

11241
7
24.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TESIS PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRIA GENERAL

REPRODUCIBILIDAD Y VALIDEZ DE LA ESCALA DE DE ROCKLAND PARA
DISQUINESIA TARDIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE RECIBEN
TRATAMIENTO CON ANTIPSICOTICOS.

DRA. MARTHA PATRICIA CRUZ VAZQUEZ



ASESOR TEORICO

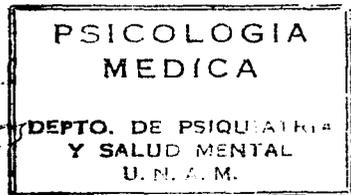
DR. HECTOR ORTEGA SOTO

ASESOR METODOLOGICO

DRA. ELIZABETH BRUNNER R.

Cd. Universitaria , Enero de 1997.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





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.

INDICE

MARCO TEORICO	2
JUSTIFICACION	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
OBJETIVO GENERAL	18
MATERIAL Y METODO	19
RESULTADOS	21
TABLAS	23
CONCLUSIONES	28
BIBLIOGRAFIA	30
APENDICE	34

MARCO TEORICO

Después de la introducción de los neurolépticos en la práctica psiquiátrica en 1952, empezó a aparecer a finales de la década de 1950 un trastorno extrapiramidal caracterizado por disquinesia persistente el cual se asociaba a la administración a largo plazo de neurolépticos. La aparición tardía llevo a Uhrbrand y Faurbye en 1960 (1) a aplicar el término " Disquinesia Tardía" (DT). Implicando este término una enfermedad iatrogénica causada por la administración crónica de neurolépticos.

La enfermedad se caracteriza por movimientos involuntarios estereotipados, de carácter anormal, por lo general de tipo coreoatetoide. El signo central de la DT es la disquinesia orofacial o la triada bucolinguomasticatoria, considerando este último el rasgo más típico y prevalente del síndrome. Consiste en movimientos involuntarios de la lengua, la cara o la mandíbula, variando en cada individuo en particular, las combinaciones de movimientos; como ejemplo la protusión o torcimiento de la lengua que tal vez se combine con chasquidos de los labios o movimientos de masticación y movimientos laterales de la mandíbula. También se ven incluidos los músculos periorbitales que en ocasiones semejan blefaroespasmos. Considerando a los movimientos vermiculares de la lengua un signo temprano de DT. Además de estos fenómenos orofaciales, existen otras variedades de movimientos a nivel del tronco y extremidades de tipo coreiforme o coreoatetoide, enlistandose a menudo como parte del síndrome, a la atetosis de lasremidades, a la distonía axial y de las extremidades, al igual que las alteraciones en la marcha y la postura del tronco tales como la lordosis, el balanceo y la oscilación, el encogimiento de hombros y el movimientos rotatorios de la pelvis. En las

extremidades podemos encontrar movimientos coreoatetoides de los dedos, las manos, los brazos y los pies, movimientos de lanzamiento o de tipo balístico particularmente de los casos; así también movimientos diafragmáticos que resultan en gruñidos y respiración dificultosa (2).

Con lo que respecta a la epidemiología existen estudios que han aplicado diferentes criterios y han reportado tasas de prevalencia ampliamente diferentes que van desde menos del 10% hasta más del 50% (3). La prevalencia verdadera de la DT está entre un 10 y 20% de los pacientes tratados con neurolépticos por más de un año, y aún así, la mitad de estos pueden remitir espontáneamente (4,5). En un estudio realizado a 39,187 pacientes se encontró que la prevalencia general para DT fue de 24.2% siendo la prevalencia mayor en mujeres (26.6%) que en hombres (21.6%) (6).

La DT parece alcanzar su pico máximo en el grupo de 50 a 70 años en el hombre, en tanto que se sigue incrementando después de los 70 años en la mujer y es más severa en ellas (5,7). Con lo que respecta a la incidencia de DT, se encontró que corresponde al 31% (8). En un estudio realizado a 261 pacientes esquizofrénicos externos (4), tratados con neurolépticos, reveló que existía una incidencia elevada de DT en pacientes ancianos, en pacientes con antecedente de hospitalizaciones más prolongadas, en aquellos donde la medicación con neurolépticos tuvo pocos efectos terapéuticos y en aquellos tratados con flufenazina. Siendo el factor de riesgo de mayor peso la edad avanzada. Algunos otros factores han sido considerados como predisponentes para el desarrollo de la DT, incluyéndose desordenes de la conducta, el daño orgánico cerebral, el tipo de neurolépticos, la cantidad del neuroléptico prescrito, la edad al

momento del primer tratamiento con neuroléptico, la cantidad del neuroléptico empleado, el número de periodos largos sin droga y el desarrollo de efectos colaterales extrapiramidales tempranos. Algunos autores también consideran el género como un factor importante en el desarrollo de la DT (5). Otros estudios mencionan que el desarrollo de la DT se encontró en aquellos pacientes que únicamente eran tratados farmacológicamente con neurolépticos (2).

El hecho de saber que la DT frecuentemente es permanente aún después de la supresión de la droga antipsicótica (1), ha conducido a que se estudien posibles alteraciones estructurales de base, realizandose estudios neuropatológicos después de la administración aguda o crónica de drogas antipsicóticas en animales de laboratorio, estos no han podido demostrar cambios específicos o localizados en el cerebro, únicamente se reportan algunos cambios producidos secundariamente a la administración de esté tipo de drogas. Los cambios neuropatológicos postmorten después del tratamiento crónico con fenotiazidas en pacientes sin síndrome extrapiramidal, han reportado áreas dispersas de degeneración neuronal y gliosis sin ninguna localización específica. Se ha reportado que pacientes individuales con parkinsonismo inducido por drogas o con DT tienen cambios postmorten en el globus pallidus y en el putamen, así como en el núcleo caudado, la sustancia negra y la oliva inferior (2).

