

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”**



**TESIS:**

Diferencias de género en cuanto a: gravedad, funcionamiento social, adherencia a tratamiento y cognición en adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia.

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

Rodolfo Pérez Garza

**TUTORA:**

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores

---

**CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2016**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## HOJA DE DATOS

**Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:**

Rodolfo Pérez Garza

Correo electrónico: dr.rodolfoperez@gmail.com

**Nombre del Tutor (a):**

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores

Correo electrónico: eulloa@hotmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro

## RESUMEN

**Antecedentes:** estudios previos han reportado diferencias de género en la presentación clínica y evolución de pacientes adultos con esquizofrenia; el objetivo del presente estudio es comparar características clínicas, funcionamiento social, adherencia al tratamiento y cognición entre hombres y mujeres adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia.

**Material y Métodos:** 87 adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia según DSM-IV fueron evaluados durante seis meses de seguimiento con la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS), Escala de Desempeño Personal y Social (PSP), Batería Matrics (MCCB) y Valoración de las Influencias de la Medicación (ROMI).

**Resultados:** Ambos grupos mostraron mejoría similar en los factores de PANSS y puntuaciones del PSP durante el seguimiento, Los hombres tuvieron mejor adherencia al tratamiento y mejor desempeño en test de razonamiento y resolución de problemas ( $F=2.92$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.05$ ), mientras que las mujeres mostraron mejor resultado en el área de cognición social ( $F=7.64$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.001$ ) y pruebas de atención/vigilancia ( $F=8.92$ ,  $gl=2$ ,  $p>0.001$ ).

**Conclusión:** Hombres y mujeres adolescentes mostraron similitud en la presentación clínica y funcionamiento social, pero un patrón de mejoría cognitiva y porcentaje de adherencia al tratamiento diferente.

**Términos clave:** Diferencias de género, Esquizofrenia, Adolescentes

# ÍNDICE

Hoja de datos.....	2
Resumen .....	3
Índice .....	4
Introducción .....	5
Marco Teórico .....	6
Planteamiento del Problema.....	9
Justificación .....	9
Hipótesis.....	9
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos .....	10
Material y Métodos .....	10
Resultados.....	15
Discusión .....	19
Conclusiones. ....	21
Referencias.....	22
Anexos.....	27

## Índice de tablas y gráficos.

Figura 1.....	16
Tabla 1 .....	16
Figura 2.....	17
Tabla 2 .....	17
Figura 3.....	18

## INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia paranoide es uno de los trastornos psiquiátricos de mayor impacto en la población al ser causa de disfunción en múltiples áreas, alterando la vida, no solo de los pacientes, si no de las familias que los padecen, por este motivo las características, causas y evolución de esta patología así como las estrategias terapéuticas, han sido objeto importante de estudio.

La esquizofrenia es una enfermedad que inicia frecuentemente durante la adolescencia o edad adulta temprana y aunque en menor proporción, también existen casos de inicio en la infancia, por lo que es un tema de interés, para los profesionales de la salud mental infantil y del adolescente.

Investigaciones previas sugieren diferencias entre géneros en las características de la esquizofrenia, llegando a un consenso general determinando que el género masculino presenta mayor gravedad de síntomas, asociado a un inicio más temprano de la enfermedad, frecuencia elevada en la aparición de efectos adversos a la medicación, mayor deterioro cognitivo y peor funcionamiento social en comparación con sexo femenino, por lo que ser mujer, se ha considerado un factor de mejor pronóstico para la enfermedad.

Sin embargo la mayoría de los estudios previos se centran en adultos, por lo que, realizar un análisis comparativo entre sexo masculino y femenino en cuanto al apego al tratamiento en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, centrado en población adolescente, tomando en cuenta variables como gravedad de los síntomas, funcionalidad social, adherencia a tratamiento y función cognitiva, proporcionaría datos importantes en la identificación de grupos vulnerables así como en la toma de decisiones y planes terapéuticos, que puedan brindar un mejor pronóstico y mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

## MARCO TEÓRICO

La esquizofrenia se encuentra dentro de las diez principales causas de discapacidad en el mundo y se define como un trastorno psicótico que afecta la percepción, el pensamiento, el afecto y la conducta de los pacientes; deteriorando su funcionamiento familiar, escolar y social<sup>1</sup>. La prevalencia a lo largo de la vida de esta enfermedad se ha reportado entre 0.3% y 1.6% y su incidencia anual es de 15 por cada 100, 000 habitantes<sup>2</sup>.

Los pacientes con inicio de la enfermedad previo a la edad adulta frecuentemente tienen alteraciones del desarrollo, antecedentes familiares de la enfermedad<sup>3</sup>, pobre funcionamiento premórbido, mayor gravedad de los síntomas y recaídas frecuentes. Estas últimas se han asociado a pobre pronóstico<sup>4, 5, 6</sup>, por lo que estudios enfocados en este grupo poblacional son necesarios para ofrecer modalidades de tratamiento de efectividad comprobada en estudios controlados.

Aproximadamente el 30% de los pacientes con esquizofrenia tiene inicio del padecimiento antes de los 18 años de edad<sup>7</sup>. El ratio hombre: mujer de la esquizofrenia de inicio en la adolescencia se ha reportado en 1.4:1 a 2.2:1<sup>8</sup>. Otras variaciones en la presentación y curso de la psicopatología sugieren diferencias entre hombres y mujeres que cursan con este trastorno.

Estudios anteriores ha tratado de explicar las diferencias de género en la etiología de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, las cuales están sustentadas en diferencias, genéticas, estructurales y hormonales. El Consorcio Internacional de Esquizofrenia ha identificado asociaciones genéticas en relación a diferencias de género, encontrando inicio más temprano y mayor gravedad en hombres<sup>9</sup>. Aunado a esto, se ha reportado mayor pérdida de materia gris durante la maduración cerebral en niños en comparaciones a su contraparte femenina, lo anterior podría contribuir en la predisposición a esta patología<sup>10</sup>. Otra perspectiva podría ser el rol protector de los estrógenos lo cual disminuye el riesgo y severidad de trastornos psicóticos en mujeres adultas<sup>11</sup>.

