

***ANÁLISIS FACTORIAL DIMENSIONAL Y VALIDEZ DIVERGENTE DE LA ESCALA DE “BIENESTAR
SUBJETIVO BAJO TRATAMIENTO NEUROLÉPTICO” EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN
EL INNN***

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

“MANUEL VELASCO SUÁREZ”

TESIS DE ESPECIALIDAD MÉDICA EN PSIQUIATRÍA

DR. JORGE ALVAREZ CERVERA



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.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA

MANUEL VELASCO SUÁREZ

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
No. 78/11**

DEPARTAMENTO QUE PROPONE

Psiquiatría

TÍTULO DEL PROTOCOLO

***ANÁLISIS FACTORIAL DIMENSIONAL Y VALIDEZ DIVERGENTE DE LA ESCALA DE “BIENESTAR
SUBJETIVO BAJO TRATAMIENTO NEUROLÉPTICO” EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN
EL INNN***

DIRECTOR DE ENSEÑANZA

Dr. Juan Nicasio Arriada Mendicoa

Dirección de Enseñanza

PROFESOR TITULAR DEL CURSO

Dr. Jesús Ramírez Bermúdez

Neuropsiquiatría

TUTOR PRINCIPAL

Dr. Francisco Camilo de la Fuente Sandoval

Psiquiatría Experimental

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Dr. Jorge Alvarez Cervera

Neuropsiquiatría

TUTOR METODOLÓGICO

Dr. Pablo León Ortiz

Psiquiatría Experimental

COLABORADORES

Dr. Carlos Luis Aviña Cervantes

Neuropsiquiatría

AGRADECIMIENTOS

En estas breves líneas quiero expresar mi agradecimiento por el apoyo y enseñanzas recibidas a lo largo de este camino, profesores, compañeros, amigos y familia, sin su compañía esta meta hubiera sido inalcanzable. Muchas son las personas que contribuyeron en la realización de este protocolo, y agradezco de manera especial al Dr. Carlos Luis Aviña Cervantes, que con paciencia y calidez humana me apoyó en la evaluación de los pacientes, y al Dr. Pablo León Ortiz, por haber sido guía y mentor durante la integración del protocolo.

Contenido

1. Resumen.....	5
2. Antecedentes.....	5
Definiciones actuales de esquizofrenia y psicosis	6
Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia.....	7
Epidemiología.....	8
Fisiopatología de la esquizofrenia y psicosis.....	9
Factores de riesgo	10
Experiencia subjetiva con antipsicóticos.....	10
Traducción al español de la escala y estudio piloto	15
Análisis factorial (análisis de contenido)	16
3. Planteamiento del problema.....	16
4. Hipótesis.....	16
5. Objetivos.....	16
Generales:	16
Específicos:.....	16
6. Justificación.....	17
7. Metodología	17
Diseño del estudio:.....	17
Población y muestra:.....	17
Criterios de inclusión:.....	17
Criterios de exclusión:	17
Análisis estadístico.....	18
8. Aspectos éticos y de bioseguridad.....	18
Consideraciones éticas	18
10. Resultados.....	18
Características sociodemográficas.....	18
Características clínicas	19
Análisis factorial de la escala SWN.....	21
Correlaciones con otras escalas de medición	21
11. Discusión:.....	23
12. Referencias	26

1. Resumen.

Antecedentes

Actualmente la hipótesis de disfunción dopaminérgica juega un papel preponderante en la etiología de la esquizofrenia y ha sido sustentada con la introducción de los medicamentos antipsicóticos que actúan como antagonistas de los receptores de este neurotransmisor. Este antagonismo conlleva una mejoría en la sintomatología psicótica (alucinaciones e ideas delirantes) pero también es capaz de generar una gran cantidad de efectos adversos (como síntomas extra piramidales y anticolinérgicos), observándose que a largo plazo los pacientes bajo tratamiento pueden desarrollar una disminución en la sensación de bienestar subjetivo (interpretación mental de procesos cognitivos, afectivos y sensaciones corporales), a pesar de encontrarse libres de psicopatología y de otros efectos adversos cuantificados de manera objetiva.

Se han diseñado varias escalas para la medición del bienestar subjetivo de los pacientes bajo tratamiento antipsicótico, ya que este puede alterarse después de varios meses y en gran medida determina la actitud que tomará el paciente hacia la ingesta y apego a los fármacos. A la fecha no se ha consensado un “estándar de oro” para la medición del bienestar subjetivo. Sin embargo varios estudios han aplicado la “Escala De Bienestar Subjetivo Bajo Tratamiento Neuroléptico” (SWN) para su medición; contemplando en su construcción a 5 dimensiones teóricas, que a la fecha no han sido sometidas al escrutinio estadístico a través de un análisis de componentes principales para confirmar su validez.

Objetivo

Realizar un análisis factorial multidimensional (de Componentes principales) a la escala SWN en su versión corta, para la confirmación del constructo teórico del instrumento y su validez en población mexicana.

Material y Métodos

Para el análisis de los datos, se reclutó a un total de 102 pacientes extraídos de la Unidad de Neuropsiquiatría y de la Clínica de Esquizofrenia de la consulta externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Todos los sujetos dieron su consentimiento para la realización de los procedimientos. Durante la misma evaluación, a todos los participantes se les aplicó una serie de instrumentos clinimétricos: para el diagnóstico de esquizofrenia (MINI), severidad de los síntomas (escala PANSS), efectos adversos (UKU) y bienestar subjetivo (SWN). Posteriormente se realizó un análisis de componentes principales, utilizando una matriz rotada tipo Varimax, incluyendo todos los reactivos recabados en la SWN. También se realizaron pruebas de correlación (Spearman) para analizar la relación entre la SWN (bienestar subjetivo), PANSS (psicopatología) y UKU (efectos adversos), contribuyendo así con la validez divergente de la prueba.

Resultados

Al realizar el análisis, el modelo arrojó 5 componentes principales, que incluyendo a los diferentes reactivos de la escala, se obtuvo que la escala logró explicar el 61% de la varianza en el fenómeno “bienestar subjetivo”. Analizando los componentes de manera individual se pudo observar que los reactivos 5, 9, 11, 12, 14, 16 y 17 se agruparon en una misma dimensión, que puede catalogarse como el componente de “Funcionamiento mental”; los reactivos 8, 13, 18 y 20 se agruparon en la dimensión “Integración Social”; los reactivos 3, 6, 7 y 19 en la de “Autocontrol”: Los reactivos 1, 4 y 10 en “Regulación Emocional” y el reactivo 2 se colocó de forma aislada en la dimensión de “Funcionamiento Físico”. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la SWN y la UKU.

Las correlaciones encontradas entre las dimensiones de la SWN y la PANSS fueron las siguientes: “Funcionamiento Mental”, $r=-0.464$, $p<0.001$ para PANSS compuesta, $r=-0.410$, $p<0.001$ para PANSS general; “Integración Social”, $r=-0.316$, $p=0.001$ para PANSS compuesta y -0.223 , $p=0.02$ para PANSS general, “Regulación Emocional”, $r=-0.340$, $p<0.001$ para PANSS compuesta y -0.306 , $p=0.002$ para PANSS general, “Funcionamiento Físico”, $r=-0.203$, $p=0.04$ PANSS general. No se encontró relación estadísticamente significativa entre la dimensión de “Autocontrol” con ninguna subcategoría de la PANSS.

Conclusión

Los datos apoyan un modelo pentagonal, sin embargo agrupan a los reactivos de manera distinta a la propuesta original y pueden interpretarse de la siguiente manera:

1. Funcionamiento Mental: es la interpretación que el paciente realiza acerca de los procesos mentales y corporales que experimenta, la manera en que interpreta su flujo de pensamientos y afectos, y también la experiencia mental de sus sensaciones corporales.
2. Integración Social: se refiere a la interpretación subjetiva del ambiente, especialmente de las personas significativas que hay a su alrededor y como se relaciona con ellos para hacer de su ambiente un medio para desenvolverse.
3. Autocontrol: explica la capacidad del paciente para reconocer como propios sus procesos mentales, tanto cognitivos como afectivos, y el grado de control que tiene sobre ellos, al reconocerlos como propios es capaz de otorgarles la sensación volitiva de control.
4. Regulación Emocional: incluye procesos mentales que componen las emociones, específicamente la interpretación personal de los procesos afectivos en las diferentes situaciones, y como éstas interpretaciones llevan a generar un panorama respecto a su futuro.
5. Funcionamiento Físico: se refiere a la percepción que el paciente tiene acerca de su cuerpo, en el aspecto visual y en el aspecto funcional, engloba la experiencia subjetiva que el paciente tiene de sus funciones corporales.