Debido a que hasta el momento ninguna alteración anatómica se asocia con el desarrollo de DT ha llevado a los investigadores a estudiar más minuciosamente la dinámica de los receptores, la neuroquímica y la farmacología del trastorno.

Hay evidencia sustancial de que la patogenia de la DT se relaciona con el bloqueo crónico del receptor a dopamina; la patofisiología del trastorno se relaciona con la hipersensibilidad

resultante del receptor. se menciona que los neurolépticos asociados con el desarrollo de la DT son los mismos agentes que causan el parkinsonismo inducido por drogas; mientras que este último resulta de la subactividad del sistema dopaminérgico, y la DT parece resultar de la sobreactividad. La explicación de esta aparente dicotomía se relaciona con el hecho de que después del bloqueo crónico se altera la función del receptor. Se ha demostrado que después de la denervación prolongada, un sitio receptor se vuelve hipersensible a cantidades ambientales de exposición al neurotransmisor. Es interesante que aunque los neurolépticos bloquean al mismo tipo de receptores de dopamina, posiblemente el grado de bloqueo sea diferente para las dos entidades. La DT podría visualizarse como una respuesta hiperactiva anormal de los receptores de dopamina, mientras que el parkinsonismo se relaciona con una ausencia de respuesta de estos mismos receptores (9,10).

De acuerdo a la evolución de este padecimiento se han propuesto varios subtipos de DT(11):

- 1) disquinesia emergente por supresión; y es la que aparece a los pocos días de la supresión o reducción de dosis neuroléptica; y desaparece entre una y tres semanas después ; este fenómeno es muy frecuente en niños
- 2) disquinesia reversible; aparece días después de la supresión, o disminución de la dosis de neuroléptico; su duración sobrepasa las tres semanas pero es menor de 3 meses.
- 3) la disquinesia intermitente; el paciente tiene remisiones y recaídas durante un lapso dentro del cual la dosis de antipsicótico se mantiene constante.
- 4) disquinesia persistente; aparece durante un tratamiento con antipsicótico en dosis estables o después de la supresión o reducción de la dosis, su duración sobrepasa los 3 meses . Algunos autores (12) mencionan : 1) que no debe formularse un diagnóstico en ausencia de un mínimo de 3 meses de administración acumulada total de droga antipsicótica. 2) Si el paciente ha

estado recibiendo tratamiento farmacológico por menos de este tiempo, el diagnóstico deberá calificarse como exposición a neurolépticos de menos de tres meses.

Las características diagnósticas adicionales que algunos autores sugieren (13,14,15), incluyen las siguientes: primera; los movimientos son exacerbados o pueden ser provocados por la reducción gradual o la suspensión de la droga antipsicótica. Además, el aumento de la dosis del fármaco suprimirá pasajeramente los movimientos. Segunda, los movimientos no responden a las drogas anticolinérgicas e incluso pueden ser exacerbadas por tales medicamentos . Tercera los movimientos son agravados en ocasiones con el estrés emocional y cuarto los movimientos se reducen o desaparecen durante el sueño .

El diagnóstico diferencial de las DT debe hacerse con las estereotipias esquizofrénicas, y los síndromes neurolepticos reversibles, la enfermedad de Huntington, la enfermedad de Wilson, con las formas generalizadas o focales de distonía de torsión idiopática, con las disquinesias orales asociadas con la edad avanzada, con la encefalopatía crónica, con los estados postanóxicos o postencefalíticos, con la calcificación de los ganglios basales, con el síndrome de Gilles de la Tourette, con los trastornos endocrinos o metabólicos que producen movimientos involuntarios y con las enfermedades neoplásicas del cerebro (16). también los pacientes que recibieron medicación antipsicótica pueden manifestar un rango de movimientos involuntarios anormales que pueden confundir la valoración; si se hace un intento por clasificar los movimientos del tronco y las extremidades observados de acuerdo a su naturaleza, entonces puede identificarse una variedad de movimientos. incluyendo movimientos coreiformes, distonía tardía, acatisia tardía, estereotipias y manierismos, sin embargo los métodos actuales de evaluación no permiten una discriminación confiable de

estos fenómenos, ya que estas categorías de movimientos clínicamente pueden ser difíciles de distinguir. Se ha acumulado una extensa literatura referente a la etiología, las características clínicas, la neurofarmacología y el tratamiento de la DT. Sin embargo se ha descuidado el estudio de métodos de valoración. De ahí la importancia de la validación y reproducibilidad de métodos para evaluar la DT. Estos nos ayudaran a delinear mejor el síndrome, a determinar la prevalencia verdadera y evaluar la eficacia de los agentes terapéuticos (17).

La evaluación precisa de los trastornos del movimiento de la DT plantea un desafío tanto cualitativo como cuantitativamente ya que hay un problema de medición así como de definición.

Existen diversos métodos para la DT, los que incluyen instrumentación, cuentas de frecuencia de los movimientos, videocintas y escalas de preguntas múltiples (4,17).

Dentro de los instrumentos usados para evaluar cuantitativamente se menciona (18) a la valoración vocal; que mide a la DT, sobre la premisa de que la articulación estaría perturbada por el trastorno neuromuscular. Está se midió usando un sistema Tonar II, que involucra un ensamble de micrófonos para la separación del sonido, el cual podía aislar las componentes oral y nasal del habla y presentar datos de señal nasal respecto a la suma de las señales nasal y oral.

