



ESTUDIO PILOTO SOBRE LA ESCALA "PERSONAL EVALUATION OF TRANSITIONS IN TREATMENT (PETIT)" PARA POBLACIÓN CON ESQUIZOFRENIA

PILOT STUDY ON THE "PERSONAL EVALUATION OF TRANSITIONS IN TREATMENT (PETIT)" SCALE FOR SCHIZOPHRENIC POPULATION

Laura Moreno Hierro, Miguel Ángel García Carretero, María Robles Martínez, Melchor Fernández Puerto, Mercedes Mateo Mateos, M.A. Jordán Quintero.

lauramohi@hotmail.com

Esquizofrenia, adherencia, calidad de vida, PETIT.

Schizophrenia, Medication Adherence, Quality of Life, PETIT.

RESUMEN

Objetivos: Analizar la fiabilidad de la escala PETIT en población esquizofrénica.

Material y método: Se realizó una prueba piloto aplicándose la escala PETIT a 25 pacientes en tratamiento ambulatorio con diagnóstico de esquizofrenia según criterios del DSM-5. Se llevó a cabo el análisis de la factibilidad y fiabilidad de la escala, utilizándose la PANSS para determinar el estado psicopatológico. Para la fiabilidad de la escala se utilizó el análisis de la consistencia interna de los ítems, a través del cálculo de los coeficientes de alpha de Cronbach. Mediante una escala Likert (1=mínimo y 10=máximo) se registró la comprensión del cuestionario.

Resultados: La prueba piloto se aplicó a 25 pacientes (72% hombres) de 49 años de edad media. El 84% son solteros y en cuanto a la convivencia, el 52% viven en recursos de Faisem y el 44% con familiares. Respecto al nivel educativo el 68% tienen la ESO y el 24% sin estudios. Según la PANSS-C el 68% pertenece al subtipo positivo y el 32% al negativo. La consistencia interna (alfa Cronbach) obtenida aporta resultados superiores a 0,7. Además, se contestaron el 100% de las preguntas de la escala, valorándose la comprensión en 9,76 y una media de tiempo de cumplimentación de 3 minutos.

Conclusiones: La escala presenta una buena fiabilidad, pudiéndose cumplimentar en un tiempo razonable, no encontrándose elementos de mejora. El instrumento definitivo será aplicado en una muestra de pacientes esquizofrénicos que participan en el proyecto de traducción y validación de la Escala PETIT.

ABSTRACT

Objectives: Analyse the reliability of the PETIT scale in schizophrenic population.

Material and method: A pilot test was carried out applying the PETIT scale to 25 patients in outpatient treatment diagnosed with schizophrenia according to DSM-5 criteria. The analysis of the scale feasibility and reliability was carried out using the PANSS scale to determine the

ESTUDIO PILOTO SOBRE LA ESCALA "PERSONAL EVALUATION OF TRANSITIONS IN TREATMENT (PETIT)" PARA POBLACIÓN CON ESQUIZOFRENIA

psychopathological condition. To check the reliability of the scale, the analysis of the internal consistency of the items was used, through the calculation of Cronbach's alpha coefficients. The comprehension of the questionnaire was registered by means of a Likert scale (1= minimum and 10= maximum).

Results: The pilot test was applied to 25 patients (72% men) with a mean age of 49 years. 84% are single and, as regards familial coexistence, 52% live in Faisem supervised housing and 44% with relatives. Regarding the educational level, 68% have completed secondary education and 24% have no studies. According to PANSS-C, 68% belong to the positive subtype and 32% to the negative subtype. The internal consistency obtained (alpha Cronbach) gives results above 0.7. In addition, 100% of the questions on the scale were answered, understanding was given 9.76 points and the average time of completion was 3 minutes.

Conclusions: The scale presents good reliability, being able to be completed in a reasonable time, not needing improvements. The final instrument will be applied in a sample of schizophrenic patients participating in the translation and validation project of the PETIT Scale.

INTRODUCCION

La esquizofrenia es, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Nota descriptiva nº 397 de Abril de 2016, un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo y se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta.

Se estima que la esquizofrenia afecta en torno a un 1% de la población general (Stilo y Murray, 2010; World Health Organization, 2011).