La escala SWN en su versión corta cuenta con la validez estadística necesaria para explicar un porcentaje importante de la varianza del constructo “bienestar subjetivo”, asimismo las diferentes preguntas se agrupan estadísticamente en 5 dimensiones, siendo la primera de ellas (funcionamiento mental) la que contribuye más a la varianza total del instrumento. Esta escala no tiene una relación estadísticamente significativa con la escala de efectos adversos, apoyando su validez de manera divergente y tiene una correlación negativa escasa con las dimensiones de psicopatología general y compuesta de la PANSS ya que los fenómenos psicopatológicos que acompañan a la enfermedad, desde luego pueden mermar la interpretación subjetiva que el paciente tiene acerca de sus procesos mentales, y por ende disminuir la sensación de bienestar.

2. Antecedentes

Definiciones actuales de esquizofrenia y psicosis

Las alucinaciones y las ideas delirantes pueden aparecer en diferentes patologías psiquiátricas como depresión psicótica o manía delirante, en el contexto de un trastorno bipolar o por otro lado, en intoxicaciones por drogas estimulantes o alucinógenas, como efecto secundario de fármacos, en algunas enfermedades médicas (neurológicas, reumatológicas, etc.) y de manera muy característica en la esquizofrenia.

Se consideran trastornos psicóticos todos los trastornos mentales en los que existe pérdida de contacto con la realidad. El DSM IV (American Psychiatric Association, 2000) los define como la presencia de alucinaciones e ideas delirantes, con o sin la capacidad de introspección; alteración mental que interfiere de manera importante con la realización de las demandas cotidianas y afección importante en la prueba de la realidad. Menciona como criterios diagnósticos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos.

Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia

- A. *Síntomas característicos*: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):
- (1) ideas delirantes
 - (2) alucinaciones
 - (3) lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
 - (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
 - (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia
1. Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.
- B. *Disfunción social/laboral*: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).
- C. *Duración*: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).
- D. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo*: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.
- E. *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica*: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.
- F. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo*: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

El CIE-10 refiere como criterios generales en el diagnóstico de esquizofrenia: el eco, inserción, robo y difusión del pensamiento; ideas delirantes de control, influencia o pasividad; voces alucinatorias; otras ideas delirantes persistentes culturalmente inapropiadas e imposibles; alucinaciones persistentes; rotura o interpolación en el pensamiento; conducta catatónica; síntomas negativos no causados por depresión o medicación y cambio en la conducta global y consistente.

En cuanto a las manifestaciones clínicas ningún síntoma o signo clínico es patognomónico de esquizofrenia, los síntomas cambian con el tiempo y se debe tener en cuenta el nivel educativo del paciente, su capacidad intelectual y el sustrato cultural de origen.

En la historia pre mórbida los pacientes, en muchas ocasiones han tenido una personalidad esquizoide o esquizotípica y se caracterizan por ser reservados, pasivos e introvertidos. Los síntomas pueden iniciar como quejas somáticas como dolor de cabeza, dolores musculares y de espalda, debilidad, problemas digestivos etc. El paciente comienza a mostrar interés por ideas abstractas, filosofía, lo oculto o cuestiones religiosas.

Esta patología se caracteriza por una disrupción en la cognición y las emociones, afectando el lenguaje, pensamiento, percepción, afecto y percepción de uno mismo. Hoy en día los síntomas se dividen en positivos y negativos e incluyen alucinaciones, especialmente auditivas, de manera característica voces que comentan el comportamiento o los pensamientos, ideas delirantes de persecución, grandiosidad, religiosas o somáticas, neologismos, mutismo, la pérdida de asociaciones, deterioro de la atención, pobre contenido de pensamiento, poca capacidad de abstracción, problemas para relacionarse con la gente, aplanamiento afectivo, abulia, anhedonia, entre otros.

Históricamente, el término psicótico ha sido definido de varias formas distintas, ninguna de las cuales ha sido universalmente aceptada. La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría las alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto. Aún más amplia es la definición que incluye otros síntomas positivos de la esquizofrenia (p. ej., lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico) Los pacientes con psicosis buscan ayuda debido a experiencias preocupantes: creencias raras, percepciones alteradas y emociones estresantes. La enfermedad se define como ilusiones, alucinaciones, comportamiento desorganizado y dificultades cognitivas, tales como pérdida de memoria.

Los pacientes con psicosis buscan ayuda debido a experiencias preocupantes: creencias raras, percepciones alteradas y emociones estresantes. La enfermedad se define como ilusiones, alucinaciones, comportamiento desorganizado y dificultades cognitivas, tales como pérdida de memoria. Ocurre en aproximadamente el 1% de la población mundial y usualmente aparece en al inicio de la edad adulta.

Epidemiología

Cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes del mundo son psiquiátricas, entre ellas se encuentra la esquizofrenia. En México se calcula que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Actualmente debido a los problemas sociales mundiales como pobreza, violencia, adicciones y el incremento de la esperanza de vida se espera que el índice de enfermos mentales aumente. (Mora, Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001)

En México se estima que el 20% de los pacientes están severamente incapacitados por la enfermedad (Mora, Alucinaciones, delirio y paranoia, síntomas de esquizofrenia. S. d. Salud. Mexico., 2005) y que existen aproximadamente un millón de personas con esquizofrenia, con una prevalencia poblacional estimada del 1% (Mora, Alucinaciones, delirio y paranoia, síntomas de esquizofrenia, 2005)

La esquizofrenia tiene una prevalencia del 1% en la población general, afectando aproximadamente a 50 millones de personas en el mundo, de las cuales 90% se encuentran en países en vías de desarrollo como México (Mora, Alucinaciones, delirio y paranoia, síntomas de esquizofrenia. S. d. Salud. Mexico., 2005). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud más del 50% de los pacientes con esquizofrenia no reciben

tratamiento, lo que da lugar a costos directos e indirectos como pérdida de productividad por morbi-mortalidad prematura de los pacientes y cuidadores. En un estudio realizado en 5 países de Europa se reportó que los familiares pasan un promedio de 6 a 9 horas al día y 67 horas al mes cuidándolos (Magliano & Fiorillo, 1998). Por otro lado están los costos indirectos generados de la asociación de la esquizofrenia con las adicciones, la incidencia de actos criminales y el costo de mantener a los que cometen crímenes en prisión (Knapp & Mangalore, 2004). Más aun, los costos directos que genera la enfermedad como la hospitalización constante de los pacientes, múltiples tratamientos farmacológicos y cuidados especializados representan un gasto considerable para la familia y el sistema de salud de los países. En cuanto a la morbilidad y mortalidad asociada a la enfermedad se ha visto que los pacientes tienen 2.9 veces más riesgo de morir de causas naturales que la población general, principalmente por causas cardiovasculares. Esto secundario a diversos factores; entre ellos el sedentarismo, la asociación con adicciones y el uso de antipsicóticos que contribuyen al desarrollo de síndrome metabólico y diabetes mellitus (Lambert, Cock et al. 2003) (Lambert, 2003). En Estados Unidos el 2.5% del presupuesto en salud se gasta en esquizofrenia. Los costos indirectos han sido calculados en 50 mil millones de dólares anuales. Cerca de 75% de las personas con esquizofrenia son incapaces de trabajar y están desempleados. La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales con mayor costo para la sociedad; por ejemplo, para los Estados Unidos durante el 2002, se ha hecho un estimado económico de alrededor de \$62.7 mil millones de dólares total (Saraceno, 2002) .

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado a la esquizofrenia como un problema de salud pública, representando la octava causa de discapacidad en el mundo (Saraceno, 2002).

Fisiopatología de la esquizofrenia y psicosis

Existen varias teorías bioquímicas acerca de la etiología de la esquizofrenia. La teoría principal es la dopaminérgica, la cual postula que los síntomas se deben a un aumento en la neurotransmisión de esta sustancia (Kapur, 2003).

La dopamina es un neurotransmisor producido en áreas mesencefálicas específicas. Tiene una función prominente en los mecanismos y actividad cerebral involucrada en la anticipación. Se afirma que su liberación generalmente precede a la consumación del placer. Normalmente éste neurotransmisor se libera y da la característica atractiva o desagradable a cierto estímulo externo que resulta relevante y lo hace significativo para el individuo (Kapur, 2003).

La teoría dopaminérgica se ha compuesto de dos ideas distintas:

La primera se origina de la acción de los medicamentos antipsicóticos y la segunda basada en la psicosis. La basada en los medicamentos se origina de la observación de que los antipsicóticos aumentan el intercambio de monoaminas, específicamente dopamina, que anticipó el descubrimiento de su receptor D₂, mientras que la segunda se basa en la hiperactividad de la dopamina, que puede ser presináptica: un aumento de liberación de dopamina de las terminales nerviosas dopaminérgicas, o postsinápticas: un aumento de la densidad de receptores D₂ o un aumento en la actividad postsináptica (Kapur & Seeman, 2000)

Se postula que antes de experimentar un episodio psicótico existe una liberación exagerada y no modulada de dopamina independientemente de la relevancia del estímulo externo; esto da lugar a la percepción sobrevalorada de ciertos acontecimientos o ideas en los pacientes. Es probable que la persistencia de este

fenómeno sea la base para la construcción del “contexto delirante” de cada paciente y para la subsecuente construcción cognitiva aberrante secundaria a un intento de darle explicación a éstas experiencias, disminuyendo entonces la ansiedad que les provoca. Las alucinaciones, en este mismo concepto podrían ser representaciones de conceptos y memorias.