Otro método de instrumentación es la electromiografía que consiste en registrar la actividad de musculos selectos a través de electrodos. Los estudios registran los movimientos de una variedad de sitios corporales, incluyendo la región bucolingual y los dedos. (17).

Los acelerómetros se han empleado para registrar los movimientos, particularmente el temblor de las extremidades y de cara pero tienen la desventaja que solo pueden medir un

número limitado de sitios corporales. Unos investigadores (19) diseñaron un sistema que usaba ultrasonido para registrar los movimientos. El ultrasonido se transmite a 40 KHZ de un transductor de cristal a otro. Los movimientos emitidos por una persona perturban las ondas sónicas, y las perturbaciones pueden amplificarse y registrarse. Otros (20) utilizaron un sistema de ultrasonido para proporcionar conteos de actividad para los movimientos orofaciales en pacientes con DT. Estos investigadores concluyeron que el contador orofacial era simple, fácil de operar y adecuado para exámenes de tamizaje breve y monitoreo clínico de rutina. Se diseñó otro método basado en el principio del radar Doppler(21), este consistía en sentar al paciente en un haz de ondas electromagnéticas. Las ondas reflejadas causadas por los movimientos corporales hacían que cambiara la frecuencia Doppler, a la cual un receptor y transductor convertía en un parámetro que los autores consideraron proporcional al número de movimientos, su amplitud y el tamaño de las partes corporales involucradas.

Con lo que respecta a la medición de la frecuencia de los movimientos anormales podrían parecer atractivos como un método de calificación, pero tal vez tenga poca relación con la severidad global de la condición en términos del número de sitios corporales afectados y la magnitud y la naturaleza discapacitante de los movimientos anormales presentes. Por lo que en estudios posteriores (22) no encontró ninguna correlación significativa entre el conteo de frecuencia y los puntajes totales de la escala de calificación de la DT abreviada de Simpson. Por lo que los conteos de frecuencia para la valoración de la DT permanece en duda.

Otros métodos de valoración son las videgrabaciones; el procedimiento involucra grabar segmentos de cinco a diez minutos durante el examen de un paciente. Luego se presentan las cintas a calificadores ciegos quienes califican la cinta usando un método para ello. La

videograbación por sí misma no es un método de valoración ya que el producto de estas técnicas , tienen que ser sometidas aun proceso de calificación. El principal propósito de la videograbación es la enseñanza y el adiestramiento de calificadores (17).

Dentro de las escalas de preguntas múltiples están las de calificación global y las escalas de apartados múltiples. como ejemplo se tiene a la escala de movimientos anormales (AIMS) (17). Es una escala diseñada por la rama de investigación farmacológica del Instituto Nacional de Salud Mental, la cual contiene calificaciones globales de disquinesia de la cara, labios, mandíbula, lengua, los brazos las piernas y el tronco, además incluye otros tres apartados como son la severidad global de los movimientos anormales (como los ve un observador), la severidad global de la reacción del paciente a los movimientos, la calificación de incapacitante y dos apartados que refieren el estado dental por su aparente relación con la disquinesia oral. Se califica con cinco puntos que va desde no presente (0) hasta severa (4). Como otros métodos de calificación global la escala de AIMS es clínicamente relevante, aplicable a todos los pacientes con DT y sencilla de administrar. Se hizo un estudio (23,24) donde se demostró que la confiabilidad interobservador con la escala de AIMS es más alta en comparación con otros esquemas para disquinesia tardía . Las ventajas del enfoque global incluye la sencillez y la relevancia clínica, pero tiene también sus desventajas; el mayor problema se refiere a la necesidad absoluta de demostrar la confiabilidad. A menudo estas escalas globales tiene dificultad para manejar los movimientos que van más allá de regiones corporales únicas. También pueden sugerir problemas respecto a la asignación de movimientos diafragmáticos o del tronco a una u otra región corporal (17, 24) .

Las escalas de apartados múltiples pueden documentar mejor los cambios clínicos, pueden demostrar patrones de cambios e interrelaciones en síntomas y signos, y por lo tanto conducen a mejores tipologías de entidades clínicas.

Las primeras escalas de calificación para DT fueron diseñadas por Crane y Cols. (17) esta escala identificó once áreas de síntomas, cada una calificada en una escala de severidad de cinco puntos y los datos fueron usados de tres formas : (1) se obtuvieron puntajes promedio sumando los once apartados; (2) se generó un puntaje de disquinesia global (0,ninguna; 1, mínima; 2, intermitente; 3, persistente); y (3) los pacientes se calificaron como mejor o peor. Otros autores (25) desarrollaron una escala de calificación que se baso en la escala de Crane, los apartados se califican en escala de cinco puntos, once apartados denotan síntomas extrapiramidales y 16 refieren disquinesia.

También se incluyen calificaciones de severidad, de la magnitud de las disquinesias y los síntomas extrapiramidales. Tiene instrucciones de calificación y definiciones de apartados detallados. Su confiabilidad intercalificadores (CIC), es de 0.8 a 0.95 para los puntajes totales y subtotales.