Se ha descrito que las características centrales de la esquizofrenia se presentan como un continuum que se mantiene a lo largo de la vida<sup>12</sup>. Un estudio en pacientes durante su primer episodio psicótico han mostrado que los hombres presentan, peores síntomas negativos y menor funcionalidad que las mujeres, sugiriendo, que las características mencionadas, contribuyen a una peor evolución de la enfermedad<sup>13, 14</sup>. Por otro lado, las mujeres presentan con mayor frecuencia comorbilidad con trastornos afectivos<sup>15</sup>. La propuesta de mayor severidad del trastorno en hombres, contrasta con otras investigaciones que reportan mayor gravedad en los síntomas positivos y psicopatología general en mujeres que sufren esquizofrenia crónica<sup>16</sup>.

No existe acuerdo en los estudios que analizan la función cognitiva en la esquizofrenia. En comparación con los hombres, las mujeres muestran mejor desempeño cognitivo<sup>17</sup>, y percepción emocional<sup>18</sup>, otros estudios reportan lo contrario<sup>19</sup> o de hecho, ausencia de diferencias significativas<sup>20</sup>. Una publicación enfocada en adolescentes con síntomas psicóticos subclínicos ha reportado que los hombres muestran un desempeño inferior en tareas relacionadas con velocidad de procesamiento y memoria de trabajo no verbal<sup>21</sup>. En adolescentes con alto riesgo de psicosis, las mujeres muestran peor función cognitiva en comparación con los hombres en áreas de atención, procesamiento visioespacial y lenguaje<sup>22</sup>.

Esta reportado que el grado de apego al tratamiento en pacientes con esquizofrenia es menor que en otros trastorno psiquiátricos<sup>23</sup>, y se sugiere que existe una asociación negativa entre el apego a tratamiento y el número de hospitalizaciones psiquiátricas<sup>24</sup>. Debido a la gravedad de los síntomas presentes el género masculino, la frecuencia de hospitalizaciones es mayor que en mujeres<sup>25</sup>, el mejor funcionamiento social y menor deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia del sexo femenino está relacionado con mayores tasas de apego al tratamiento farmacológico, lo cual, influye en la menor necesidad de tratamiento hospitalario<sup>26</sup>. Por otro lado existen reportes de ausencia de diferencias significativas entre géneros en la adherencia al tratamiento con medicación antipsicótica<sup>24, 27, 28</sup>.

La literatura actual ha reportado diferencias de género en la presentación clínica de la esquizofrenia, no obstante la mayor parte de los estudios están enfocados en población adulta, y la información disponible en niños y adolescentes es muy limitada. Considerando que el treinta por ciento de los pacientes tienen un inicio del padecimiento en esta etapa de la vida, en la que la actividad hormonal, y cambios estructurales en el sistema nervioso se suscitan y podrían predisponer diferencias en la psicopatología de los trastornos psicóticos, así como en el porcentaje de adherencia al tratamiento, funcionamiento social y cognitivo, es por eso que el propósito de esta investigación es examinar las posibles diferencias en adolescentes con esquizofrenia y contribuir al conocimiento científico disponible hasta el momento en esta área de estudio.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los reportes de características específicas entre géneros en la presentación clínica de la esquizofrenia en adultos, sugiere diferencias entre hombre y mujeres que padecen este trastorno, no obstante, la mayoría de las publicaciones existentes se centran en población adulta, lo cual lleva a siguiente pregunta de investigación: ¿Existen diferencias de género en pacientes adolescentes con esquizofrenia en cuanto a: gravedad, funcionamiento social, adherencia al tratamiento y funcionamiento cognitivo?

## **JUSTIFICACIÓN**

La esquizofrenia paranoide ocupa el séptimo lugar en morbilidad institucional en población adolescente y es una de las principales causas de internamiento en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. Actualmente la información que ofrece la bibliografía disponible es limitada en cuanto a la diferencia entre géneros respecto a gravedad, funcionamiento social, adherencia al tratamiento y cognición, esta información aportaría datos importantes para adaptar las guías terapéuticas del hospital a grupos de riesgo específicos, además de ofrecer una posible explicación a la demanda de atención reflejada en el número de pacientes internados en las diferentes áreas de hospitalización.

## **HIPÓTESIS**

H0: No existen diferencias de género en la gravedad, funcionamiento social, adherencia al tratamiento y cognición en pacientes adolescentes con diagnósticos de esquizofrenia.

H1: Existen diferencias de género en la gravedad, funcionamiento social, adherencia al tratamiento y cognición en pacientes adolescentes con diagnósticos de esquizofrenia.

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar diferencias en cuanto género, en pacientes adolescentes con esquizofrenia paranoide en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En pacientes adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro:

- 1.- Identificar diferencias en los datos demográficos en hombres y mujeres
- 2.- Identificar diferencias en la gravedad de los síntomas entre hombres y mujeres
- 3.- Identificar diferencias en funcionamiento social entre hombres y mujeres
- 4.- Identificar diferencias en la adherencia a tratamiento entre hombres y mujeres
- 5.- Identificar diferencias en la función cognitiva entre hombres y mujeres.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### **Tipo de diseño:**

Longitudinal - Comparativo- Observacional

### **Tipo de muestra:**

Se seleccionaron participantes, de la base de datos del protocolo I13/02/0811 (Anexo 1), del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, en la ciudad de México. Trabajando únicamente con los registros de estos.

### **Criterios de Inclusión:**

- Registros de adolescentes de 12 a 17 años 5 meses de ambos sexos.
- Con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme de acuerdo al DSM-IV, obtenido por medio de una entrevista diagnóstica semiestructurada.
- Que cuenten con resultados escalas clinimétricas
  - a) MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión para niños y adolescentes (MINI-kid)

- b) Escala de Síndromes Positivos y Negativos (*PANSS*)
- c) Escala de Adherencia al Tratamiento (ROMI)
- d) Registro de Efectos Colaterales (RECA)
- e) Escala de Desempeño Personal y Social (PSP)
- f) Batería Matrics (MCCB)

**Criterios de Exclusión:**

- Enfermedades médicas concomitantes inestables.
- Comorbilidad con abuso o dependencia a sustancias, excepto abuso de Cannabis.
- Embarazo o negativa de utilizar anticonceptivos en caso de tener vida sexual activa.

**Criterios de eliminación:**

- 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).
- Deseo manifiesto de ser retirado del estudio.
- Abandono del seguimiento.