Por otro lado se ha observado que al bloquear la acción del neurotransmisor no se alivian todos los síntomas de la psicosis y aunque con tratamiento los síntomas positivos disminuyen, los niveles de receptores y metabolitos de dopamina antes y después de tratamiento, muchas veces se han encontrado en parámetros normales. Durante los episodios psicóticos agudos se ha visto que muchas personas con esquizofrenia tienen ocupados los receptores de dopamina en diferentes regiones de los núcleos de la base (Freedman, 2003).

Además de la dopamina se ha visto que existen otros neurotransmisores que participan en la fisiopatología de la enfermedad, tales como el glutamato, GABA y la serotonina. Freedman (2003) sugiere que las interneuronas inhibitorias se ven particularmente afectadas en la esquizofrenia, pues existe una reducción en su número, expresión enzimática, secreción de GABA, colecistocinina y somatostatina. Las interneuronas en la corteza cerebral regulan la liberación de glutamato y la excitación de las neuronas piramidales, por medio de receptores pre sinápticos GABA-inhibitorios. Una respuesta excesiva de las neuronas piramidales puede dar lugar a un episodio de psicosis.

Factores de riesgo

A lo largo de la vida la prevalencia oscila entre 0.6 y 1.9%, siendo la misma en hombres que en mujeres, pero difiriendo en el inicio y curso de la enfermedad. La edad de inicio es más temprana en hombres (15 a 25 años) que en mujeres (25 a 35 años).

En la actualidad se desconoce la causa de la esquizofrenia. Sin embargo, se ha propuesto como una enfermedad de origen multifactorial, resultado de la combinación de cierta susceptibilidad genética y diversos factores ambientales (Kirkbride & Fearon, 2006) (Owen, 2007).

Desde el punto de vista genético se ha tratado de relacionar loci específicos con la patología; en sus pruebas Lewis et al (Lewis, 2003) encontraron una región del cromosoma 2 fuertemente asociada. Sin embargo, se han encontrado más de 3000 genes implicados. Con historia familiar presente se ha encontrado un riesgo con una razón de momios (OR) de 10. En general los estudios son inconsistentes y no se ha visto relación con alguna región genómica en más de 4 de 27 muestras. En cuanto a los factores ambientales se ha identificado que la presencia de algunos aumenta el riesgo de presentar la enfermedad: daño obstétrico del sistema nervioso central (OR 7), depresión en el embarazo (OR 6.2), infección prenatal por rubéola (OR 5.3), hipoxia neonatal (OR 3), incompatibilidad de Rh (OR 2.8), preeclampsia (OR 2.6), nacimiento en ciudad (OR 1.6) y en invierno (OR 1.2) (Sullivan, 2005).

Experiencia subjetiva con antipsicóticos

El beneficio de los neurolépticos en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos esta objetivamente más allá de cualquier duda. Sin embargo la mayoría de los pacientes descontinúan su tratamiento en unos

cuantos meses, este apego tan bajo puede estar causado por la falta de insight hacia la enfermedad. Así también se han observado como causa del poco apego los efectos extrapiramidales, y más importante aún, síntomas que afectan la cognición y la emoción. Los pacientes continuamente se quejan de restricciones en la emoción, en el pensamiento en línea recta y en la espontaneidad. (Naber, 1995)

Algunos pacientes con esquizofrenia han reportado que experimentan sensaciones subjetivas de cambio posterior a tomar solo unas dosis de neurolépticos, de forma frecuente se quejan vagamente de no sentirse como ellos mismos o de alguna manera limitados en términos de actividad: se sienten apáticos, momificados, así como incapaces de pensar en línea recta o sentirse como “zombis” (Hogan & Awad, 1983).

Dentro de las reacciones reportadas después de una sola toma de haloperidol se reportan enlentecimiento en el pensamiento, intranquilidad interior profunda, parálisis de la voluntad, ausencia de energía psíquica y una sensación subjetiva de ansiedad severa (Belmaker & Wald, 1977)

Se ha observado que la interpretación subjetiva de los cambios fisiológicos que acompañan al estado medicado pueden influenciar el desenlace de la terapia farmacológica: apego. El apego terapéutico se ha intentado definir de varias maneras pero es una variable que no es constante entre los artículos y revisiones, lo que dificulta su evaluación y definición.

Este malestar cognitivo y emocional derivado del tratamiento continuo con neurolépticos ha recibido diversas nomenclaturas: “agotamiento postremisión”, “depresión farmacógena”, “depresión acinética”, “disforia por neurolépticos”, “depresión neuroléptica”, “anhedonia inducida por neurolépticos” y “síndrome deficitario inducido por neurolépticos”. Se ha intentado de diversas formas medir los diferentes matices de estas respuestas, ya que hay evidencia de que cuando la experiencia subjetiva es desfavorable el pronóstico claramente empeora. (Barberá, 2006)

Este proceso de experiencias subjetivas se expone en forma de pasos sucesivos: fármaco, nivel plasmático, efecto en receptor celular, repercusión orgánica, interpretación subjetiva del efecto farmacológico y respuesta conductual y psicológica; la interpretación del paciente sobre el efecto farmacológico es lo que a través del tiempo se ha denominado como actitud del paciente frente al tratamiento. Aunado a la experiencia subjetiva con el uso de fármacos, las repercusiones cognitivas y emocionales de los neurolépticos suponen una razón de peso para el rechazo de la ingesta de los mismos.

Los primeros intentos para medirla se dirigen a la captación de disforia, separada del síndrome depresivo y de la clínica afectiva existente, y se ha observado que esta disforia no está relacionada únicamente con los efectos extrapiramidales o con especificaciones farmacocinéticas de los neurolépticos.

ESCALAS DE EVALUACIÓN DE EXPERIENCIA SUBJETIVA CON ANTIPSICÓTICOS

NDS

Neuroleptic Dysphoria Scale (Putten, 1978); es una entrevista semi-estructurada para valorar la respuesta del paciente a cuatro preguntas generales: “¿cómo te encuentras con la medicación?, ¿te afecta en el pensamiento?, ¿te hace sentir más calmado?, ¿piensas que es una buena medicación para ti?”. El entrevistador debe profundizar en la respuesta para traducirla en una escala tipo Likert: desde +11: máxima sensación positiva, a -11: máxima sensación negativa; lo que derivaba a un margen de respuesta de -44: disforia máxima a +44: euforia máxima.

Se realizaron mediciones al inicio de tratamiento a base de clorpromacina, encontrando que 60% de sus pacientes presentaron una respuesta calificada de eufórica y 40% una respuesta disfórica. No encontraron una relación entre el grado de disforia y la psicopatología previa al tratamiento o duración de enfermedad, asimismo no se encontró una relación entre el grado de disforia y la dosis de medicamento. Se sugirió que una respuesta disfórica inicial era un predictor potente del resultado inmediato del tratamiento y que los efectos subjetivos asociados a la administración de antipsicóticos podrían predecir el cumplimiento a largo plazo. La ventaja es que se puede aplicar en fases agudas de la enfermedad y que brinda una respuesta con una gradación amplia. Como desventajas necesita de entrenamiento del entrevistador y no permite una buena discriminación de la complejidad del fenómeno subjetivo. Se trata de una buena medición de subjetividad global en fase aguda

DRI

Dysphoric Response Index (Singh, 1976); estos autores coinciden en que la instauración temprana de disforia en el tratamiento neuroléptico augura un pobre resultado terapéutico y un pronóstico desfavorable. Estudiaron pacientes a los que se les aplicó de forma secuencial placebo, haloperidol o clorpromacina y anti parkinsonianos, se les efectuó una entrevista semi-estructurada de valoración psicopatológica resaltando 6 factores de la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) como reflejo del estado disfórico: depresión, ansiedad, ideas de culpa e inutilidad, suspicacia/ideación de tipo persecutorio, hostilidad e ideación/actuación suicida. A cada factor se le concedió un peso y la suma global fue denominada índice de respuesta disfórica; la puntuación de 12 o mas se consideraron como disfóricos y los de calificación menor como no disfóricos. No se encontró relación entre dicha respuesta y el nivel basal de disforia, se observó que los pacientes calificados como disfóricos comenzaban el tratamiento con menor grado de malestar basal que el resto, tampoco se apreció asociación directa entre disforia y síntomas extrapiramirales. Esta debe de ser aplicada a pacientes con esquizofrenia de tipo no paranoide exclusivamente.