Degwitz y Cols. (17) desarrollaron una escala de calificación de cinco puntos y 47 apartados, que incluyen movimientos orofaciales observados comúnmente, y movimientos coreiformes, atetoides y mioclónicos para cada extremidad separadamente; los movientos activados (ejemplo, movimientos anormales que surgen como un resultado de pedirle al paciente que camine o extienda los brazos, etc.) aparecen por separado en la escala. En el Hospital de St. Paul Ramsey (17) se desarrollo también una escala de DT que consiste en catorce apartados de

movimientos disquineticos observados comúnmente. Todos los apartados se califican en una escala de severidad de cinco puntos. Aparentemente se ha logrado una confiabilidad interobservador satisfactoria aunque el artículo no expresa numéricamente la CIC (17) .

Simpson y Cols; (1979) (26) desarrollaron una escala de calificación de disquinesia en el Hospital Estatal de Rockland. Siendo Gardos y colaboradores(27) los que en 1979, encontraron una confiabilidad en los rangos de 0.90, con dos evaluadores entrevistando simultáneamente; mientras que la CIC fue de 0.80 por el resultado total, esto con dos evaluadores operando independientemente lo anterior se realizó antes del refinamiento de dicha escala la cual se llevo a cabo en el Hospital Psiquiátrico de Rockland y con la colaboración de la unidad de Boston. Como la escala surgió de varias revisiones, el número de categorías de severidad van desde la simple presencia-ausencia de una escala de nueve puntos, hasta la escala actual que es de seis puntos y va desde movimientos sutiles (lamer los labios con la lengua una vez durante una sesión de evaluación) a movimientos más severos y/o frecuentes vistos en los pacientes que raramente han sido afectados en forma severa. La escala final se dividió en cuatro secciones cada una incluyendo síntomas asociados con una región particular del cuerpo. La primera sección es de síntomas faciales con catorce apartados, la segunda sección es de movimientos del cuello y tronco con seis apartados, la tercera sección es la extremidades con doce apartados (seis para las extremidades superiores y seis para las extremidades inferiores) y la cuarta comprende dos reactivos que involucran el cuerpo total, además hay dos reactivos para las primeras tres categorías y uno para la cuarta.

Cada síntoma descrito es evaluado en una escala de seis puntos (1) ausencia; (2) dudoso o posiblemente presente; (3) leve; (4) moderada; (5) moderadamente severo y (6)

extremadamente severo. En el grupo de Nueva York, la confiabilidad de cada uno de los cuarenta y cuatro reactivos fue determinado con dos evaluadores y 26 pacientes. Los dos evaluadores observaron juntos a los pacientes pero llenaron la escala de evaluación independientemente la confiabilidad total fue de 0.98, la confiabilidad de reactivo individual promedio desde 0.55 a 0.99 con una mediana de 0.91, el segundo grupo (Boston) evaluó la confiabilidad de las secciones y el resultado (calificación) total con múltiples evaluadores, pacientes y video cintas y registraron las evaluaciones independientemente. En total, 23 pacientes y 9 cintas fueron para nueve evaluadores. La confiabilidad interevaluador por pares en promedio para la calificación total promedió fue de 0.79-0.90 para pacientes en vivo y de 0.87-0.91 para evaluaciones en cinta. Con lo que respecta a la validez la escala fue útil para DT al mostrar cambios producidos por agentes terapéuticos (28). Así también en otros estudios realizados(29) se encontró a la escala sensible para demostrar mejoría observada clínicamente sobre el fármaco y la recaída después de la suspensión del mismo.

Las escalas de preguntas múltiples han resultado ser el instrumento más común de calificación en la investigación clínica, la ventaja de estas es que generan una calificación más amplia de los movimientos involuntarios anormales en los diversos sitios corporales, que las que se generarían mediante los conteos de frecuencia o las calificaciones globales simples; además son adecuadas para el tamizaje de poblaciones con DT ya que son relativamente baratas y poco molestas y requieren de un corto tiempo para su administración y pueden ser aplicadas a todos los pacientes. Algunos investigadores(30) observaron que los datos generados por dichas escalas generalmente son de naturaleza ordinal o de intervalo, adecuadas para la manipulación mediante técnicas estadísticas estándares, incluyendo el análisis factorial.

Aunque estas escalas no fueron diseñadas como un instrumentos diagnósticos, documentan de manera útil los fenómenos motores presentes y su nivel de severidad, contribuyendo así al proceso diagnóstico. Pero también, la mayoría de estas escalas de calificación no proporcionan ningún criterio de severidad como lo señalaron Barnes y Travel; (1982)(30) y Bergen y Cols; (1984) (31) el calificador llega a un juicio global de severidad sobre la base del carácter la amplitud y la frecuencia del movimiento. Schooler y Kane; (1982) (12) sugieren que para justificar un diagnóstico de DT, los movimientos involuntarios anormales deberían ser de severidad por lo menos moderada en una o más áreas corporales, o por lo menos de severidad leve en dos o más sitios corporales. Otra desventaja que se reporta es que el paciente al encontrarse bajo escrutinio se da cuenta del interés específico en sus movimientos y esto puede influir sobre su presentación en valoraciones repetidas. También la valoración con tales escalas implica cierto grado de interacción social entre examinador y paciente, lo cual puede ser una variable de confusión que influye sobre signos y síntomas presentes. Un examinador no familiar puede provocar ansiedad y aprensión en un paciente lo que conduce a un aumento de la disquinesia, mientras que un examinador familiar tal vez invite a la conversación y complique así la valoración de los movimientos de la boca (17,31).