**Variabes:**

Variable	Categoría	Escala	Medición
Sexo	Cualitativa	Nominal	Masculino/Femenino
Escala PANSS	Cuantitativa	Continua	Unidades
Escala ROMI	Cuantitativa	Continua	Unidades
Adherencia al tratamiento	Cualitativa	Nominal	Presente/ausente
Escala PSP	Cuantitativa	Continua	Unidades
Instrumento MCCB	Cuantitativa	Continua	Unidades
Tiempo de evolución	Cuantitativa	Continua	Meses, Años
Edad de inicio del padecimiento	Cuantitativa	Continua	Años

**Procedimiento:**

Para el proyecto actual II-02-0811-Tn (Anexo 2), se consultaron los registros de los pacientes del protocolo con registro II3/02/0811, a cargo de la Dra. Rosa Elena Ulloa, que fue evaluado y aprobado el 8 de diciembre de 2011, por el Comité de Investigación del Hospital

Psiquiátrico Juan N. Navarro (Anexo 1). Para la adherencia al tratamiento se tomaron en cuenta la evaluación basal y reevaluación cada 3 semanas hasta la semana 12. El PANSS, ROMI, PSP y MCCB se tomaron las evaluaciones de la semana 3, mes 3 y 6. Todos los pacientes se encontraban en tratamiento farmacológico (Risperidona 81.6%, Olanzapina 9.2%, Quetiapina 6.9%, Haloperidol 1.1%, Perfenazina 1.1%).

### **Instrumentos de medición:**

El diagnóstico fue confirmado, usando la entrevista neuropsiquiátrica internacional: Versión para niños y adolescentes (MINI-Kid), un instrumento diseñado como una entrevista estructurada, para valorar en un periodo promedio de 15 minutos, la psicopatología de niños y adolescentes. Diseñada para entrevistadores no clínicos. Examina la presencia de 23 trastornos psiquiátricos, en tiempo presente y pasado basándose en criterios del DSM-IV y CIE-10<sup>29</sup>, (Anexo3).

Escala de Síndromes Positivos y Negativos (PANSS): La escala de síndromes positivos y negativos valora la severidad de los síntomas en el momento actual. Administrada en un periodo de 45 a 50, por un entrevistador entrenado, consta de 30 reactivos, que se puntúan de 1 al 7<sup>30</sup>. La severidad de los síntomas fue evaluada de acuerdo al modelo dimensional de cinco factores: positivo, negativo, agresividad, ansiedad/depresión y cognitivo<sup>31, 32</sup>, (Anexo4).

Escala de Desempeño Personal y Social (PSP): La escala PSP es un instrumento corto aplicado por personal clínico entrenado en un periodo de 10 a 15 minutos, 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) Comportamiento perturbadoras/agresivas<sup>33, 34</sup>, (Anexo5).

La adherencia a tratamiento se definió como una variable dicotómica, valorando la presencia o ausencia de la capacidad del paciente para seguir las indicaciones y el régimen médico establecido<sup>35</sup>.

Escala de Adherencia al Tratamiento (ROMI): La escala ROMI (Rating of Medication Influences) es una medida estandarizada para la evaluación de los factores subjetivos y conductuales que influyen en el cumplimiento del paciente con el tratamiento antipsicótico. Consta de 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, influencia familiar y alianza terapéutica negativa), el tiempo de aplicación es de 30 minutos, no requiere de capacitación previa para su aplicación<sup>36</sup>. (Anexo6)

Evaluación cognitiva (MCCB): “The Matrics Consensus Battery”, es un instrumento que evalúa 7 dominios cognitivos que se presentan disfunción en trastornos psicóticos: Velocidad de procesamiento, atención, vigilancia, memoria de trabajo, aprendizaje verbal, razonamiento, resolución de problemas cognición social<sup>37</sup>. El instrumento ha sido estandarizado para su uso en este grupo de edad comparando adolescentes con trastornos psicóticos y controles sanos. La aplicación requiere de personal capacitado, el tiempo de administración es de 60 a 90 minutos<sup>38, 39,40</sup>. (Anexo7)

### **Análisis estadístico:**

Puntuaciones medias y porcentajes fueron usados para la descripción sociodemográfica de la muestra y las características clínicas. Para el análisis de variables continuas en las diferencias de género encontradas en las puntuaciones PANSS y MCCB se utilizó un modelo lineal general con muestras repetidas. El test de chi cuadrada fue utilizado para comparar porcentajes en los resultados del PSP, ROMI y adherencia a tratamiento. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para entrar correlaciones entre los ítems del ROMI y la adherencia al tratamiento. Se estableció nivel el de significancia estadística a 0.05. Se empleó el software SPSS v.20.0 para todo el análisis estadístico.

### **Consideraciones éticas:**

El estudio se ajustó a los lineamientos de la Secretaria de Salud en Materia de Investigación Clínica, este y el macropoyecto del cual se deriva fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (Anexo 1 y 2). Considerando que se trata de

un estudio descriptivo, en el cual únicamente se obtiene información de registros de datos, no se requiere de consentimiento informado, los investigadores se comprometen a mantener la confidencialidad de la información de los participantes. El estudio se ajustara al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación Para la Salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17 (última reforma: DOF 24-03-2014), referente a una investigación sin riesgo, ya que se trata de un estudio que contempla información documental retrolectiva.

