tipo de antipsicótico, vía de administración: oral vs IM, otros neurolépticos, dosis, frecuencia, y duración del tratamiento).

- 4 Actitud general del paciente hacia el tratamiento y la medicación (positivo vs negativo, voluntario vs no voluntario).

- 5 Actitud general del cuidador (familia) hacia el tratamiento y la medicación.

B) ENTREVISTA ESTRUCTURADA.

"Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre por qué tomar la medicación. No hay respuestas correctas o erróneas, sólo dígame lo que piensa. Me interesa su opinión, no lo que su médico o su familia puedan pensar."

Comenzar la entrevista con una pregunta de composición abierta, tales como, "¿cuál es la razón principal por la que debería estar dispuesto a tomar medicamento?"

"Ahora voy a leer algunas razones por las que otras personas están dispuestas a tomar sus medicamentos. Por favor dígame si cualquiera de estas razones han influido su voluntad de tomar sus medicamentos durante el mes pasado."

Si el paciente no ha tomado los medicamentos de acuerdo a la prescripción durante al menos 1 semana en el último mes o está actualmente sin medicamentos, comenzar con la segunda parte, de lo contrario comenzar con la parte I.

PARTE I: RAZONES PARA MANTENER LA ADHERENCIA.

"ESTÁ USTED DISPUESTO A TOMAR SUS MEDICAMENTOS PORQUE":

	1 No	2 Un poco	3 Mucho	9 No evaluable
1. PERCIBE BENEFICIO DIARIO. ¿Cree que la medicina le ayuda a sentirse mejor?				
2. RELACIÓN POSITIVA CON EL MÉDICO QUE PRESCRIBE. ¿Tiene una buena relación con su médico?				
3. RELACIÓN POSITIVA CON EL TERAPEUTA. ¿Tiene una buena relación con su terapeuta?				
4. CREENCIA POSITIVA DE LA FAMILIA ¿Alguien en su familia o un amigo cree que debe tomar la medicina?				
5. PREVENCIÓN DE RECAÍDA. ¿Cree usted que tomar medicamentos impide que su enfermedad o síntomas regresen?				
6. PRESIÓN. ¿Está presionado o forzado a tomar el medicamento?				
7. MIEDO DE REHOSPITALIZACIÓN. ¿Tiene miedo de ser re-hospitalizado?				

PARTE II: RAZONES PARA NO MANTENER LA ADHERENCIA.

Incluso si usted siempre toma sus medicamentos, puede haber momentos en los que no esté dispuesto a hacerlo o quisiera no tener que tomarlos. ¿Cuál es la razón principal por la que se sentía renuente o ha deseado no tener que tomar el medicamento este mes? "

"Ahora le voy a decir algunas razones por las que otras personas son reuentes a tomar sus medicamentos. Por favor dígame si cualquiera de estas razones es aplicable para usted."

"SON RENUENTES A TOMAR SUS MEDICAMENTOS PORQUE":

	1 No	2 Un poco	3 Mucho	9 No evalua ble	
8. NO PERCIBE UN BENEFICIO DIARIO ¿Cree que la medicación no le ayuda a sentirse mejor?					
9. RELACIÓN NEGATIVA CON SU MÉDICO ¿La mala relación con su médico le influye?					
10. RELACIÓN NEGATIVA CON SU TERAPEUTA ¿La mala relación con su terapeuta le influye?					
11. PROFESIONALES OPUESTOS A MEDICAMENTOS ¿Alguno de los profesionales que le atiende no cree que deba tomar el medicamento?					
12. FAMILIA/AMIGOS EN CONTRA DE MEDICAMENTOS ¿Alguien cuya opinión es importante para usted está en contra de que tome el medicamento?					
13. PROBLEMAS DE ACCESO AL TRATAMIENTO ¿Tiene dificultades para llegar a las citas donde le dan la receta y/o dificultad para conseguir el medicamento?					
	Síntomas relacionados con problemas				<input type="checkbox"/>
	Problemas logísticos				<input type="checkbox"/>
14. VERGÜENZA O ESTIGMA SOBRE MEDICAMENTOS/ENFERMEDAD ¿Se siente avergonzado por tomar medicamentos?					
15. OBSTÁCULOS FINANCIEROS ¿No tiene suficiente dinero para pagar por el tratamiento o los medicamentos?					
16. ABUSO DE SUSTANCIAS ¿Prefiere tomar alcohol o drogas?					
17. NEGACIÓN DE LA ENFERMEDAD ¿Cree que no tiene una enfermedad mental?					
18. MEDICACIÓN ACTUALMENTE INNECESARIA ¿No cree que actualmente necesite la medicación?					
19. PREOCUPACIÓN POR EFECTOS SECUNDARIOS ¿Los efectos secundarios del medicamento son demasiado desagradables para usted?					
	Actuales efectos secundarios				<input type="checkbox"/>
	Temor de efectos secundarios en el futuro				<input type="checkbox"/>
20. DESEOS DE REHOSPITALIZACIÓN ¿Se siente más cómodo en el hospital?					