El objetivo de los procedimientos de valoración es proporcionar una estimación no sesgada, confiable y precisa de los movimientos anormales. En el lenguaje psicométrico el instrumento de medición ideal debería ser válido, confiable y sensible, considerando que la validez se refiere a la magnitud a la cual el instrumento tiene éxito para medir lo que pretende medir (32) conociéndose diferentes tipos de validez: 1) la validez nominal que implica a la relevancia obvia de un método de valoración para la DT. 2) la validez concurrente: que demuestra hasta

qué punto un método de valoración de la DT, el cual va a convalidarse se correlaciona con una medida de criterio ya establecida. 3) y la validez de construcción : este tipo de validez se refiere a la correlación entre las medidas de DT y las construcciones hipotéticas que se han generado para explicar la naturaleza y la patogenia de las disquinesias . Con lo que respecta a la confiabilidad de un instrumento se refiere a cuan bien y cuán consistente mide lo que pretende medir. Una prueba o calificación tiene poco valor si las medidas repetidas del mismo fenómeno produce un resultado diferente. El concepto de confiabilidad es diferente al de error de muestreo, el cual proporciona información inferencial para describir hasta qué punto puede esperarse que los parámetros observados varíen en otras muestras provenientes de la misma población. La demostración estadística de la confiabilidad es mediante el método correlacional. Los métodos de valoración que generan datos duros tienden hacer más confiables que las escalas de calificación o los juicios clínicos, en donde el sesgo del observador es una variable adicional, las estimaciones de confiabilidad empleadas más comúnmente son los coeficientes de confiabilidad de prueba -repetición de la prueba y de confiabilidad intercalificadores (17) . La confiabilidad intercalificadores se refiere al grado de concordancia entre observadores. A menos que se muestre una confiabilidad intercalificadores satisfactoria, los datos obtenidos en una investigación pueden no ser generalizados y pueden tener una significancia clínica limitada. Previamente se han demostrado coeficiente de confiabilidad satisfactorios (0.80s y 0.90s) para escalas de calificación de apartados múltiples (32).

JUSTIFICACION

El síndrome de DT fue reconocido después de la introducción de los antipsicóticos, se carecía en ese entonces de una definición exacta y de métodos de evaluación, por lo que fue necesario elaborar un instrumento que midiera el fenómeno clínico, se han utilizado diferentes escalas previamente validadas en otras áreas geográficas. El síndrome de DT es poco reconocido porque se confunde con otras entidades nosológicas que se manifiestan como síntomas extrapiramidales y que para poder reconocerlo se debe tener en mente los factores de riesgo. Por lo anterior, surge el interés de reproducirla en nuestro medio con pacientes psiquiátricos mexicanos atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, nosocomio de gran afluencia por sus características únicas a nivel nacional y donde la gran mayoría de estos pacientes reciben tratamiento con antipsicóticos de diversos tipos a diferentes dosis y por tiempos prolongados. Además de no contar con antecedentes estadísticos del fenómeno, ni saber la severidad del mismo. Hasta el momento existen pocos instrumentos de medición del síndrome por lo que se utilizara la escala de DT de Rockland con el objetivo de reproducirla y validarla en nuestro medio , correlacionándose con una medida de criterio ya establecida como es la escala de movimientos involuntarios anormales (AIMS).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es la escala de disquinesia tardía de Rockland un instrumento reproducible y válido para el diagnóstico de disquinesia tardía ?.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la validez y la reproducibilidad de la Escala para disquinesia tardía de Rockland.

MATERIAL Y METODO

El estudio incluyó a pacientes del servicio de hospital de día y fin de semana del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"SS. Siendo la población total del servicio en el momento del estudio de 150 pacientes, de estos se tomaron aquellos que estaban recibiendo terapia farmacológica antipsicótica, con un mínimo de tres meses de tratamiento continuo o alterno, a los que tenían movimientos involuntarios en una o más partes del cuerpo, y a los que no tuvieran enfermedad neurológica diagnosticada en el expediente. 150 pacientes fueron los que cumplieron con estos criterios y 50 se excluyeron por no cumplir con ellos. 11 pacientes de estos 100 no concluyeron la segunda evaluación debido a que 6 fueron dados de alta y a 5 pacientes no se les encontró registro clínico. Por lo que la muestra fue de 89 pacientes.

La escala a aplicarse fue la de disquinesia tardía de Rockland (Simpson-Angus), correlacionándola con una medida de criterio como es la escala de movimientos involuntarios anormales (AIMS).

Participaron para la aplicación de ambas escalas cuatro calificadores, que fueron previamente adiestrados por un experto ,así como por medio de un vídeo proporcionado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP). Cada paciente fue calificado por dos , haciéndose 6 combinaciones del equipo de calificadores. El periodo de aplicación de las escalas se dividió en dos fases, con un intervalo de aplicación de 60 días en promedio entre cada evaluación. El orden para la aplicación de las escalas fue: primero la de Rockland y enseguida la escala de AIMS. Los calificadores se alternaban en la realización del examen, en un tiempo de aplicación de 5 a 10 minutos. Las evaluaciones fueron hechas por las mañanas en un lugar previamente acondicionado por el servicio de hospital parcial. Se le pidió al paciente en

primer lugar que se quitara los zapatos para que se pudiera observar mejor los movimientos de los dedos de los pies, después se le pidió que realizaran diferentes movimientos activados para observar si los movimientos eran continuos u ocasionales. Lo mismo se solicitó en la segunda valoración.

Las calificaciones obtenidas permanecieron ciegas hasta la conclusión del proyecto.

El análisis estadístico se hizo de acuerdo a los coeficientes de correlación de Pearson, entre cada par de observadores y entre las puntuaciones totales de ambas escalas, y se utilizó el promedio de todos los evaluadores para todos los cálculos.