DAI-30 y 10

Drug Attitude Inventory (Hogan & Awad, 1983); escala autoaplicada diseñada para medir las sensaciones subjetivas de los pacientes esquizofrénicos con la medicación, redactada con la finalidad de conocer la forma en que el paciente se sentía con los neurolépticos más que los conocimientos o creencias que tenía al respecto

Las opciones son únicamente verdadero o falso mientras que los temas pueden dividirse en siete categorías: experiencia subjetiva positiva, experiencia subjetiva negativa, modelos de salud desde la perspectiva del paciente, vivencia de control del cumplimiento, efecto preventivo de una recaída y efectos tóxicos potenciales derivados del tratamiento. Esta escala se aplico a pacientes esquizofrénicos con cumplimiento de tratamiento.

Concluyeron que frecuentemente no es posible discernir si los pacientes responden, refiriéndose a la respuesta subjetiva actual o a la recordada de experiencias previas. Conciben que una respuesta disfórica inicial es un importante favorecedor del incumplimiento, siendo dicha experiencia resistente a actividades educacionales. Como ventajas se trata de una escala autoaplicada. Dentro de sus desventajas permite solo una respuesta dicotómica. Es específica en relación con las actitudes del sujeto hacia los antipsicóticos y sirve para medir diferencias en respuestas subjetivas entre tratamientos.

PETiT

Personal Evaluation of Transitions in Treatment (Voruganti & Awad, 2002). Escala autoaplicada con 30 ítems basados en comentarios de pacientes en primera persona. Los autores conciben la respuesta subje-

tiva con el neuroléptico como un vínculo que conecta el tratamiento antipsicótico y aspectos como adherencia terapéutica, calidad de vida y uso de recursos psicosociales. Esta escala se diseñó para controlar los cambios percibidos por los pacientes en tratamiento neuroléptico de forma longitudinal y acercarse a los aspectos influyentes en la evolución clínica. Ventajas: fácil administración. Se propone para visitas ambulatorias

ROMI

Rating of Medication Influences (Weiden & Mott, 1994); es una entrevista semiestructurada que se centra en las consecuencias del cumplimiento del tratamiento, que correlaciona de forma positiva con NDS y DAI. Se compone de elementos enfocados a motivos de cumplimiento e incumplimiento desde la perspectiva del paciente: se obtienen 20 motivos por los que los pacientes optan por cumplir o suspender el tratamiento. Requiere de un personal adiestrado en el trato de pacientes esquizofrénicos ambulatorios, no es aplicable en fases agudas ni por examinadores no entrenados.

MARS

Medication Adherence Rating Scale (Thompson & Kulkarni, 2000). Consta de 10 preguntas de respuesta si/no que de acuerdo a los autores, abordan la complejidad que caracteriza el cumplimiento del tratamiento neuroléptico, incluyendo la experiencia subjetiva. Es autoaplicada y según los creadores con mayor validez interna que la DAI, es fácil y de rápida administración, así como aplicable en cualquier contexto clínico. Como deficiencia no contempla la relación existente entre el cumplimiento y la severidad sintomática así como efectos secundarios farmacológicos.

ANT

Attitudes Towards Neuroleptic Treatment (Kampman & Lehtinen, 2000); El autor se basa en los problemas de incumplimiento del tratamiento neuroléptico inherentes a los pacientes afectados de síntomas psicóticos como introspección, estigma y disfunción cognitiva, entre otros, basándose en preguntas de respuesta dicotómica. Con este método se sondan las actitudes hacia el tratamiento, aplicable antes de que éste haya afectado la experiencia subjetiva. Con esto se obtiene una graduación cuantitativa de actitudes generales, experiencia subjetiva e introspección. Como ventajas destaca el acercamiento hacia la postura de no cumplir o las expectativas de esta conducta, es rápida y fácil de utilizar.

SWN

Subjective Well-being under Neuroleptic Treatment (Naber, 1995); Evalúa el bienestar subjetivo con la medicación, sin profundizar en efectos adversos o síntomas de enfermedad. Tiene muy poca relación con los síntomas negativos evaluados en la PANSS y una relación modesta con las escalas de depresión y calidad de vida. Se compone de afirmaciones en 1ª persona, positivas y negativas en un formato likert con 6 categorías graduales. Se aplica en 15 a 20 minutos. Se analizaron 5 categorías o dominios: *regulación emocional, autocontrol, funcionamiento mental, integración social y funcionamiento físico*. Se encontró una escasa correlación entre mejoría psicopatológica y bienestar subjetivo. Tiene como ventajas ser fácil y rápidamente aplicable, y es posible aplicarla en cualquier estadio de la enfermedad. Como desventaja se observa que la formulación de los ítems no permite una buena discriminación entre los efectos subjetivos atribuibles al tratamiento y a la enfermedad u otras causas. Cuenta con una versión corta compuesta por 20 ítems, 4 por cada sub-escala, manteniendo una consistencia interna suficiente y buena validez de constructo.

Características de la escala:

- Los pacientes contestan las preguntas basándose en los síntomas percibidos y el nivel de funcionamiento en los 7 días previos.
- Esta escala proporciona una puntuación total y puntuaciones para cada una de las 5 subescalas. A la hora de corregir es necesario invertir la puntuación de los siguientes ítems: 1, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17 (es decir, en estos ítems si el paciente marcó 5, la puntuación que hay que sumar es 2, si marcó 6 será 1 y así respectivamente)
- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en los 20 ítems, no existe punto de corte establecidos, a mayor puntuación, mayor bienestar subjetivo.
- Las puntuaciones en las 5 subescalas se obtienen sumando las puntuaciones en los ítems que las componen, igualmente, a mayor puntuación mayor bienestar subjetivo en esa área

Tabla 1. Sub-escalas e ítems que componen la SWN				
SUB-ESCALAS:	ÍTEMES			
Funcionamiento mental	3	7	11	17
Autocontrol	15	19	1	12
Regulación emocional	18	20	4	10
Funcionamiento físico	2	5	9	16
Integración social	8	13	6	14

Si tomamos en cuenta que existe una escasa relación entre psicopatología y bienestar subjetivo, un tratamiento ideal debería incluir la reducción de los síntomas psicóticos y la contribución al disfrute de la vida con calidad en la misma.

Dentro de las definiciones que se utilizan en las escalas para medir la subjetividad percibida bajo tratamiento antipsicótico se encuentran los términos disforia a neurolépticos y experiencia subjetiva. Al hablar de disforia a neurolépticos nos referimos a un síntoma que aparece dentro de los primeros días de instalación del medicamento, generalmente presentado después de las primeras dosis y se asocia a el grado de bloqueo de los receptores D2 a nivel límbico (Van Putten, 1981). Se ha observado mediante SPECT que el nivel ideal de ocupación de receptores D2 para provocar el grado máximo de experiencia subjetiva es del 60 al 70% (De Haan & Van Bruggen, 2003). La importancia de dicha sintomatología reside en sus repercusiones clínicas: rechazo al tratamiento por intolerancia inmediata. Se proponen como escalas mas adecuadas para su medición la NDS y la DRI ya que son escalas diseñadas para medir la experiencia desagradable vivida los momentos posteriores inmediatos a la ingesta del medicamento. La experiencia subjetiva se ha definido como una vivencia compleja a mediano y largo plazo, y son las explicaciones que elabora el paciente sobre el efecto de la medicación, se forma de manera consciente e inconsciente con el uso crónico de los medicamentos y resulta de una mezcla entre la disforia inicial asociada a la personalidad, grado de introspección, percepción de la eficacia de la medicación, efectos secundarios a medio plazo y el entorno familiar y cultural. Debido a lo anterior se trata de un constructo mucho más complejo que la disforia a neurolépticos y que guarda una relación directa con el apego al tratamiento (Barberá, 2006). Se toman en cuenta como escalas adecuadas para su medición la DAI, ROMI, MARS, ANT Y SWN, siendo esta última la que ha sido más utilizada para medir dicho fenómeno clínico y la que ha demostrado mayor relación con el bloqueo de receptores D2 en el sistema estriatal y extra estriatal.