## RESULTADOS

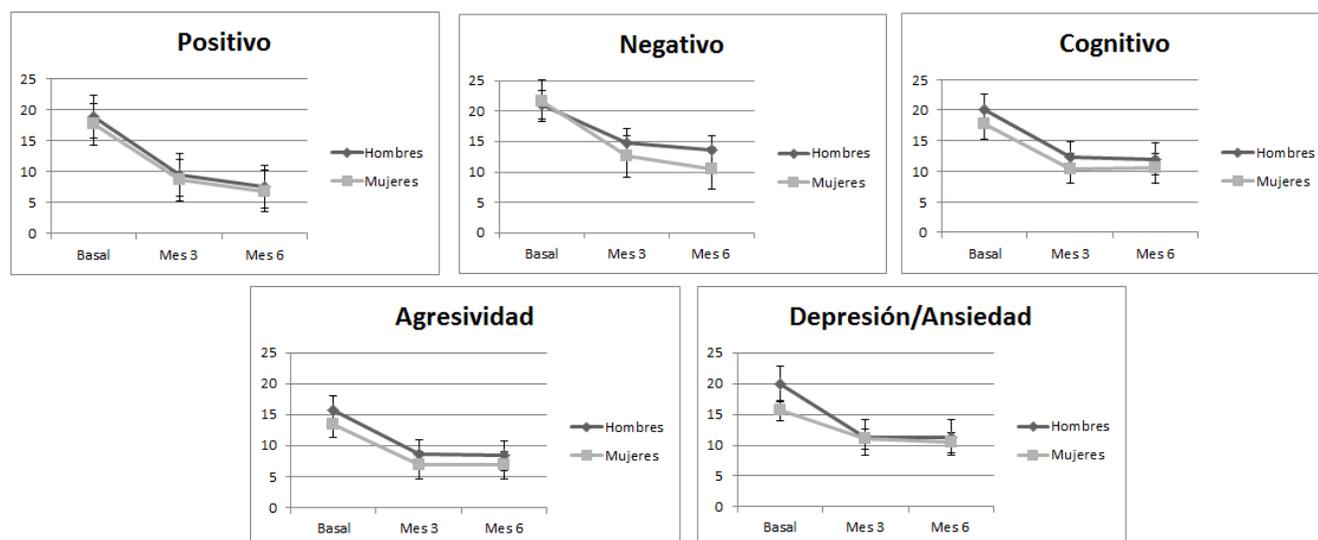
### Descripción general de la muestra

La muestra incluyó 60 hombres y 27 mujeres, la edad media fue 14.9 año ( $\pm 1.5$ ), En el 84% de los participantes se trató su primer episodio psicótico, la puntuación media del PANSS fue 98.6 ( $\pm 2.5$ ) y la puntuación media del PSP fue 35.7 ( $\pm 13.6$ ). La duración media de la enfermedad fue mayor en los hombres ( $1.31 \pm 1.42$  años vs.  $0.76 \pm 0.73$  años,  $t=1.8$ ,  $gl= 85$ ,  $p=0.05$ ), y menor frecuencia de primer episodio (78.3% vs 96.3%.  $\chi^2=4.45$   $gl= 1$ ,  $p=0.03$ ). Risperidona, fue el tratamiento antipsicótico más frecuentemente prescrito, usado en 86.7% de los hombres y 70.4% de las mujeres, no hay diferencias significativas entre género en cuanto al tratamiento farmacológico ( $\chi^2=3.29$ ,  $df=1$ ,  $p=0.69$ ).

### Síntomas psicóticos

Los hombres tuvieron puntajes basales más altos en el factor depresión/ansiedad ( $t=2.71$ ,  $gl=56.8$ ,  $p=0.009$ ). Ambos grupos mostraron mejoría significativa en todos los factores del PANSS durante el seguimiento, particularmente, en la evaluación del tercer mes. Aunque no se observaron diferencias significativas, las mujeres mostraron mayor reducción en el factor negativo (figura 1).

Figura 1: Cambios en las puntuaciones del PANSS durante el seguimiento



## Funcionamiento social

Ambos grupos mostraron un funcionamiento social pobre en la evaluación basal, particularmente más de la mitad de los hombres reportaron comportamiento disruptivo/agresivo. Las subescalas del PSP mostraron mejoría significativa durante el seguimiento (tabla 1). Al sexto mes de seguimiento las puntuaciones medias del PSP global fueron  $60.5 \pm 17$  en hombres y  $67.4 \pm 11.8$  en mujeres.

Tabla1: Porcentaje de sujetos que mostraron buen funcionamiento social en PSP durante el seguimiento.

	Hombres %	Mujeres %	X <sup>2</sup>	P
<b>Basal</b>				
1.- Actividades Sociales	3.3	3.7	0.01	0.93
2.- Relaciones Personales y Sociales	5	3.7	0.07	0.79
3.- Actividades Sociales Habituales	23.6	25.9	0.07	0.79
4.- Comportamiento Perturbador/Agresivo	40	74.1	8.65	0.01
<b>Mes 3</b>				
1.- Actividades Sociales	36	40.9	0.66	0.69
2.- Relaciones Personales y Sociales	34	31.8	0.03	0.87
3.- Actividades Sociales Habituales	74	77.3	0.09	0.77
4.- Comportamiento Perturbador/Agresivo	84	86.2	0.07	0.80
<b>Mes 6</b>				
1.- Actividades Sociales	41.9	61.9	2.27	0.13
2.- Relaciones Personales y Sociales	32.6	57.1	3.54	0.06
3.- Actividades Sociales Habituales	72.1	87.5	1.46	0.23
4.- Comportamiento Perturbador/Agresivo	97.5	88.4	0.06	0.8

## Adherencia al tratamiento

La adherencia en los hombres se mantuvo por arriba del 95% durante todo el seguimiento, mientras que en las mujeres se observaron inconstancias y no sobrepasó la alcanzada por los hombres en ningún punto de la evaluación. Hubo diferencias significativas en la semana 6 ( $p=0.002$ ) y en el mes 5 ( $p=0.009$ ), (figura 2). Se encontraron correlaciones en la adherencia de los hombres e ítems específicos de la escala ROMI (tabla2), mientras que en las mujeres solo se encontró correlación negativas en la adherencia a tratamiento y el ítem presión para tomar el medicamento ( $r=-0.55$ ,  $p=0.009$ ).

Figura 2: Cambios comparativos en el porcentaje de adherencia al tratamiento.

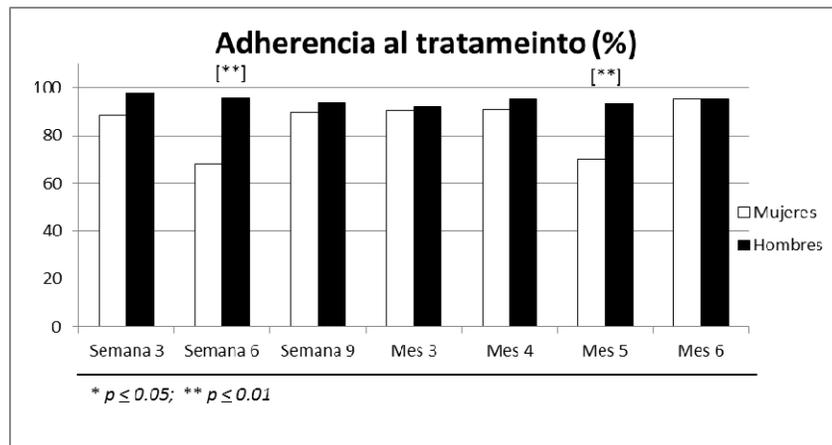


Tabla 2: Correlación entre la adherencia al tratamiento e ítems de ROMI en hombres.