A pesar de que en estos últimos años ha habido avances en cuanto a la medicación, el porcentaje de no adherencia al tratamiento sigue siendo muy alto, llegando a ser de hasta un 50% con sus posibles consecuencias directas, como son las recaídas y sus consecuencias clínicas, o los altos costes que genera todo este proceso (Acosta, Hernández, Pereira, Herrera y Rodríguez, 2012).

Por otro lado, los antipsicóticos han probado ser de gran utilidad, reduciendo los síntomas y pudiendo así proporcionarles una mejor calidad de vida (Acosta et al., 2012). Si tenemos en cuenta que la no adherencia es una causa frecuente de hospitalizaciones, riesgo aumentado de suicidio, pérdida de trabajo, posibles adicciones a sustancias tóxicas (Acosta et al., 2012; Tharani, Farooq, Saleem y Naveed, 2013), esto hace mucho más importante que se lleve un control adecuado en cuanto a la toma de medicación.

El hecho de que el fenómeno de la adherencia sea múltiple y complejo es responsable de la dificultad existente para disponer de un sistema de evaluación idóneo. En la actualidad, no existe un método único que sea considerado de referencia para medir la adherencia por lo que se deben utilizar varios de ellos, con el fin de paliar las insuficiencias que todos poseen.

ESTUDIO PILOTO SOBRE LA ESCALA "PERSONAL EVALUATION OF TRANSITIONS IN TREATMENT (PETIT)" PARA POBLACIÓN CON ESQUIZOFRENIA

El objetivo de este estudio es analizar la fiabilidad de la escala PETIT en población esquizofrénica, escala que permite evaluar las respuestas subjetivas de los individuos a los medicamentos, el tratamiento de la adherencia y cambios en la calidad de vida.

MATERIAL Y METODO

Tras la traducción y adaptación al castellano de la escala PETIT en una fase anterior del estudio, se realizó una prueba piloto aplicándose la escala a 25 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según criterios del DSM-5 en tratamiento ambulatorio en las Unidades de Salud Mental de Distrito de Cádiz y Unidad Salud Mental de San Fernando. Los criterios de inclusión fueron: tener entre 18-65 años, diagnóstico primario de esquizofrenia según criterios del DSM-5, no tener retardo mental, lesión cerebral adquirida u otro trastorno mental severo, ni tener limitaciones sensoriales que impidan la realización del test. Y como criterios de exclusión se indicaron: excluir a aquellos que aun cumpliendo criterios de inclusión, consideren los profesionales de su centro que su participación puede afectar su tratamiento de alguna manera.

Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, convivencia, ocupación y nivel educativo) y datos clínicos (edad inicio enfermedad, tipo tratamiento, cumplimiento terapéutico, patologías añadidas, antecedentes familiares de patología psiquiátrica, consumo de tabaco y drogas). También se utilizó la escala PANSS validada en España por Peralta y Cuesta (1994) para determinar el estado psicopatológico.

En cuanto a la escala PETIT, desarrollada por Voruganti y Awad (2002), que permite evaluar los cambios subjetivos percibidos durante el curso de la terapia con fármacos antipsicóticos de la esquizofrenia, consta de 30 preguntas, con 3 respuestas alternativas ("a menudo", "a veces" o "nunca").

Análisis de datos

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas, y a continuación se analizaron los resultados de las escalas utilizadas. También se evaluaron la factibilidad y fiabilidad de la escala PETIT, utilizándose la PANSS para determinar el estado psicopatológico.

Para la factibilidad se analizaron los ítems individualmente obteniendo los porcentajes de no respuesta, el efecto techo y suelo mediante el porcentaje de sujetos con la más baja y alta puntuación posible, y el tiempo empleado en su cumplimentación. Para la fiabilidad de la escala se utilizó el análisis de la consistencia interna de los ítems, a través del cálculo de los coeficientes de alpha de Cronbach. Y por último, mediante una escala Likert (1=mínimo y 10=máximo) se registró la comprensión del cuestionario.

Para el desarrollo del estudio se tomaron en cuenta las consideraciones éticas básicas sobre el consentimiento informado y la confidencialidad de los datos obtenidos, habiendo sido

ESTUDIO PILOTO SOBRE LA ESCALA "PERSONAL EVALUATION OF TRANSITIONS IN TREATMENT (PETIT)" PARA POBLACIÓN CON ESQUIZOFRENIA

presentado al Comité de Ética en Investigación. Para el tratamiento estadístico se utilizó el programa SPSS versión 21.