Lo anterior observado por un estudio en el que se incluyeron hombres y mujeres con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno esquizoafectivo en tratamiento con olanzapina y

risperidona, midiendo la ocupación de receptores D2 en regiones estriatales y extraestriatales y su relación con la escala SWN. Encontraron una ocupación de 50 a 91% de receptores D2 en las regiones estriatales y de 4-95% en las regiones extraestriatales, así como una asociación significativa entre la SWN y la ocupación estriatal ($r=-0.66$ $p=0.01$) y en regiones temporales ($r=-0.76$ $p=0.003$) pero no con ocupación en región frontal o talámica. Dentro de las subescalas registradas en la SWN los resultados obtenidos demostraron una asociación significativa ($F= 12.75$ $df=2,2$ $p=0.005$) entre bloqueo en región estriatal y función mental ($B=-0.74$, $t=-3.57$. $p=0.005$), mientras que la relación no demostró significancia estadística entre bloqueo estriatal y autocontrol ($B=-0.05$, $t=-0.20$. $p=0.84$), regulación emocional ($B=-0.11$, $t=-0.76$ $p=0.72$), función física ($B=-0.10$, $t=-0.22$ $p=0.82$), integración social ($B=-0.15$, $t=-0.50$ $p=0.72$). se observó una asociación importante entre SWN total y unión a regiones estriatales ($r=0.63$ $p=$ menos 0.03) y unión a regiones temporales ($r=0.63$ $p=0.02$); se observó que la unión a estriado y la puntuación en la SWUN existe una correlación positiva y significativa ($r=0.78$ $p=0.004$), así como en la región ventral ($r=0.77$ $p=0.005$), en la corteza insular ($r=0.75$ $p=0.007$) (mostrando como constante en esta región que una mayor ocupación implica mayor calificación en SWUN), corteza prefrontal dorsolateral derecha ($r=0.80$ $p=0.03$) y polo temporal izquierdo ($r=0.77$ $p=0.005$). Concluyendo que existe una asociación negativa entre experiencia subjetiva y ocupación D2 en estriado (dorsal y ventral), Ínsula, lóbulo temporal.

Con lo anterior podemos observar que aunque se trata de una característica inherente e importante que comparten todos los antipsicóticos, no existe aún una escala estándar para medir esta reacción. Se han desarrollado varios instrumentos con la finalidad de obtener una medida exacta de la experiencia subjetiva de una persona bajo tratamiento antipsicótico pero aún no existe un “estándar de oro” que permita esta medición.

Dentro de las escalas que hemos revisado encontramos la SWN como la más útil, ya que mide esta experiencia de una forma dimensional y de acorde con las nuevas propuestas para la clasificación de enfermedades del siguiente manual estadístico de enfermedades DSM V, agrupando las sensaciones del paciente en 5 rubros: *regulación emocional, autocontrol, funcionamiento mental, integración social y funcionamiento físico*.

Para evaluar la validez discriminativa y convergente de la versión corta de la escala, en su versión original en inglés, se analizó la relación entre psicopatología objetiva de la PANSS, el puntaje de la escala UKU de síntomas adversos y una escala inespecífica, autoaplicable, acerca del bienestar general. Para la validación de la versión en español de esta escala utilizaremos la escala de síntomas secundarios UKU, ya que se trata de una escala comprensiva de los efectos secundarios que cuenta con elementos bien definidos y medidas de forma ascendente. Utiliza objetivos de experiencia somática, definiciones operacionales de síntomas y evento, y definiciones operacionales de la relación entre efectos secundarios y el medicamento en cuestión, tomando en cuenta la acción realizada derivada de este evento. Comprende 3 partes: escala de síntomas únicamente (48 elementos), una valoración global de la influencia que tienen los efectos secundarios en su funcionalidad diaria (realizada por si mismo y por el médico); la tercera parte es una declaración acerca de las acciones tomadas derivadas de la presencia de los efectos adversos. Cada elemento se mide en una escala de severidad donde 0 significa que no lo presenta o se encuentra de forma dudosa, 1 presente en una forma leve, 2 presente en un rango moderado, 3 presente en una forma severa.

Traducción al español de la escala y estudio piloto

Se utilizará la versión de la escala SWN (versión corta) traducida y validada al español por Julio Sanjuan (Sanjúan, Haro, Mauriño, Díez, & Ballesteros, 2012). Realizaron un estudio transversal en dos fases (la

primera, adaptación cultural, y la segunda, validación psicométrica) en el que incluyó a 97 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de esquizofrenia, que se encontraban en tratamiento antipsicótico. Se valoraron la factibilidad, fiabilidad y validez de la escala, encontrando que la traducción de la versión corta de la SWN contaba con buena aceptabilidad. La validación de la escala mostró un coeficiente α de Cronbach de la puntuación total de la escala de 0,86. La fiabilidad test-retest fue de 0,88 (intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 0,84 y 0,93). Con dicho análisis, demostró que la SWN-K traducida discriminó entre los niveles de gravedad de la ICG-G ($p < 0,01$ ANOVA unilateral) y se observó una tendencia lineal ($p < 0,001$).

Análisis factorial (análisis de contenido)

Se consideró adecuado incluir 100 pacientes en esta fase (Vallejo, 2011) dada la recomendación para el cálculo del tamaño de muestra para estudios factoriales, en donde se considera indispensable incluir a 5 sujetos como mínimo, por cada ítem que componga a la escala (Streiner, 1994). De manera adicional se realizará una validación convergente con una escala validada en español para la medición de efectos adversos, UKU. El instrumento fue aplicado por dos clínicos expertos y se incluyeron pacientes que recibían atención psiquiátrica por consulta externa u hospitalización y que cumplieron criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme, que estuvieran bajo tratamiento con neurolepticos. El diagnóstico fue confirmado por una entrevista psiquiátrica estructurada (MINI).

3. Planteamiento del problema.

Esta escala aunque se ha utilizado de forma amplia para valorar el bienestar subjetivo y su consecuencia en el apego a tratamiento, no ha sido sometida al escrutinio de un análisis factorial para demostrar la validez de constructo de la misma. De la misma forma no se han generado modelos factoriales de la versión corta de esta escala que sean confiables para la medición del bienestar subjetivo de los pacientes.

4. Hipótesis.

La puntuación obtenida en la “escala de bienestar subjetivo bajo tratamiento neuroleptico” presentará una medición objetiva adecuada de la subjetividad experimentada por los pacientes sometidos a tratamiento antipsicótico.

Los ítems contenidos en la “escala de bienestar subjetivo bajo tratamiento neuroleptico” se agruparán estadísticamente en 5 factores correspondiendo a las 5 dimensiones propuestas por su autor original.

5. Objetivos.

Generales:

Realizar un análisis factorial multidimensional de la “escala de bienestar subjetivo bajo tratamiento neuroleptico” en pacientes mexicanos

Específicos:

Realizar un análisis factorial multidimensional de la “escala de bienestar subjetivo bajo tratamiento neuroleptico” en pacientes mexicanos con esquizofrenia, bajo tratamiento antipsicótico, del INNN.

6. Justificación.

Consideramos que este trabajo es necesario ya que a la fecha esta escala no ha sido sometida a un escrutinio estadístico multifactorial que le de validez de constructo.

Medir el bienestar subjetivo es necesario ya que su detrimento es una característica inherente al tratamiento antipsicótico e influye de manera crucial en el apego al medicamento en una enfermedad crónica con tratamiento a muy largo plazo.

Dicha subjetividad ha correlacionado de forma importante con el bloqueo de receptores para dopamina en estructuras específicas del SNC y esto puede dar pie a investigaciones en la industria farmacéutica para la fabricación de nuevos medicamentos que mejoren el apego al tratamiento modificando el mecanismo de acción de dichas sustancias.

7. Metodología.

Diseño del estudio:

Se trató de un estudio observacional, transversal y analítico.

Población y muestra:

Se reclutaron un total de 102 pacientes, extraídos de la Unidad de Neuropsiquiatría o de la Clínica de Esquizofrenia de la consulta externa de Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Todos los sujetos dieron su consentimiento de forma verbal ya que solamente requería de una entrevista clínica, no se realizaron otras intervenciones en los pacientes; el estudio y los procedimientos de reclutamiento fueron aprobados por el Comité de Ética del Instituto.

Criterios de inclusión:

- Pacientes ambos sexos entre 15 y 65 años,
- Cumplieran con los criterios del DSM-IV-TR para un trastorno psicótico (esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme). Los pacientes fueron evaluados con la aplicación de la entrevista MINI (Sheehan & Lecrubier, 1998).
- Tratamiento con antipsicóticos

Criterios de exclusión:

- Pacientes incapaces de cooperar totalmente en la aplicación del Instrumento.
- Tratamiento con moduladores del estado de ánimo
- Dependencia a alcohol u otras sustancias (excepto cafeína y nicotina)
- Enfermedad sistémica severa o descontrolada :
 - 1) Diagnóstico de enfermedad neurológica
 - 2) Falla hepática o renal
 - 3) Enfermedades neoplásica, cardiovasculares o pulmonares.
 - 4) Diabetes 1 o 2 descontrolada
 - 5) Hipotiroidismo o hipertiroidismo descontrolados
 - 6) Hipertensión arterial sistémica descontrolada etc

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se les aplicó una serie de instrumentos clinimétricos: para el diagnóstico de esquizofrenia (MINI), severidad de los síntomas (escala PANSS), efectos adversos (UKU) y bienestar subjetivo (SWN). Posteriormente se realizó un análisis de componentes principales, utilizando una matriz rotada tipo Varimax, incluyendo todos los reactivos recabados en la SWN. También se realizaron pruebas de correlación (Spearman) para analizar la relación entre la SWN (bienestar subjetivo), PANSS (psicopatología) y UKU (efectos adversos), contribuyendo así con la validez divergente de la prueba.