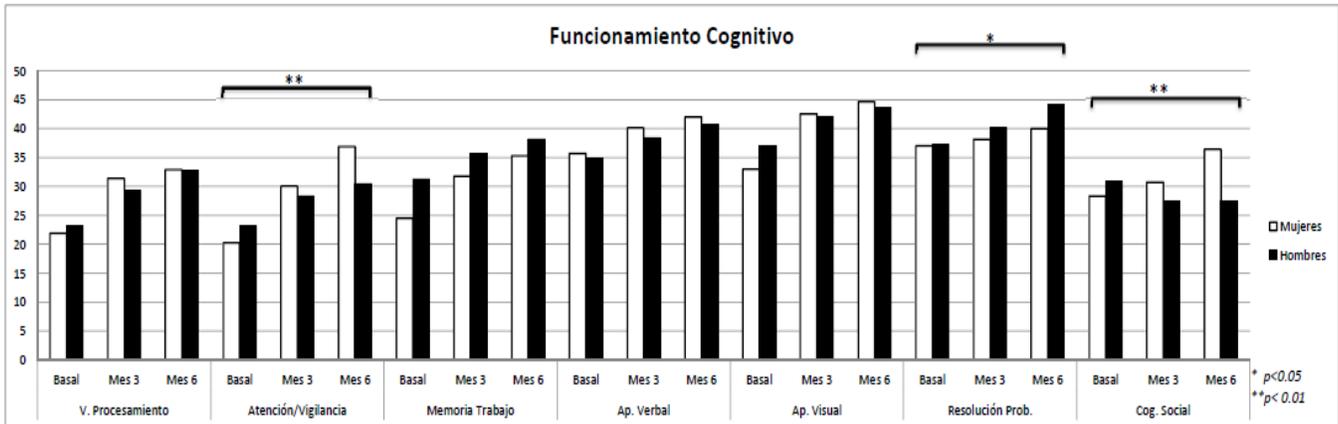
	Semana 3	Mes 3	Mes 6
<b>Hombres</b>			
1.- Percepción de beneficio	—	-0.3*	—
2.- Relación positiva con el medico	—	-0.33*	—
3.- Relación positiva con el terapeuta	—	—	—
4.- Creencia positiva en la familia	0.28*	0.36*	—
5.- Prevención de recaída	—	—	0.31*
6.- Presión a tomar el medicamento	-0.3*	—	—
7.- Miedo a la rehospitalización	—	-0.39**	—

\*  $p \geq 0.05$ ; \*\*  $p \geq 0.01$

## Funcionamiento cognitivo

Ambos grupos mostraron mejoría en el funcionamiento cognitivo (figura 3), los hombres tuvieron mejor desempeño en el área de razonamiento y resolución de problemas ( $F=2.92$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.05$ ), mientras que las mujeres tuvieron mejores resultados en el área de cognición social ( $F=7.64$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.001$ ) y atención/vigilancia ( $F=8.92$ ,  $gl=2$ ,  $p>0.001$ ).

Figura 3: Diferencias de género en el MCCB



## DISCUSIÓN

Esta investigación examinó las diferencias de género en las características clínicas, respuesta a tratamiento, funcionamiento social y cognitivo de adolescentes con esquizofrenia, dado que este tema ha sido poco estudiado en este grupo de edad. Los resultados principales incluyen mayor adherencia a tratamiento en hombres y un patrón diferente de recuperación cognitiva.

La evaluación inicial mostró inicio más temprano de la enfermedad en hombres, lo cual es consistente con reportes previos<sup>9, 41, 42</sup>. En contraste con estudios en adultos<sup>13</sup>, los hombres mostraron mayor puntuación basal en el factor depresión/ansiedad del PANSS. Ambos grupos tuvieron mejoría clínica significativa a lo largo del seguimiento, aunque sin diferencias entre estos, no obstante las mujeres mostraron mayor reducción en el factor negativo, lo cual puede estar en relación con síntomas negativos más graves, presentes pacientes hombres lo cual ha sido reportado en otros estudios<sup>14, 43</sup>. No se encontraron diferencias significativas entre géneros en cuanto al tratamiento farmacológico, por lo que este aspecto no es un factor a tomar en cuenta entre los diferentes resultados entre hombres y mujeres.

Las puntuaciones basales del PSP mostraron que la mayoría de los pacientes tenían dificultades para realizar actividades sociales y mantener relaciones interpersonales. Un mayor porcentaje de hombres mostraron comportamiento disruptivo/agresivo lo cual también ha sido reportado en muestras de pacientes crónicos adultos<sup>42</sup>. Tanto hombres como mujeres mostraron mejoría significativa en todas las áreas referentes al funcionamiento social, esto contrasta con estudios en población adulta, donde las mujeres reportan mejor adaptación ocupacional<sup>44</sup> y funcionamiento social<sup>27</sup>. Los resultados mencionados, se pueden explicar por el uso del instrumento PSP el cual evalúa áreas particulares del funcionamiento social en vez de funcionamiento global o por otro lado puede ser un reflejo de similitudes en las demandas de la vida diaria entre hombres y mujeres adolescentes, lo cual difiere con la edad adulta.

La adherencia al tratamiento fue mayor en los hombres, lo cual se correlacionó positivamente con el ítem Creencia Positiva en la Familia, esto concuerda con un estudio enfocado en

primer episodio psicótico, que muestra que los hombres reciben mayor apoyo familiar, en particular en aspectos de salud, síntomas psicóticos y angustia psicológica<sup>45</sup>. Futuros estudios podría determinar si las expectativas de la familia pueden variar en función del género del adolescente y como esto influye en la adherencia al tratamiento.