RESULTADOS

La prueba piloto se aplicó a 25 pacientes (72% hombres) de 49 años de edad media. El 84% son solteros y en cuanto a la convivencia, el 52% viven en recursos de Faisem y el 44% con familiares. Respecto al nivel educativo el 68% tienen la ESO y el 24% no tienen estudios.

VARIABLES		%
SEXO		
Hombre		72
Mujer		28
EDAD (años)		
Media		49,36
Rango		25-60
ESTADO CIVIL		
Soltero/a		84
Casado/a o Pareja de hecho		4
Viudo/a		4
Divorciado/a o Separado/a		8
CONVIVENCIA		
Sólo		4
Con familiares		44
Recursos de Faisem		52
NIVEL DE ESTUDIOS		
Sin estudios (sabe leer)		24
Enseñanza Obligatoria (ESO)		68
Bachiller o Grado Superior		8
OCUPACIÓN		
Nunca ha trabajado		68
Desempleado/a		16
Tareas ocupacionales (Talleres)		16

Tabla 1: *Datos sociodemográficos de la muestra.*

En cuanto a los datos clínicos de la muestra, indicar que la edad media de inicio de la enfermedad es de 22 años. El 36% tiene antecedentes psiquiátricos en familiares de primer grado y el 16% de segundo grado. El 36% tiene un tratamiento oral y el 52% mixto. El consumo en los últimos 12 meses de tabaco es del 60% y de drogas el 4%.

ESTUDIO PILOTO SOBRE LA ESCALA "PERSONAL EVALUATION OF TRANSITIONS IN TREATMENT (PETIT)" PARA POBLACIÓN CON ESQUIZOFRENIA

VARIABLES	TODOS ^a	HOMBRES ^b	MUJERES ^c
EDAD INICIO ENFERMEDAD			
Media	22,36	22	23,29
Rango	15-35	15-35	15-28
TIPO TRATAMIENTO			
Oral	36	33,3	42,9
Inyectable	12	16,7	-
Ambos	52	50	57,1
ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS			
Sin antecedentes	44	38,9	57,1
Familiares de 1º grado	36	16,7	14,3
Familiares de 2º grado	16	44,4	14,3
No especificado	4	-	14,3
CONSUMO DE TABACO^d			
Sí	60	72,2	28,6
CONSUMO DE DROGAS^d			
Sí	4	5,6	-

^a N = 25. ^b n = 18. ^c n = 7. ^dConsumo en los últimos 12 meses.

Tabla 2: *Datos clínicos de la muestra.*

Según la PANSS-C analizada por el sistema inclusivo, el 68% pertenece al subtipo positivo y el 32% al negativo. En la siguiente tabla se puede ver la puntuación media, mínimo y máximo de las distintas subescalas de la PANSS.

	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
PANSS-P	21,72	7,208	10	33
PANSS-N	23,84	7,289	14	37
PANSS-PG	46,40	12,107	30	74
PANSS-TOTAL	91,96	22,476	60	142

Tabla 3: *Resultados de la PANSS en la muestra.*

En cuanto a la escala PETIT se analizó la comprensión de la misma (escala Likert 1 a 10 puntos), valorándose la comprensión en 9,76.

Para la factibilidad de dicha escala se analizaron los ítems individualmente obteniendo los porcentajes de no respuesta, el efecto techo y suelo mediante el porcentaje de sujetos con la más alta y baja puntuación posible, y el tiempo empleado en su cumplimentación.

Se analizaron los ítems individualmente obteniéndose un 0% de porcentajes de no respuesta. Respecto al efecto techo y suelo, la puntuación mínima fue 11 puntos con un encuestado, el 4%, y una puntuación máxima de 50 puntos con un encuestado, el 4%. Con respecto a la factibilidad de tiempo, se obtuvo una media de tiempo de cumplimentación de 3 minutos.

ESTUDIO PILOTO SOBRE LA ESCALA "PERSONAL EVALUATION OF TRANSITIONS IN TREATMENT (PETIT)" PARA POBLACIÓN CON ESQUIZOFRENIA

En cuanto a la fiabilidad de la escala, las medidas de consistencia interna (alfa Cronbach) de los ítems aportan resultados superiores a 0,7.