Comisión Nacional de Institutos de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Servicios de Atención Psiquiátrica

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"



SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

Asunto: Aprobación
México, D.F., a 1 de Agosto de 2011.

DRA. ROSA ELENA ULLOA FLORES
UNIDAD DE PSICOFARMACOLOGÍA DEL DESARROLLO
PRESENTE

Por este medio le informamos que el proyecto "Adolescentes con esquizofrenia en rehabilitación (ACER)", donde usted es investigador principal, a sido APROBADO y queda registrado en esta División de Investigación con la clave II3/02/0811 y debe pasar al comité de ética para su evaluación.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DRA. LILIA ALBORES GALLO
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN.

C.c.p. Dra. Ana Teresa Diaz Calvo. UAV. Presente
Dr. Eduardo Arroyo Garcia. UAV. Presente
Dra. Miriam del Valle. UAM. Presente
Dra. Gabriela Santos Mendoza. UAM. Presente
Dr. Victor Manuel Velázquez López. PROSERPH-HPIJNN. Presente
Dra. Pamela Silvia Calle Portugal. Residente de Paidopsiquiatría Infantil y de la adolescencia. Presente
Dr. Emmanuel Sarmiento. Residente de Paidopsiquiatría Infantil y de la adolescencia. Presente
Dra. Leisy de la Rosa. Residente de Paidopsiquiatría Infantil y de la adolescencia. Presente
Dra. ~~Natalia González~~. Residente de Paidopsiquiatría Infantil y de la adolescencia. Presente ✓
Psic. Gamaliel Victoria. Presente
Mtra. Rocio Epinoza V. Tecnológico de Monterrey. Presente
Registro de productividad del HPIDJNN
Archivo.

Comisión Nacional de Institutos de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica
Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

No. de oficio: CEI/105
Asunto: Dictamen de aprobación



SECRETARÍA
DE SALUD



México, D.F., a 17 de octubre de 2011

DRA. ROSA ELENA ULLOA FLORES
INVESTIGADOR PRINCIPAL DEL PROYECTO

Comunico a usted que el Comité de Ética en Investigación, ha evaluado el protocolo titulado: '*Estudio comparativo del tratamiento recomendado por la guía clínica de esquizofrenia vs el tratamiento habitual en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro": efecto sobre la adherencia al tratamiento, la eficacia sobre los síntomas, la frecuencia y severidad de efectos colaterales y el funcionamiento global del paciente*', clave de identificación en el hospital II3/02/0811, estudio presentado por usted a este Comité, como investigadora principal.

El Comité de Ética en Investigación decide dar al protocolo el carácter de **aprobado**.

Tengo a bien recordarle que debe cumplir con la obligación de notificar a este comité sobre todo evento que modifique las condiciones éticas del proyecto, de comunicar el inicio del reclutamiento y la finalización del estudio, y de entregar por escrito un informe final.

Los compromisos con el hospital incluyen la imprescindible devolución de los resultados a los pacientes y a sus padres o tutores, participantes en el protocolo como sujetos de estudio.

Atentamente.

PSIC. VERÓNICA PÉREZ BARRÓN
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA
EN INVESTIGACIÓN



C.c.p. Dra. Dora María Pérez Ordaz.- Directora del Hospital.
Archivo de la Comisión de Investigación
Archivo del Comité de Ética en Investigación.