Investigaciones previas usando el instrumento MCCB han encontrado diferencias de género en adultos sanos, donde los hombres muestran mejor desempeño en los dominios de razonamiento y resolución de problemas, memoria de trabajo y atención/vigilancia, mientras que las mujeres en aprendizaje verbal, velocidad de procesamiento y cognición social<sup>46, 47</sup>. Estudios en adolescentes sanos solo reportan diferencias en el dominio de razonamiento y resolución de problemas<sup>38, 48</sup>. Según nuestro conocimiento este es el primer estudio que examina diferencias de género en adolescentes con esquizofrenia usando el MCCB. Las puntuaciones más altas obtenidas por las mujeres en el dominio de cognición social va acorde a un mejor desempeño de este género en tareas de reconocimiento emocional<sup>49</sup>, y en relación con menor reducción de la amígdala y la ínsula asociado al padecimiento, ya que dichas estructuras cerebrales son responsables de la regulación emocional y procesos de empatía<sup>37</sup>. Las diferencias observadas en el dominio de atención/vigilancia podrían explicarse por el pobre desempeño observado en los hombres durante el seguimiento, reflejo de déficit en la atención sostenida reportado en pacientes con inicio temprano de la enfermedad<sup>50</sup>.

## **CONCLUSIONES**

- 1.- Hombres y mujeres adolescentes mostraron características clínicas similares
- 2.- Las puntuaciones del PANSS solo mostraron diferencias significativas en la evaluación inicial, específicamente en el factor depresión/ansiedad, siendo los hombres los que obtuvieron mayor puntuación.
- 3.- No se encontraron diferencias significativas en el funcionamiento social.
- 4.- Los hombres mostraron mayor porcentaje de adherencia al tratamiento durante todo el seguimiento.
- 5.- La mejoría cognitiva mostró diferencias significativas en tres dominios del MCCB, las mujeres tuvieron mejor desempeño en Atención/vigilancia y cognición social, mientras que los hombres en Razonamiento y resolución de problemas.

Estos hallazgos deberían tomarse en cuenta en el diseño de programas de tratamiento en este grupo de edad.

## **LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

- 1.- Los presentes resultados deberán ser considerados a reserva del tamaño de la muestra.
- 2.- El breve tiempo de seguimiento también podría ser una limitante.
- 3.- La falta de evaluación familiar y las prácticas de crianza, son factores que podrían aportar más información de las variables psicosociales involucradas en el funcionamiento social y la adherencia al tratamiento, lo cual deberá ser tomado en cuenta en futuros estudio.

## REFERENCIAS

1. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: The global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2000;250:274-285.
2. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah H. Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008, *Epidemiology and etiology*. *Schizophr Res*. 2008;102(1-3):1-18.
3. Kumra S, Charles Schulz S. Editorial: research progress in early-onset schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2008;34(1):15-17.
4. Fleischhaker C, Schulz E, Tepper K, Martin M, Hennighausen K, Remschmidt H. Long-term course of adolescent schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2005;31(3):769-780.
5. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(9):975-983.
6. Merry S, Werry J. Course and prognosis. En: Remschmidt H (ed.). *Schizophrenia in Children and Adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. p 268-297.
7. Gogtay N. Cortical brain development in schizophrenia: insights from neuroimaging studies in childhood-onset schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2008;34(1):30-36.
8. Gilleberg C. Epidemiología de la esquizofrenia de inicio temprano. In: Remschmidt H (ed.) *Esquizofrenia en Niños y Adolescentes*. Cambridge: Ariel; 2004. p. 24-56.
9. Bergen S. Genetic modifiers and subtypes in schizophrenia: Investigations of age at onset, severity, sex and family history. *Schizophrenia Research*. 2014;154:48-53.
10. De Bellis M. Sex differences in brain maturation during childhood and adolescence. *Cerebral cortex*. 2001;11:552-557.
11. Riecher-Rössler A. Gender aspects in schizophrenia: bridging the border between social and biological psychiatry. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2000;407(1):58-62.
12. Russell A. The Clinical Presentation of Childhood-Onset Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1997;20(4):633-646.
13. Abel K, Drake R, Goldstein J. Sex differences in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*. 2010;22(5):417-428.
14. Thorup A. Gender differences in first-episode psychosis at 5-year follow-up – two different courses of disease? Results from the OPUS study at 5-year follow-up. *European Psychiatry*. 2014;29(1): 44-51.
15. Folnegovic Z. Schizophrenia in Croatia: age of onset differences between males and

- females. *Schizophr Res.* 1994;14(1): 83-91.
16. Zhang X. Gender differences in never medicated first episode schizophrenia and medicated chronic schizophrenia patients. *J Clin Psychiatry.* 2012;73(7):1025-1023.
  17. Leung A. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000;401(1):3-38.
  18. Erol A, Putgul G, Kosger F, Ersoy B. Facial emotion recognition in schizophrenia: the impact of gender. *Psychiatry Investig.* 2013;10(1):69-74.
  19. Weiser M. Gender differences in premorbid cognitive performance in a national cohort of schizophrenic patients. *Schizophr Res.* 2000;45(3):185-190.
  20. Ayesa-arriola R. No sex differences in neuropsychological performance in first episode psychosis patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2014;48(1):149-154.
  21. Kelleher I. Neurocognitive performance of a community-based sample of young people at putative ultra high risk for psychosis: support for the processing speed hypothesis. *Cogn Neuropsychiatry.* 2013;18(1):9-25.
  22. Carrion R. Impact of neurocognition on social and role functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Am J Psychiatry.* 2011;168(8): 806-813.
  23. Rummel-kluge C. Partial compliance with antipsychotic medication is common in patients with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry.* [Online] 2008;42(5): 382-388. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/00048670801961107> [Accessed 30 april 2015].
  24. Gilmer T.P. Adherence to Treatment With Antipsychotic Medication and Health Care Costs Among Medicaid Beneficiaries With Schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2004;161(4):692-699.
  25. Ochoa S. Gender Differences in Schizophrenia and First-Episode Psychosis: A Comprehensive Literature Review. *Schizophr Res Treatment.* [Online] 2012;2012(916198): 9 pages. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/916198> [Accessed 30 april 2015].
  26. Vaskinn A. Sex Differences in Neuropsychological Performance and Social Functioning in Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Neuropsychology.* 2011;25(4): 499-510.
  27. Segarra R. Similarities in early course among men and women with a first episode of schizophrenia and schizophreniform disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin*