RESULTADOS

El estudio se realizó con 89 pacientes en el servicio de hospital de día y fin de semana del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" SS. De los cuales 43 (48.31%) fueron mujeres y 46 (51.69%) fueron hombres [tabla 1].

La edad promedio de los pacientes fue de 31.07 +/- (d.e) 7.74 años (rango de 19 a 52). En cuanto a la ocupación se encontró que 63 pacientes (70.79%) no tenían ocupación, 7 (7.87%) fueron obreros, 6 (6.74%) se dedicaban a las labores del hogar, 6(6.74%) fueron empleados, 3(3.37%) eran profesionistas, 3 (3.37%) eran comerciantes y el 1 (1.12%) eran estudiantes[tabla 2].

Respecto a la escolaridad la distribución resultó de la siguiente manera: 20 pacientes dejaron inconclusa la preparatoria (22.47%), 15 dejaron incompleta una licenciatura (16.85%), 15 terminaron secundaria (16.85%), 12 dejaron inconclusa la secundaria (13.48%), 9 terminaron una carrera comercial después de la secundaria (10.11%), 6 terminaron su escolaridad básica (6.74%), 5 concluyeron la preparatoria (5.62%), 4 habían terminado la licenciatura completa (4.49%),3 cursaron la primaria incompleta (3.37%)[tabla 3].

La distribución diagnóstica en la población psiquiátrica estudiada fue la siguiente: 46 pacientes(51.69%) con esquizofrenia [F20], 25 pacientes (28.09%) con trastorno mental y del comportamiento [F06], 6 pacientes (6.74%) con epilepsia [G40], 5 pacientes (5.62%) con trastorno mental por abuso de múltiples sustancias, 2 pacientes (2.25%) con trastorno bipolar, 1 paciente (1.12%) con retraso mental, 1 paciente (1.12%) con trastorno psicótico agudo transitorio, 1 paciente (1.12%) con trastorno esquizoafectivo y 1 paciente (1.12%) con episodio depresivo [tabla 4].

La tabla 5 nos muestra la reproducibilidad interobservador de la escala de disquinesia tardía de Rockland, donde se reportaron los coeficientes de correlación de Pearson, calculados en base a la calificación de un mismo paciente por pares de evaluadores. Las cifras de confiabilidad reportadas por cada evaluador son altas, el uno y dos obtuvieron 0.847 de confiabilidad, el uno y el tres 0.961, el uno y cuatro 0.762, el dos y el tres 0.881, el dos y el cuatro 0.863, y el tres y cuatro obtuvieron una confiabilidad de 0.701.

Cada paciente siempre fue calificado por el mismo par de evaluadores en los dos periodos diferentes de aplicación de la escala, encontrándose una confiabilidad por medio del análisis estadístico “prueba-contraprueba”, para el evaluador uno 0.438, para el evaluador dos de 0.544, para el tres 0.304 y para el evaluador cuatro 0.751 [tabla 6].

La escala de disquinesia tardía de Rockland se comparo con una escala previamente validada en nuestro medio como lo es la escala de movimientos involuntarios anormales (AIMS), aplicandose el análisis de correlación de Pearson para obtener la validez concurrente, la tabla 7a nos muestra las puntuaciones obtenidas por cada par de calificadores en la primera aplicación de la escala, encontrándose que el promedio fue de 0.726 con una desviación estándar de 0.221 siendo esto una correlación alta. En la tabla 7b se nos muestra las puntuaciones obtenidas en la segunda aplicación con un promedio de 0.682 y una desviación estándar de 0.247 considerándose una correlación moderada.

TABLAS

TABLA I

SEXO DE LA POBLACION ESTUDIADA N= 89

SEXO	No.	%
FEMENINO	43	48.31
MASCULINO	46	51.69
TOTAL	89	100

TABLA 2

OCUPACION DE LA POBLACION DE ESTUDIO N=89

OCUPACION	No.	%
SIN OCUPACION	63	70.79
OBRERO	7	7.87
HOGAR	6	6.74
EMPLEADOS	6	6.74
PROFESIONISTAS	3	3.37
COMERCIANTES	3	3.37
ESTUDIANTES	1	1.12
TOTAL	89	100

TABLA 3

ESCOLARIDAD ENCONTRADA EN LA POBLACION DE ESTUDIO N=89

ESCOLARIDAD	No.	%
PREPARATORIA INCONCLUSA	20	22.47
LICENCIATURA INCOMPLETA	15	16.85
SECUNDARIA COMPLETA	15	16.85
SECUNDARIA INCOMPLETA	12	13.48
CARRERA COMERCIAL	9	10.11
PRIMARIA COMPLETA	6	6.74
PREPARATORIA COMPLETA	5	5.62
LICENCIATURA COMPLETA	4	4.49
PRIMARIA INCOMPLETA	3	3.37
TOTAL	89	100

TABLA 4

CATEGORIAS DIAGNOSTICAS DE LA POBLACION DE ESTUDIO CIE-10

DIAGNOSTICO	No.	%
ESQUIZOFRENIA (F20.0)	46	51.69
T. MENTALES DEBIDOS A LESION O DISFUNCION CEREBRAL (F06)	25	28.09
EPILEPSIA G40	6	6.74
T. MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS (F19)	5	5.62
T. BIPOLAR (F31)	2	2.25
RETRASO MENTAL (F70)	1	1.12
T. PSICOTICO AGUDO Y TRANSITORIO (F23)	1	1.12
T. ESQUIZOAFECTIVO (F25)	1	1.12
EPISODIO DEPRESIVO (F32)	1	1.12
TOTAL	89	100