8. Aspectos éticos y de bioseguridad

Consideraciones éticas

En todos los casos se firmó una carta de Consentimiento Informado por el paciente y el familiar responsable. La aplicación de todas las evaluaciones clínicas siguió los estándares internacionales de manejo y estuvieron en concordancia con las Guías de Manejos Clínicos para pacientes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN). No existe conflicto con lineamientos internacionales bioéticos, por ejemplo la Declaración de Helsinki en su última versión (Edimburgo 2000). El protocolo fue revisado y aprobado por los comités de Investigación Clínica y bioética del INNN9. Aspectos financieros

Los costos serán financiados por el departamento de psiquiatría experimental, incluyendo impresiones de la escala SWN y PANSS

10. Resultados

Características sociodemográficas

En la Tabla 2 se muestran de forma resumida las características sociodemográficas de la muestra. Se entrevistaron un total de 102 pacientes en la consulta externa y en el departamento de Neuropsiquiatría del INNN, de los cuales 73 personas (72%) fueron hombres, presentando una edad entre 15 y 67 años, con una media de 35.3 años de edad. La escolaridad promedio de los pacientes fue de 11.4 ± 3.7 años (rango 0-20 años) equivalente al segundo año de bachillerato, aunque cabe destacar que un porcentaje importante de la muestra (44.1%) habían estudiado más de 12 años. Un mayor porcentaje de pacientes se encontraba desempeñando un empleo de medio tiempo (31.4%), seguidos por aquellos que se encontraban desempleados (30.4%), los que contaban con un empleo de tiempo completo, remunerado (17.6%), aquellos dedicados a tareas del hogar (10.8%), o al estudio (8.8%). La mayoría de los pacientes (93%) se encontraban sin pareja sentimental durante la realización del estudio, de la misma forma la mayoría (90.2%) habitaban con su familia de origen, (8.8%) habitaban con familia propia y solo 1 paciente (1%) vivía solo.

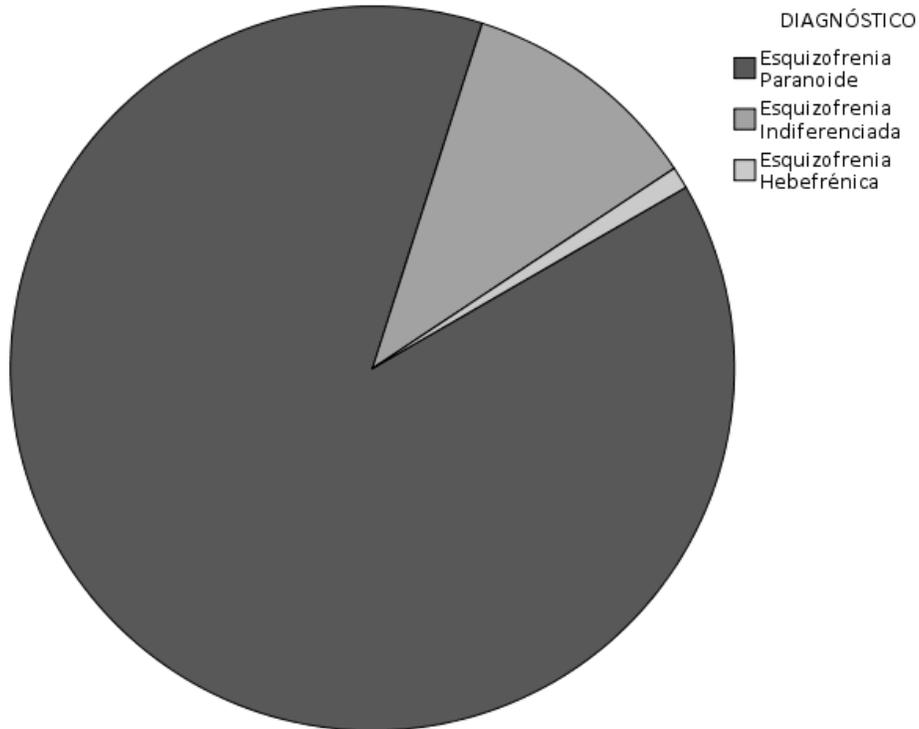
Tabla 2. Características de los sujetos con esquizofrenia bajo tratamiento con antipsicóticos

Variable	Sujetos (n= 102)
Edad, media (rango)	35.3 (15-67)
Sexo masculino, n=73 (%)	72%
Escolaridad, media (rango)	11.4 (0-20)
Estado clínico, frecuencia (%)	
Descompensación psicótica, paciente hospitalizado	9 (8.8)
Estable, consulta externa	93 (91.2)
Diagnóstico (%)	
Esquizofrenia paranoide	90 (88,2)
Esquizofrenia indiferenciada	11 (10.8)
Esquizofrenia hebefrénica	1(1)
Severidad clínica, rango (media)	
PANSS positiva	7-27 (14.1)
PANSS negativa	7-38 (21.9)
PANSS general	37-98 (66.6)
PANSS compuesta	18-54 (31.2)

Características clínicas

De la muestra analizada se puede observar que el 88.2% (90) de los pacientes contaron con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, 10.8% (11 pacientes) con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada y 1% (a paciente) con diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica. El 91.2% de los pacientes (93 sujetos) se encontraban clínicamente estables y fueron vistos por la consulta externa, mientras que 8.8% de los pacientes (9 sujetos) se encontraban hospitalizados debido a una descompensación psicótica.

Gráfica 1. Distribución diagnóstica



La Tabla 3 resume los tratamientos administrados a los pacientes en este estudio. 29 pacientes (28.4%) se encontraban bajo tratamiento con antipsicóticos orales de primera generación, mientras que 64 pacientes (62.7%) se encontraban bajo tratamiento oral con antipsicóticos de segunda generación. 5 pacientes (4.9%) se encontraban bajo tratamiento con antipsicótico de primera generación en la presentación de depósito, mientras que una proporción pequeña de la muestra se encontraba bajo tratamiento con más de un antipsicótico: 2 pacientes (2%) se encontraba bajo tratamiento con antipsicótico de primera generación vía oral más un antipsicótico de primera generación de depósito; asimismo 2 pacientes (2%) se encontraban bajo tratamiento con medicamento oral de segunda generación aunado a un fármaco de depósito de primera generación.

Tabla 3. Tipo de tratamiento neuroléptico

Tratamiento	Pacientes	Porcentaje
Oral primera generación	29	28,4
Oral segunda generación	64	62,7
Depósito primera generación	5	4,9
Oral primera generación + Depósito primera generación	2	2,0
Oral segunda generación + Depósito primera generación	2	2,0

Análisis factorial de la escala SWN

Al realizar el análisis a 5 factores de los diferentes ítems que componen a la escala se obtuvo una covarianza total de 61.232. Al realizar el análisis factorial entre los ítems de la SWN se observó que todas las preguntas presentaron una varianza mayor a 0.3 (0.414 – 0.777). Es posible observar que los ítems 5, 9, 11, 12, 14, 16 y 17 presentaron unas cifras de varianza mayores (0.581, 0.551, 0.586, 0.560, 0.596, 0.688, 0.616 respectivamente) agrupándose dentro del rubro “Funcionamiento mental”. Los ítems 8, 13, 18 y 20 presentaron la mayor varianza de forma conjunta (0.714, 0.775, 0.759, 0.474 respectivamente), agrupándose dentro de la categoría “integración social”. Los ítems 3, 6, 7 y 19 presentaron el mayor índice de varianza de forma asociada (0.571, 0.658, 0.414, 0.507 respectivamente) y dentro de la dimensión específica de “Autocontrol”. Los ítems 1, 4 y 10 se agruparon de manera estadísticamente significativa (0.519, 0.728, 0.686 respectivamente) debajo de la categoría “Regulación Emocional”. Por último el ítem 2 se colocó de forma aislada (varianza de 0.777) en la dimensión de funcionamiento físico.

Tabla 4. Matriz de componentes rotados SWN

	COMPONENTES				
	Funcionamiento Mental	Integración Social	Autocontrol	Regulación Emocional	Funcionamiento Físico
ITEM 16	0,688				
ITEM 17	0,616				
ITEM 14	0,595				
ITEM 11	0,586				
ITEM 5	0,581				
ITEM 12	0,560				
ITEM 9	0,551				
ITEM 13		0,775			
ITEM 18		0,759			
ITEM 8		0,714			
ITEM 20		0,474			
ITEM 15			0,700		
ITEM 6			0,658		
ITEM 3			0,571		
ITEM 19			0,507		
ITEM 7			0,414		
ITEM 4				0,728	
ITEM 10				0,686	
ITEM 1				0,519	
ITEM 2					0,777
Varianza	15.8	12.9	12.55	12.13	7.84
Varianza Total	61.232				

Análisis de componentes principales, método de rotación Varimax.