- Neurosci. 2012;262(2):95-105.
28. Labelle A. Risperidone treatment of outpatients with schizophrenia: no evidence of sex differences in treatment response. *Can J Psychiatry*. 2001;46(6):534-541.
  29. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan K. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD- 10, *Journal of Clinical Psychiatry*. 1998; 59(20):22–33.
  30. Peralta V, Cuesta M. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y ciencias afines*. 1994;22(4):171-177.
  31. Wallwork R, Fortgang R, Hashimoto R, Weinberger D, Dickinson D. Searching for a consensus five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2012;1(3):246-250.
  32. Fresan A, De la Fuente-Sandoval C, Loyzaga C. A forced five-dimensional factor analysis and concurrent validity of the Positive and Negative Syndrome Scale in Mexican schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*. 2005,72(2-3):123-129.
  33. Morosini P, 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 Psychiatrica Scandinavica*. 2000;101(4):323-329.
  34. Ulloa R, Apiquian R, Victoria G, Arce S, González N, Palacios L. Validity and reliability of the Spanish version of the Personal and Social Performance scale in adolescents with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2015;164(1-3):176-80.
  35. Sabate E. WHO, Adherence Meeting Report. Geneva, World Health Organization. 2001.
  36. Weiden P, Rapkin B, Mott T. Rating of medication influences (ROM ) scale in schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*. 1994;20(2):297-310.
  37. Nuechterlein K, Green M, Kern R. The MATR CS Consensus Cognitive Battery, Part : Test Selection, Reliability, and Validity, *American Journal of Psychiatry*. 2008;165:203-213.
  38. Nitzburg G, Derosse P, Burdick K, Peters B, Gopin C, et al. MATRICS Cognitive Consensus Battery (MCCB) Performance in Children, Adolescents, and Young Adult. *Schizophrenia Research*. 2014;152(1):223-28.

39. Holmen A, Juuhl-Langseth M, Thormodsen R, Melle I, Rund B. Neuropsychological Profile in Early-Onset Schizophrenia-Spectrum Disorders: Measured with the MATRICS Battery. *Schizophrenia Bulletin*. 2010;36(4):852-59.
40. Kelleher I, Murtagh A, Clarke M, Murphy J, Rawdon C, Cannon M. Neurocognitive Performance of a Community-based Sample of Young People at Putative Ultra High Risk for Psychosis: Support for the Processing Speed Hypothesis. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2013;18(1-2):9-25.
41. Mendrek A, Mancini-Marïe A. Sex gender differences in the brain and cognition in schizophrenia, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2015, doi:10.1016/j.neubiorev.2015.10.013.
42. Carpiniello B, Pinna F, Tusconi M, Zaccheddu E, Fatteri F. Gender Differences in Remission and Recovery of Schizophrenic and Schizoaffective Patients: Preliminary Results of a Prospective Cohort Study. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2012. Article ID 576369, 8 pages.
43. Galderisi S, Bucci P, Üçok A, Peuskens J. No Gender Differences in Social Outcome in Patients Suffering from Schizophrenia. *European Psychiatry*. 2012;27(6):406-08.
44. Ceskova E, Prikryl R. Importance of Gender in the Treatment of Schizophrenia, The Primary Care Companion for CNS Disorders. 2012;14(6):20-12.
45. Bertani M, Lasalvia A, Bonetto C. The Influence of Gender on Clinical and Social Characteristics of Patients at Psychosis Onset: A Report from the Psychosis Incident Cohort Outcome Study (PICOS). *Psychological Medicine*. 2011;42(4):769-80.
46. Mohn C, Sundet K, Rund B. The Norwegian Standardization of the MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) Consensus Cognitive Battery. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2012;34(6):667-77.
47. Kern R, Nuechterlein K, Green M. The MATR CS Consensus Cognitive Battery, Part 2: Co-Norming and Standardization. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165(2):214–220.
48. Stone W, Mesholam-Gately R, Giuliano A. Healthy Adolescent Performance on the MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB): Developmental Data from Two Samples of Volunteer, Schizophrenia Research. 2016 <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.003>.

49. Ramos-Loyo J, Mora-Reynoso L, Sánchez-Loyo L, Medina-Hernández V. Sex Differences in Facial, Prosodic, and Social Context Emotional Recognition in Early-Onset Schizophrenia. *Schizophrenia Research and Treatment*. 2012; Article ID 584725, 12 pages.
50. Zhang T, Jacobsen L, Gordon C, McKenna K, Frazier J, Rapoport J, Attention deficits in childhood-onset schizophrenia: reaction time studies. *Journal of Abnormal Psychology*. 1998;107(1):97-108.

Anexo 1: Carta Aceptación Proyecto II3-02-0811

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



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 II3/020811 y debe pasar al comité de ética para su evaluación.

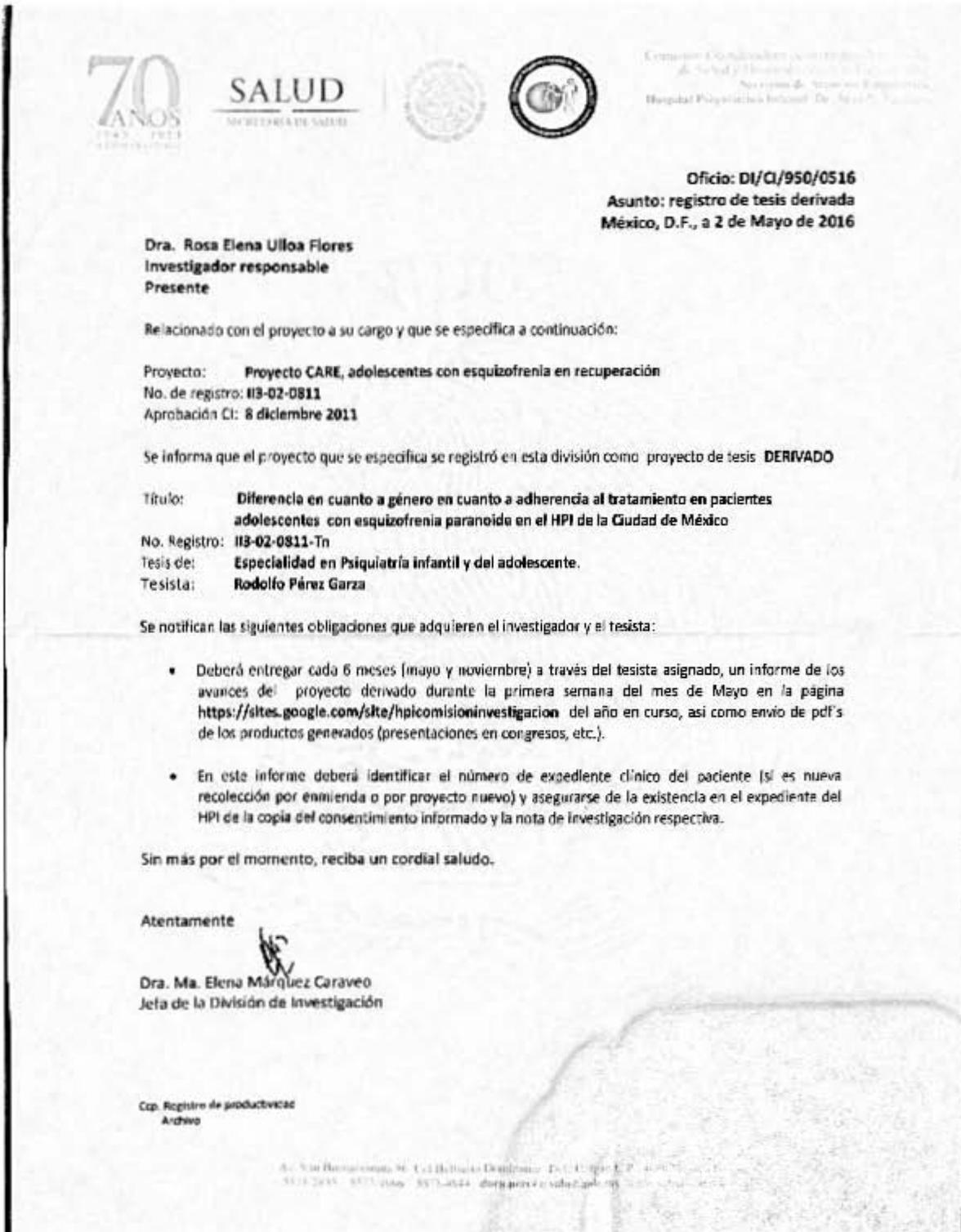
Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