TABLA 5
REPRODUCIBILIDAD INTEROBSERVADOR *

ESCALA DE ROCKLAND	1	2	3	4
1	1.000	0.847	0.961	0.762
2		1.000	0.881	0.863
3			1.000	0.701
4				1.000

* COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON

TABLA 6
ESCALA DE ROCKLAND
PRUEBA - CONTRAPRUEBA *

	1b	2b	3b	4b
1a	0.438			
2a		0.544		
3a			0.304	
4a				0.731

* COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON

TABLA 7a

VALIDEZ CONCURRENTENTE *

ROCKLAND	A I M S			
EVALUADOR	1	2	3	4
1	0.877	0.704	0.961	0.840
2	0.650	0.879	0.786	0.915
3	0.972	0.812	0.938	0.777
4	0.660	0.751	0.815	0.832

* COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON

TABLA 7b

VALIDEZ CONCURRENTENTE *

ROCKLAND	AIMS			
	1	2	3	4
1	0.866	0.392	0.328	0.690
2	0.845	0.749	0.599	0.531
3	0.730	0.117	0.748	0.053
4	0.746	0.728	0.099	0.899

*COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON

CONCLUSIONES

La evaluación de los movimientos involuntarios anormales inducidos por neurolepticos es relevante tanto desde la perspectiva teórica como clínica. Sin embargo, se había prestado poca atención al desarrollo de instrumentos que cumplieron con criterios deseables de reproducibilidad interobservador y validez concurrente. Por lo que el objetivo del presente estudio fue aplicar a nuestros pacientes psiquiatricos mexicanos un instrumento que midiera disquinesia tardía y que hubieran sido validado previamente en otra área geográfica, comparándose con una medida de criterio. La escala a convalidarse fue la disquinesia tardía de Rockland comparándola con la escala de movimientos involuntarios anormales (AIMS). Para el estudio de reproducibilidad 89 pacientes fueron evaluados por 4 evaluadores que formaron seis combinaciones entre ambos. Encontrándose una puntuación satisfactoria entre cada par de evaluadores como se menciona en la sección de resultados, siendo la más baja de 0.701 y la más alta de 0.961 lo que quiere decir que hubo una buena reproducibilidad interobservador.

La confiabilidad de evaluación de cada calificador demostrada por la "prueba-contraprueba" nos dan puntuaciones adecuadas para el evaluador dos y cuatro pero no así para el uno y tres, atribuyéndose esta discrepancia a que calificaron un menor numero de pacientes, no así los primeros. Teniendo por lo consiguiente una menor experiencia en la aplicación de las escalas. La correlación entre los puntajes de ambas escalas, se hizo a través del método de Pearson encontrándose en la primera evaluación una correlación alta $r = 0.726 \pm (d.e) 0.221$ y en la segunda valoración una correlación moderada de $r = 0.682 \pm (d.e) 0.247$ por lo que podemos

concluir que la escala de Rockland es un instrumento valido y reproducible para la medición de la disquinesia tardía.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA

- 1. Uhrbrand L, Faurbye A. Reversible and irreversible dyskinesia after treatment with perphenazine, chlorpromazine, reserpine, ECT. *Therapy Psychopharmacologia* 1: 408-418, 1980.**
- 2. Klawans HL, Coetz CG, Perlik S. Tardive dyskinesia : review and up date. *Am J Psychiatry* 137: 900-908. 1987.**
- 3. Fann WE, Davis JM, Janowsky DS. The prevalence of tardive dyskinesia in mental hospital patients. *Dis Ner Syst* 33: 182-186, 1972.**
- 4. Baldessarini RJ, Cole JO, Davis JM, et al. Tardive dyskinesia : summary of a task force report of the American Psychiatry Association. *Am J Psychiatry* 137: 1163-1172, 1980.**
- 5. Kane JM, Smith JM. Tardive dyskinesia: prevalence and risk factors 1959 to 1979. *Arch Gen Psychiatry* 39: 473-481, 1982.**
- 6. Yassa R, Jeste DV. Gender differences in tardive dyskinesia: a critical review of the literature. *Schizo Bull* 18:701-715,1992.**
- 7. Smith HM. Tardive dyskinesia: age and sex differences in hospitalized schizophrenics. *Psychopharmacol* 58: 207-211, 1978.**
- 8. Chouinard G, Annable L, Chouinard AR, Nestoros JN. Factors related to tardive dyskinesia. *Am J Psychiatry* 136: 79-83,1979.**
- 9. Tamminga C, Smith RC, Pandey G, et al. A neuroendocrine study of supersensivite in tardive dyskinesia. *Arch Gen Psychiatry* 34: 1199-1203, 1977.**