Correlaciones con otras escalas de medición

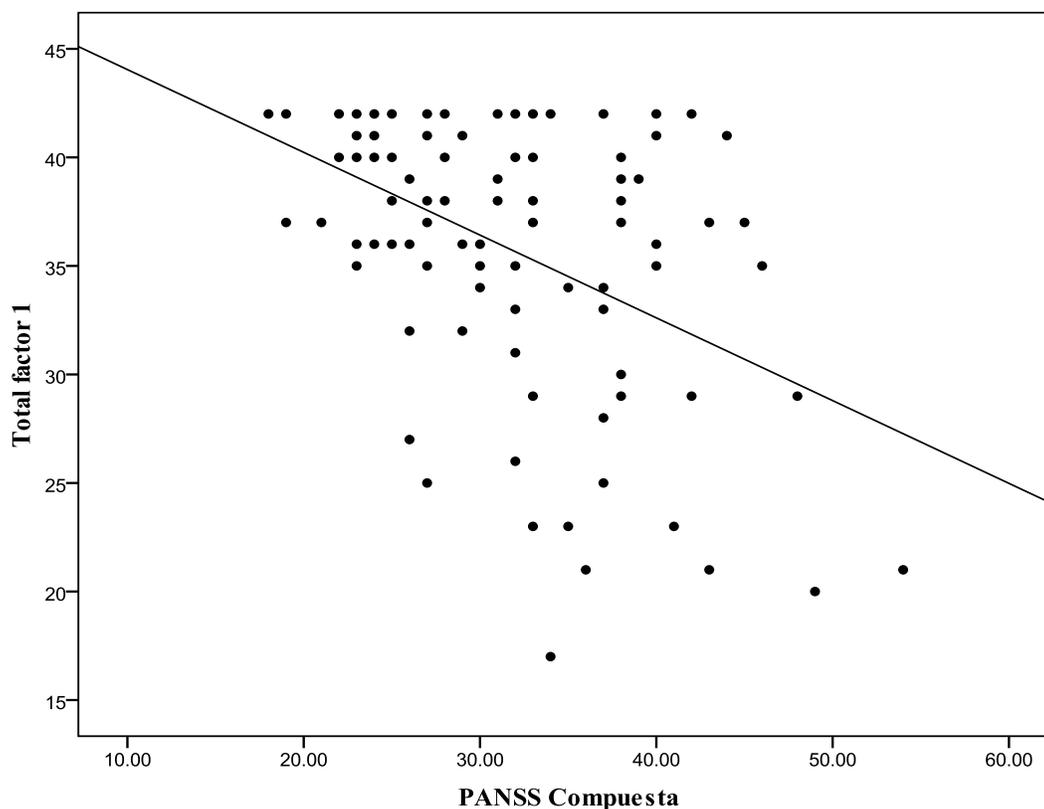
Se realizaron correlaciones de Spearman entre las puntuaciones totales obtenidas en las diferentes escalas aplicadas a los pacientes (SWN, UKU, PANSS), debido a que no existe un estándar de oro para la validación del bienestar subjetivo. Al analizar las correlaciones entre la SWN y la UKU no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas.

Tabla 5. Correlaciones entre factores de la SWN y subescalas de la PANSS

		PANSS COMPUESTA	PANSS GENERAL
Funcionamiento Mental	Ro de Spearman	-0.464 p<0.001	-0.410 p<0.001
Integración Social	Ro de Spearman	-0.316 p=0.001	-0.223 p=0.02
Autocontrol	Ro de Spearman	-0.071 p=0.5	-0.043 p=0.7
Regulación Emocional	Ro de Spearman	-0.340 p<0.001	-0.306 p=0.002
Funcionamiento Físico	Ro de Spearman	-0.190 p=0.06	-0.203 p=0.04

Sin embargo al analizar la correlación encontrada entre los ítems individuales de la SWN y las puntuaciones totales de las subescalas de la PANSS (sintomatología positiva, sintomatología negativa, psicopatología compuesta y psicopatología general) encontramos que el ítem 11 de la SWN presenta una correlación de -0.367, $p<0.001$ con la PANSS compuesta, y de -0.328, $p=0.001$ con la PANSS general, el ítem 16 de la SWN presenta una correlación de -0.303, $p=0.002$ con la PANSS compuesta, y de -0.286, $p=0.004$ con la PANSS general, el ítem 17 de la SWN presenta una correlación -0.263, $p=0.008$ con la PANSS compuesta, y de -0.233, $p=0.02$ con la PANSS general, el ítem 9 de la SWN presenta una correlación -0.447, $p<0.001$ con la PANSS compuesta, y de -0.388, $p<0.001$ con la PANSS general, el ítem 12 de la SWN presenta una correlación -0.273, $p=0.006$ con la PANSS compuesta, y de -0.252, $p=0.01$ con la PANSS general, el ítem 20 de la SWN presenta una correlación -0.334, $p=0.001$ con la PANSS compuesta, y de -0.202, $p=0.04$ con la PANSS general, el ítem 8 de la SWN presenta una correlación -0.290, $p=0.003$ con la PANSS compuesta, y de -0.253, $p=0.01$ con la PANSS general, el ítem 1 de la SWN presenta una correlación -0.198, $p=0.05$ con la PANSS compuesta, el ítem 4 de la SWN presenta una correlación -0.215, $p=0.030$ con la PANSS compuesta, y de -0.238, $p=0.02$ con la PANSS general, el ítem 10 de la SWN presenta una correlación -0.396, $p<0.001$ con la PANSS compuesta, y de -0.375, $p<0.001$ con la PANSS general. Los ítems 2, 13, 18, 19, 3, 6, 15 y 7 no presentaron correlación alguna con las puntuaciones obtenidas en la PANSS.

Gráfica 2. Correlación de Spearman entre Dimensión 1 de la SWN y psicopatología compuesta de la PANSS



De la misma forma se realizó un análisis de correlación de Spearman entre las nuevas dimensiones encontradas de la SWN con las subescalas de la PANSS y se encontraron asociaciones estadísticamente significativas, en las que la Dimensión 1 de la SWN presenta $r=-0.464$, $p<0.001$ con la PANSS compuesta, $r=-0.410$, $p<0.001$ con la PANSS general; la Dimensión 2 de la SWN presenta una $r=-0.316$, $p=0.001$ con la PANSS compuesta, $r=-0.223$, $p=0.02$ con la PANSS general; la Dimensión 4 de la SWN presenta $r=-0.340$, $p<0.001$ con la PANSS compuesta, $r=-0.306$, $p=0.002$ con la PANSS general; la Dimensión 5 de la SWN presenta una $r=-0.203$, $p=0.04$ con la PANSS general, $r=-0.250$, $p=0.01$ con la PANSS de síntomas positivos. Sin embargo al analizar las relaciones de la dimensión 3 no se obtuvieron valores estadísticamente significativos con ninguna de las subescalas de la PANSS.

11. Discusión:

Los datos apoyan un modelo pentagonal, sin embargo agrupan a los reactivos de manera distinta a la propuesta original y pueden interpretarse de la siguiente manera:

1. **Funcionamiento Mental:** es la interpretación que el paciente realiza acerca de los procesos mentales y corporales que experimenta, la manera en que interpreta su flujo de pensamientos y afectos, y también la experiencia mental de sus sensaciones corporales.
2. **Integración Social:** se refiere a la interpretación subjetiva del ambiente, especialmente de las personas significativas que hay a su alrededor y como se relaciona con ellos para hacer de su ambiente un medio para desenvolverse.

3. **Autocontrol:** explica la capacidad del paciente para reconocer como propios sus procesos mentales, tanto cognitivos como afectivos, y el grado de control que tiene sobre ellos, al reconocerlos como propios es capaz de otorgarles la sensación volitiva de control.
4. **Regulación Emocional:** incluye procesos mentales que componen las emociones, específicamente la interpretación personal de los procesos afectivos en las diferentes situaciones, y como éstas interpretaciones llevan a generar un panorama respecto a su futuro.
5. **Funcionamiento Físico:** se refiere a la percepción que el paciente tiene acerca de su cuerpo, en el aspecto visual y en el aspecto funcional, engloba la experiencia subjetiva que el paciente tiene de sus funciones corporales.