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

C.c.p. Dra. Ana Teresa Díaz Calvo, UAV, Presente  
Dr. Eduardo Arroyo García, UAV, Presente  
Dra. Miriam de Vale, UAM, Presente  
Dra. Gabriela Santos Mancosa, UAM, Presente  
Dr. Víctor Manuel Velázquez López, PROSERPH-HPJUN, Presente  
Dra. Pamela Silvia Caste Portugal, Residente de Psiquiatría Infantil y de la adolescencia, Presente  
Dr. Emmanuel Samiranto, Residente de Psiquiatría Infantil y de la adolescencia, Presente  
Dra. Lexy de la Rosa, Residente de Psiquiatría Infantil y de la adolescencia, Presente  
Dra. Natalia González, Residente de Psiquiatría Infantil y de la adolescencia, Presente  
Psic. Gemma Victoria, Presente  
Mtra. Rocío Embasa V. Tecnólogo de Medicina, Presente  
Registro de productividad del HPJUN  
Archivo.

Anexo 2: Carta Aceptación Proyecto II3-02-0811-Tn



# M.I.N.I. KID

## MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para Niños y Adolescentes

Versión en Español

USA: D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo  
University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, T Hergueta.  
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Versión en Español:

USA: M. Colón-Soto, V. Díaz, O. Soto  
University of South Florida - Tampa

© Copyright 1998, 2000, Sheehan DV

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias de la M.I.N.I. para su uso personal.

La MINI para adultos está disponible:

En un programa para la computadora en el "Medical Outcome Systems, Inc" en [www.medical-outcomes.com](http://www.medical-outcomes.com)

También está disponible gratuito a través del "Medical Outcome Systems, Inc" en [www.medical-outcomes.com](http://www.medical-outcomes.com)

- MINI cambios, adelantos & revisiones
- Traducciones de la MINI en mas de 30 idiomas
- La MINI Selección de pacientes para especialidades primarias
- La MINI Plus para la investigación
- La MINI Kid para niños y adolescentes
- La MINI Seguimiento de pacientes para seguir la respuesta al tratamineto

MINI KID (1.1) 1 de enero del 2000.

-1-

Anexo 4: PANSS

**4.2.1. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)**

1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala positiva (PANSS-P)</i>	<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>			
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala negativa (PANSS-N)</i>	<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>			
1	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala compuesta (PANSS-C)</i>	<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>			
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos/posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de insight	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
<i>Psicopatología general (PANSS-PG)</i>	<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>			
	1	2	3	4	5	6	7

## Anexo 5: PSP

Escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP) y algoritmo de puntuación.

1. Puntúe el grado de disfunción del paciente durante el *último mes* en las siguientes 4 áreas principales. Para determinar el grado de disfunción ha de utilizar los *criterios operativos* que se facilitan a continuación. Observe que hay unos criterios comunes para las áreas a-c y otros criterios específicos para el área d.

	Ausente	Leve	Manifiesta	Marcada	Grave	Muy grave
a. Autocuidado	<input type="checkbox"/>					
b. Relaciones personales y sociales	<input type="checkbox"/>					
c. Actividades sociales habituales, incluidos trabajo y estudio	<input type="checkbox"/>					
d. Comportamientos perturbadores y agresivos	<input type="checkbox"/>					

## Anexo 6: ROMI

### PART 1: REASONS FOR COMPLIANCE

"ARE YOU WILLING TO TAKE YOUR MEDICATION BECAUSE":

	NA	DEGREE OF INFLUENCE			
		1	2	3	9
<b>1. PERCEIVED DAILY BENEFIT</b> You believe the medicine helps you feel better?	None	Mild	Strong	Not Assessable	
<b>2. POSITIVE RELATION WITH PRESCRIBING CLINICIAN</b> Your relationship with your prescribing doctor influences you?	None	Mild	Strong	Not Assessable	
<b>3. POSITIVE RELATION WITH THERAPIST</b> Your relationship with your therapist influences you?	None	Mild	Strong	Not Assessable	
<b>4. POSITIVE FAMILY BELIEF</b> Someone in your family or a friend believes that you should take medicine?	None	Mild	Strong	Not Assessable	
<b>5. RELAPSE PREVENTION</b> You believe taking medication prevents your illness or symptoms from returning?	None	Mild	Strong	Not Assessable	
<b>6. PRESSURE/FORCE</b> You are pressured or forced to take medication?	None	Mild	Strong	Not Assessable	
<b>7. FEAR OF REHOSPITALIZATION</b> You are afraid of being rehospitalized?	None	Mild	Strong	Not Assessable	

## Anexo 7: MCCB