10. Ortega HA. El síndrome extrapiramidal con el uso de psicofármacos. *Psiquiatría* 1: 141-150, 1985.
11. Jeste DV, Wyatt RJ. Tardive dyskinesia: the syndrome. *Annals Psychiatry* 10: 6-13, 1980.
12. Schoole NR, Kune JM. Research diagnosis for tardive dyskinesia. *Arch Gen Psychiatry* 39: 486-487, 1982.
13. Baldessarini RJ. The "neuroleptic" antipsychotic drugs: neurologic side-effects. *Postgrad Med J* 65:123-128, 1979.
14. Gardos G, Cole JO. Tardive dyskinesia and anticholinergic drugs. *Am J psychiatry* 140: 200-202, 1983.
15. Marsden CD, Schacter M. Assessment of extrapyramidal disorders. *Br J Clin Pharmacol* 11 : 120-151, 1981.
16. The American Psychiatry Association. Tardive dyskinesia: A task force report. Washinton D:C. 1-33, 1992.
17. Gardos G, Cole JO, La Brie R. The assessment of tardive dyskinesia. *Arch Gen Psychiatry* 34: 1206-1212, 1977.
18. Fann WE, Stafford JE, Malone RL. Clinical research techniques in tardive dyskinesia. *Am J Psychiatry* 134:759-762, 1977.
19. Haines J, Sainsbury P. Ultrasound system for measuring patients activity and movement disorder. *Lancet* 2: 802-803, 1972.
20. May PRA, Lee MA, Bacon RC. Quantitative assessment of neuroleptic induced extrapyramidal symptoms: clinical and nonclinical approaches. *Clin Neuropharmacology* 6:35-51, 1983.

21. Buruma OJS, Kemp B, Roos RAC. Quantification of choreatic movements by doppler radar. *Acta Neurol Scand* 66:363-368, 1982.
22. Richardson MA, Craig TJ, Branchey MH. Intra-patient variability in the measurement of tardive dyskinesia. *Psychopharmacology* 76:269-272, 1982.
23. Chien C, Jung K, Ross-Townsend A, et al. The measurement of persistent dyskinesia by piezoelectric recording and clinical rating scales. *Psychopharmacol Bull* 13: 34-36, 1977.
24. Lane RD, Glazer WM, Hansen TE, Berman WH, Kramer SI. Assessment of tardive dyskinesia Using the abnormal involuntary. *J Nerv Ment Dis* 173: 353-357, 1985.
25. Smith JM, Kucharski LT, Oswald WT, Waterman LJ. A systematic investigation of tardive dyskinesia in inpatients. *Am J Psychiatry* 136: 918. 1979.
26. Simpson GM, Lee JH, Zoubok B, Gardos G. A rating scale for tardive dyskinesia. *Psychopharmacology* 64: 171-179, 1979.
27. Gardos G, Sokol M, Sniffin C. Eye color and tardive dyskinesia. *Psychopharmacol Bull* 2-9, 1976.
28. Gardos G, Cole JO, Sniffin C. An evaluation of papaverine in tardive dyskinesia. *J Clin Pharmacol* 16:5-6, 1976.
29. Cole JO, Gardos G, Tarsy D. Drug trials in persistent dyskinesia. *In press*, 1979.
30. Barnes TRE, Trauer T. Reliability and validity of tardive dyskinesia videotape rating scale. *Br J Psychiatry* 140:508-515, 1982.
31. Bergen JA, Griffiths DA, Rey JM. Tardive dyskinesia: fluctuating patient on fluctuating rater. *Br J Psychiatry* 144:498-502, 1984.

32. Lara MC, Ortega HA. ¿La clinimetría o la psicometría? Medición en la práctica Psiquiátrica.

Salud Mental 13: 33-40, 1995.

APENDICE

T A B L A 2

ESCALA DE MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS ANORMALES

No. paciente	No. grupo	Fecha evaluación	Nombre del paciente	Nombre del evaluador			
INSTRUCCIONES. Lea la prueba completa y marque la puntuación máxima de los movimientos observados		CODIGO: 1 = Nulo 2 = mínimo, casi normal 3 = mediano 4 = moderado 5 = severo					
MOVIMIENTOS OROFACIALES: 1.- Músculos de la expresión facial (encierre un código)							
Ej.: Movimientos de la frente de cejas, del área peribucal, mejillas, incluye parpadeo, entrecejo y muecas risueñas.			1	2	3	4	5
2.- Labios y área peribucal:							
Ej.: Fruncir la boca, "pucheros" chuparse los labios.			1	2	3	4	5
3.- Mandíbula: Ej.: Movimientos de masticación con la boca abierta, movimientos laterales.							
			1	2	3	4	5
4.- Lengua: Anotar el incremento de movimientos dentro y fuera de la boca.							
			1	2	3	4	5
MOVIMIENTOS DE EXTREMIDADES:							
5.- SUPERIORES: (brazos, muñecas, manos, dedos) incluye movimientos coreicos (rápidos, irregulares y espontaneos), atetosicos (lentos, irregulares, ondulantes). No incluye temblores (repetitivos, regulares, rítmicos).			1	2	3	4	5
6.-INFERIORES: (piernas, rodillas, tobillos, dedos)							
Ej.: movimientos laterales de rodillas, golpeteo de los pies, movimiento de talones, movimiento de inversión y evasión del pie.			1	2	3	4	5
MOVIMIENTOS DEL TRONCO							
7.- Cuello, hombros y cadera. Ej.: Balanceo, retorcerse y giros de pelvis			1	2	3	4	5
EVALUACION GLOBAL							
8.- Movimientos anormales severos.			Nulo o normal	1	Mínimo	2	
			Mediano	3	Moderado	4	
			Severo	5			
9.- Incapacidad debido a movimientos anormales			Nulo o normal	1	Mínimo	2	
			Mediano	3	Moderado	4	
			Severo	5			

EVALUACION GLOBAL	10.- Pacientes conscientes de sus movimientos anormales. Solo los reportados por los pacientes	No consciente	1
		Consciente no angustiante	2
		Consciente medio angustiante	3
		Consciente moderadamente angust.	4
		Consciente severamente angustiante	5
ESTADO	11.- Problemas relacionados con sus dientes y/o dentadura	NO	1
		SI	2
DENTAL	12.- El paciente usa dentadura?	NO	1
		SI	2