Los valores promedio de los ítems componentes del PETIT oscilaron entre una media mínima de 0,36 (ítem 5) y una máxima de 1,64 (ítems 28 y 30), siendo la puntuación media de 29,84 ± 9,788. Las tres preguntas con valores más elevados fueron la 26ª, 28ª y 30ª, que son referentes a beneficios de la toma de la medicación. En cambio, los ítems 3º, 5º, 12º y 16º obtuvieron los valores menores, siendo relativos a la función física.

PETIT	Media	Desviación estándar	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbachsi elimina el elemento
Ítem-1	1,24	0,663	0,375	0,729
Ítem-2	0,56	0,650	0,073	0,735
Ítem-3	0,44	0,583	0,502	0,727
Ítem-4	1,36	0,568	0,429	0,728
Ítem-5	0,36	0,489	0,365	0,730
Ítem-6	0,56	0,768	0,785	0,718
Ítem-7	0,84	0,624	-0,104	0,738
Ítem-8	1,28	0,678	0,686	0,722
Ítem-9	1,04	0,840	0,570	0,722
Ítem-10	0,80	0,707	0,693	0,721
Ítem-11	0,84	0,746	0,084	0,735
Ítem-12	0,40	0,707	0,576	0,724
Ítem-13	1,40	0,645	0,672	0,723
Ítem-14	0,76	0,778	0,679	0,720
Ítem-15	1,32	0,690	0,487	0,726
Ítem-16	0,44	0,768	0,735	0,719
Ítem-17	1,28	0,737	0,619	0,722
Ítem-18	0,56	0,711	0,538	0,724
Ítem-19	1,08	0,812	0,544	0,723
Ítem-20	0,72	0,678	0,684	0,722
Ítem-21	0,96	0,789	0,430	0,726
Ítem-22	1,12	0,832	0,254	0,730
Ítem-23	1,24	0,597	0,163	0,733
Ítem-24	0,68	0,748	0,546	0,724
Ítem-25	1,16	0,850	0,617	0,720
Ítem-26	1,56	0,650	-0,103	0,738
Ítem-27	1,32	0,748	0,158	0,733
Ítem-28	1,64	0,568	0,307	0,731
Ítem-29	1,24	0,778	0,219	0,731
Ítem-30	1,64	0,637	0,288	0,730
PETIT-Total	29,84	9,788	1,000	0,872

Tabla 4: Correlación de cada ítem del PETIT con el total de la escala.

ESTUDIO PILOTO SOBRE LA ESCALA "PERSONAL EVALUATION OF TRANSITIONS IN TREATMENT (PETIT)" PARA POBLACIÓN CON ESQUIZOFRENIA

En general, todos los ítems parecen contribuir adecuadamente al conjunto de la escala, es decir presentan una correlación relativamente alta con el total del cuestionario como puede verse en la tabla 3, salvo los ítems 7 y 26 en los que es negativa, y los ítems 2 y 11 que aportan valores inferiores a 0,10. Estos resultados nos indican que la correlación de todas las preguntas con el total es buena, pero no es tan buena entre ellas.

	Correlación intraclase	Interv. Confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	0,082	0,039	0,170	3,767	24	720	0,000
Medidas promedio	0,735	0,559	0,864	3,767	24	720	0,000

Tabla 5: *Análisis de la varianza de cada ítem del PETIT al total (F).*

DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas de este estudio son muy similares a las de otros estudios de pacientes esquizofrénicos, tanto en la edad media como en la distribución por sexo (Amezquita, Barrera y Vargas, 2012; Corredor et al., 2013; Gutiérrez, 2015; Gutiérrez-Rojas et al., 2014).

En cuanto a la edad media de inicio de la enfermedad, es también similar a otros estudios realizados en esquizofrénicos (Corredor et al., 2013; Espinoza, Sosa, Espinoza y Sierra, 2015). Según la PANSS-C utilizada para determinar el estado psicopatológico, 2/3 de los pacientes pertenecen al subtipo positivo y 1/3 al negativo. La gran difusión de esta escala hace que sea uno de los instrumentos más utilizados tanto en el ámbito clínico como en estudios de esquizofrenia en todo el mundo, permitiendo evaluar dominios de la psicopatología de manera más específica (Bagney, 2017).

Respecto a la factibilidad de tiempo, se obtuvo una media de tiempo de cumplimentación de 3 minutos, que se encuentra dentro del tiempo estimado para la versión original de entre 2-5 minutos (Voruganti y Awad, 2002).