Es interesante observar que un porcentaje importante de las preguntas, así como una parte importante de la varianza del bienestar subjetivo de la escala (15.8), se agrupan dentro de la dimensión de “Funcionamiento Mental”, ya que el constructo de *bienestar subjetivo* consta de la interpretación subjetiva de las experiencias mentales y corporales, es decir, la manera en que la persona interpreta los procesos mentales, cognitivos y afectivos, así como las sensaciones corporales que experimenta. La dimensión “Regulación Emocional” también presentó una correlación importante con las mismas subescalas de la PANSS, suponiendo que una proporción considerable del bienestar subjetivo (12.9) se encuentra influenciado por las características cualitativas del ánimo, la intensidad del mismo y la sensación de control que puede tener de éste. La dimensión de “Integración Social” presentó una correlación más débil con las mismas subescalas de la PANSS, a comparación de las dos previas, pero aún estadísticamente significativa, ya que la interpretación subjetiva de las habilidades sociales puede verse influenciada por elementos psicopatológicos como la ansiedad, depresión, culpa o falta de juicio, disminuyendo la sensación de un adecuado desempeño durante la interacción interpersonal. La dimensión de “Funcionamiento Físico”, aunque compuesta de una sola pregunta, presenta una correlación estadísticamente significativa con la subescala de psicopatología general de la PANSS, ya que es en esta escala donde se mencionan algunos síntomas físicos de la esquizofrenia, como el retardo psicomotor, algunos manierismos y la actitud corporal, el pobre control de impulsos y la preocupación somática, cuando el paciente logra percatarse de estas manifestaciones es capaz de expresar un detrimento en el funcionamiento adecuado de su propio cuerpo. De la misma forma, es interesante observar que la dimensión de “Autocontrol” no presenta una correlación estadísticamente significativa con ninguna subescala de la PANSS, probablemente debido a que

De la misma forma es interesante resaltar que todas las asociaciones obtenidas entre la SWN y la PANSS fueron negativas, es decir, se mantiene una relación inversamente proporcional entre el bienestar subjetivo y la psicopatología compuesta y general. Si observamos los síntomas que mide la PANSS en el apartado de psicopatología general (preocupación somática, ansiedad, sentimientos de culpa, tensión, manierismos y actitud postural, depresión, retardo motor, falta de cooperación, contenidos de pensamientos inusuales, desorientación, atención deficiente, falta de juicio, alteración de la voluntad, pobre control de impulsos, preocupación y evitación social activa), se refiere a elementos que no son exclusivamente pertenecientes al constructo actual de esquizofrenia, sino hablan de síntomas que pueden presentarse de forma comórbida con esta, se refiere a sintomatología que si bien puede presentarse de forma simultánea con la enfermedad de base, no se refieren a los síntomas necesarios para realizar el diagnóstico de esquizofrenia.

Es importante destacar que no se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas con los otros apartados de la PANSS (subescala positiva y subescala negativa), a pesar de que el autor original menciona una correlación escasa con la psicopatología negativa, probablemente debido a que las puntuaciones de los pacientes en esta subescala y en la subescala de síntomas positivos se encontraba en un rango bajo (media de 14.1 para la subescala positiva y 21.9 para la subescala negativa), mostrando control de la sintomatología y estabilidad de la enfermedad.

La escala SWN en su versión corta cuenta con la validez estadística necesaria para explicar un porcentaje importante de la varianza del constructo “bienestar subjetivo”, asimismo las diferentes preguntas se agrupan estadísticamente en 5 dimensiones, siendo la primera de ellas (funcionamiento mental) la que contribuye más a la varianza total del instrumento. Esta escala no tiene una relación estadísticamente significativa con la escala de efectos adversos, apoyando su validez de manera divergente y tiene una correlación negativa escasa con las dimensiones de psicopatología general y compuesta de la PANSS ya que los fenómenos psicopatológicos que acompañan a la enfermedad, desde luego pueden mermar la interpretación subjetiva que el paciente tiene acerca de sus procesos mentales, y por ende disminuir la sensación de bienestar.

Consideramos que en un futuro es necesario mejorar las intervenciones terapéuticas dirigidas a mejorar la psicopatología del paciente sin centrarse exclusivamente en los síntomas positivos o negativos de la esquizofrenia, sino en todos los fenómenos psicopatológicos que puede experimentar el paciente, con la finalidad de mejorar la calidad de vida pero sobre todo, la sensación subjetiva que puede experimentar el paciente acerca de sí mismo, de su ambiente y de los demás.

12. Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). In A. P. Association (Ed.), *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR* (4° ed.). Washington, DC.
- Barberá. (2006). La experiencia subjetiva con antipsicóticos: evaluación cuantitativa. *Actas Esp Psiquiatr*, 34 (5), 287-294.
- Belmaker, R. H., & Wald, D. (1977). Haloperidol in normals. . *British journal of Psychiatry* (131), 222-223.
- De Haan, L., & Van Bruggen, M. (2003). Subjective experience and d(2) receptor occupancy in patents with recent-onset schizophrenia treated with lox dosw olanzpine and haloperidol: a randomized, double-blind study. *Am J Psychiatry* (160), 303-9.
- Freedman, R. (2003). Schizophrenia. *N Engl J Med*, 349 (18), 1738-49.
- Hogan, T., & Awad, A. (1983). A self report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med* (13), 177-183.
- Kampman, O., & Lehtinen, K. (2000). Attitudes toward neuroleptic treatment: reliability and validity of the of the Attitudes Towards Neuroleptic Treatment (ANT) questionnaire. *Schizophr Res* (45), 223-34.
- Kapur. (2003). Psychosis as a State of Aberrant Salience: A Framework Linking Biology, Phenomenology, and Pharmacology in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* (160), 13–23.
- Kapur, S., & Seeman, P. (2000). Schizophrenia: More dopamine, more D2 receptors. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 97 (14), 7673-7675.
- Kirkbride, J., & Fearon, P. (2006). Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. *Arch Gen Psychiatry*, 63 (3), 250-8.
- Knapp, M., & Mangalore, R. (2004). The global costs of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 30 (2), 279-93.
- Lambert, T. J. (2003). Measurement of antipsychotic-induced side effects: support for the validity of a self-report (LUNSERS) versus structured interview (UKU) approach to measurement. *Hum Psychopharmacol*, 18 (5), 405-11.
- Lewis, C. M. (2003). Genome scan meta-analysis of schizophrenia and bipolar disorder, part II: Schizophrenia. *Am J Hum Genet*, 73 (1), 34-48.
- Lieberman, J., Stroup, T., McEvoy, J., & Swartz, M. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med*, 353, 1209-1223.
- Magliano, L., & Fiorillo, A. (1998). Family burden in schizophrenia: effects of socio-environmental and clinical variables and family intervention. *Epidemiol Psichiatr Soc*, 3 (7), 178-87.
- Mizrahi. (2007). Adverse subjective experience with antipsychotics and its relationship to striatal and extrastriatal D2 receptors: a PET study in schizofrenia. *Am J Psychiatry*, 16-24.

- Mora, J. F. (2005). *Alucinaciones, delirio y paranoia, síntomas de esquizofrenia. S. d. Salud. Mexico*. México D.F.: Secretaría de Salud.
- Mora, J. F. (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México D.F.: Secretaria de Salud.
- Naber, D. (1995). A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. *Int Clin Psychopharmacol*, 10 (3), 133-8.
- Owen, M. J. (2007). The genetic deconstruction of psychosis. *Schizophr Bull*, 33 (4), 905-11.
- Putten, V. (1978). Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy: the consumer has a point. *Arch Gen Psychiatry* (35), 477-80.
- Sanjúan, J., Haro, J. M., Mauriño, J., Díez, T., & Ballesteros, J. (2012). Validación de la versión en castellano de la Escala del Bienestar Subjetivo con Neurolépticos (SWN-K) en pacientes con esquizofrenia. *Medicina Clínica*, 138 (4), 151-154.
- Saraceno, B. (2002). The WHO World Health Report 2001 on mental health. *Epidemiol Psichiatr Soc*, 11 (2), 83-7.
- Sheehan, D. V., & Lecrubier. (1998). 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. *J Clin Psychiatry*, 20 (59), 22-33.
- Singh, M. (1976). Dysphoric response to neuroleptic treatment in schizophrenia and its prognostic significance. *Dis Nerv Syst* (37), 191-6.
- Streiner, D. L. (1994). Figuring out factors: the use and misuse of factor analysis. *Can J Psychiatry*, 3 (39), 135-40.
- Sullivan, P. F. (2005). The genetics of schizophrenia. *PLoS Med*, 2 (7), e212.
- Thompson, K., & Kulkarni, J. (2000). Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res* (24), 241-7.
- Van Putten, T. (1981). Subjective response to antipsychotic drugs. *Arch Gen Psychiatry* (38), 187-190.
- Voruganti, L., & Awad, A. (2002). Personal evaluation of transitions in treatment (PETiT): a scale to measure subjective aspects of antipsychotic drug therapy in schizophrenia. *Schizophr Res* (56), 37-46.
- Weiden, P., & Mott, T. (1994). Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. *Schizophr Bull* (20), 297-310.