La estimación de la fiabilidad de las puntuaciones de la escala PETIT mediante el alfa de Cronbach fue buena, tanto globalmente como para cada uno de los ítems, lo que confirma su idoneidad para su propósito explícito de monitorear los cambios, tal como lo perciben los individuos, en el contexto de recibir terapia con medicamentos específicos para la esquizofrenia. Los valores de fiabilidad obtenidos son muy parecidos a los de la versión original (Voruganti y Awad, 2002).

ESTUDIO PILOTO SOBRE LA ESCALA "PERSONAL EVALUATION OF TRANSITIONS IN TREATMENT (PETIT)" PARA POBLACIÓN CON ESQUIZOFRENIA

En general, todos los ítems presentan una correlación relativamente alta con el total del cuestionario, salvo los ítems 7 y 26 en los que es negativa, que nos indica que se debería cambiar el sentido del ítem, y los ítems 2 y 11 que aportan valores inferiores a 0,10, lo cual indica poca correlación con el total de la escala y se debe valorar su eliminación para así aumentar la fiabilidad. Estos resultados nos indican que la correlación de todas las preguntas con el total es buena, pero no es tan buena entre ellas, lo cual refleja la existencia de posibles dominios dentro del mismo instrumento.

CONCLUSIONES

La escala presenta una buena fiabilidad, pudiéndose cumplimentar en un tiempo razonable, no encontrándose elementos de mejora. El instrumento definitivo será aplicado en una muestra de pacientes esquizofrénicos que participan en el proyecto de traducción y validación de la Escala PETIT.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta, F.J., Hernández, J.L., Pereira, J., Herrera, J., y Rodríguez, C.J. (2012). Medication adherence in schizophrenia. *World Journal of Psychiatry*, 2(5), 74-82.
2. AmezcuitaGómez, L., Barrera Páez, A. y Vargas Forero, T. (2012). Prevalencia y factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia. *Tesis Doctoral. Universidad del Rosario*, Facultad de Medicina Bogotá (Colombia).
3. BagneyLifante, A. (2017). Cognición y síntomas negativos en la esquizofrenia. *Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid*, Facultad de Medicina.
4. Corredor Roza, Z.L., Sánchez Espinosa, M.P., Rondón Lagos, M., Páez Rojas, P.L., Cortés Duque, C. y Forero Castro, R.M. (2013). Estudio descriptivo de una muestra de pacientes con esquizofrenia residentes en el departamento de Boyacá, Colombia. *Iatreia*, 26(3), 245-256.
5. Espinoza Murra, D., Sosa Mendoza, C., Espinoza, E. y Sierra, M. (2015). Factores asociados a la esquizofrenia en pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, Honduras. *Revista Facultad de Medicina*, 12(2), 10-18.
6. Gutiérrez López, M.I. (2015). Calidad de vida y factores asociados en la esquizofrenia. *Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo*, Facultad Psicología.
7. Gutiérrez-Rojas, L., Aranza, J.R., Bernardo, M., Mesa, F. y Martínez-Ortega, J.M. (2014). Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes españoles con esquizofrenia y sobrepeso. El estudio CRESSOB. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(1), 9-17.
8. Organización Mundial de la Salud. (2016). Nota descriptiva nº 397. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>

ESTUDIO PILOTO SOBRE LA ESCALA "PERSONAL EVALUATION OF TRANSITIONS IN TREATMENT (PETIT)" PARA POBLACIÓN CON ESQUIZOFRENIA

9. Peralta Martín, V., y Cuesta Zorita, M.J. (2009). Esquizofrenia y psicosis relacionadas. En T. Palomo, y M.A. Jiménez-Arriero (Ed.), Manual de psiquiatría (pp. 267-83). Madrid, España: Gráficas Martes, SA.
10. Stilo, S.A., y Murray, R.M. (2010). The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(3), 305-15.
11. Tharani, A.J., Farooq, S., Saleem, F., y Naveed, A. (2013). Compliance to antipsychotic medication: a challenge for client, family and health care providers. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 63(4), 516-8.
12. Voruganti, L.N., y Awad, A.G. (2002). Personal evaluation of transitions in treatment (PETIT): A scale to measure treatment-related quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 56(1-2), 37-46.
13. World Health Organization. (2011). World Report on Disability 2011. Ginebra: WHO. Disponible en http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf