



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“IMPACTO DEL AJUSTE PREMÓRBIDO EN LA
DURACIÓN DE LA PSICOSIS NO TRATADA
EN UN GRUPO DE PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
I S I S G A R C Í A V É L E Z

DIRECTOR: DRA. MARÍA ELENA MEDINA-MORA ICAZA

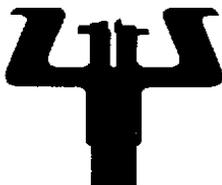
REVISOR: MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

COMITÉ:

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DR. MARCELO VALENCIA COLLAZOS

MTRA. GABRIELA MARIANA RUIZ TORRES



MÉXICO, D. F.

SEPTIEMBRE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres, Ana María y Alejandro, por su amor y confianza y por haberme permitido e impulsado cada día para llegar hasta este punto...

A mis hermanos Iván e Ilse y a Tita, por haberme acompañado a lo largo del camino...

A Víctor, por su amor, apoyo y confianza y a todos y cada uno de mis amigos, por haberme acompañado y hecho el camino más ameno...

A todas las personas que directa o indirectamente colaboraron en la realización de esta tesis y sobre todo, a las que han creído en mí...

AGRADECIMIENTO

Esta tesis se llevó a cabo como parte de un proyecto más amplio denominado “Factores Asociados a la Conducta Violenta en Hermanos Afectados con Esquizofrenia”, cuyo investigador principal es la Dra. Ana Fresán, a quien agradezco la oportunidad que me brindó de trabajar con ella.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. María Elena Medina-Mora, por haberme ayudado a llegar con las personas indicadas para realizar mi tesis y por haber aportado a ella sus conocimientos y acertados comentarios

A la Mtra. Gabriela Ruiz, por ayudarme día a día a realizar un mejor trabajo

A la Mtra. Blanca Elena Mancilla, por sus revisiones y atinadas correcciones

Al Dr. Samuel Jurado, por confiar en mi trabajo

Al Dr. Marcelo Valencia, por sus comentarios sobre mi trabajo y por su compañía y esfuerzo para lograr estar hoy aquí

ÍNDICE

Resumen.	1
Introducción.	2
Justificación.	5
Capítulo 1. Esquizofrenia.	6
1.1. Semiología.	7
1.2. Diagnóstico.	12
1.3. Clasificación.	14
1.4. Diagnóstico Diferencial.	16
1.5. Epidemiología.	17
1.6. Etiología.	18
1.7. Tratamiento.	23
1.8. Pronóstico.	26
Capítulo 2. Ajuste Premórbido y Duración de la Psicosis No Tratada.	27
2.1. Ajuste Premórbido.	28
2.2. Duración de la Psicosis No Tratada.	33
MÉTODO.	39
Planteamiento del Problema.	39
Objetivo General.	39
Objetivos Específicos.	39
Hipótesis.	40
Tipo y Diseño del Estudio.	40
Variables.	41
Población de Estudio y Escenario.	41
Escalas e Instrumentos.	42
Procedimiento.	44
Consideraciones Éticas.	46
RESULTADOS.	47
Análisis de Resultados.	53
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	56
Referencias Bibliográficas.	60
Anexos.	68

RESUMEN

El Ajuste Premórbido y la Duración de la Psicosis No Tratada (DPNT) se relacionan con el pronóstico de la esquizofrenia; la mayoría de la literatura revisada para la realización de este estudio procede de fuentes internacionales, en México son pocos los estudios sobre el tema y en ellos se estudiaron únicamente pacientes que cursaban su primer episodio psicótico, sin diferenciar entre los tipos de psicosis. El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre el Ajuste Premórbido y la DPNT en un grupo de 80 pacientes con esquizofrenia paranoide, reunidos en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”; mediante un estudio no experimental, transversal, comparativo de casos. Se aplicaron el Formato de Datos Clínico-Demográficos (FDCD), que evalúa la DPNT y la Escala de Ajuste Premórbido (EAP). Entre los hallazgos más relevantes, se encontró que un bajo Ajuste Premórbido está relacionado con una DPNT más prolongada.

Palabras Clave: Esquizofrenia, Ajuste Premórbido, Duración de la Psicosis No Tratada

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más serias que ocasiona una gran perturbación en las relaciones laborales y sociales de aquellos que la padecen, afectando gravemente su calidad de vida; inicia generalmente en la adolescencia, tiende a evolucionar hacia la cronicidad y hasta la fecha no se conoce ningún tratamiento curativo ni preventivo, a lo más que se ha llegado es a lograr una remisión de los síntomas mediante el uso de medicamentos antipsicóticos (<http://nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>, 2007). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera esta enfermedad como un problema de salud pública, situándola como la novena causa de discapacidad a nivel mundial (Apiquián, Fresán, García-Anaya, Loyzaga & Nicolini, 2006; http://sersame.salud.bo.mx/pdf/pasm_cap3.pdf, 2007).

La esquizofrenia tiene una prevalencia de aproximadamente 1% en la población general, con una incidencia anual de 10 a 15 casos por 100.000 habitantes (APA, 2001; Goldman, 2001; <http://www.iladiba.com/upr/1997/no71997/htm/esquiz.asp>, 2006; James & Jacobson, 2003; Loa, 2003), dentro de esta enfermedad el subtipo paranoide es el más frecuente; se trata de una enfermedad que afecta la calidad de vida de las personas que la padecen, sin embargo se ha observado que una detección temprana acompañada de un tratamiento adecuado influyen en el pronóstico de la enfermedad (APA, 2001; Goldman, 2001; Valencia, Lara, Rascón & Ortega-Soto, 2002). Diversos autores se han interesado en el estudio de los síntomas que pudieran anteceder la aparición del cuadro psicótico cuya identificación permitiera una intervención más oportuna, dentro de estos, el Ajuste Premórbido es especialmente prometedor (Cannon-Spoor et. al., 1982; Crow, 1985; Czernikiewicz, Gorecka & Kozak-Sykala, 2005; Fresán, Apiquián, Ulloa, Loyzaga et. al., 2003; Strous et. al., 2004).

Estudios llevados a cabo en México muestran una baja utilización de servicios de salud aunado a un tiempo considerable entre la presentación del primer episodio y la búsqueda de tratamiento especializado (Duración de la Psicosis No Tratada), lo que ocasiona que los pacientes cursen con una

calidad de vida mas deteriorada y que se incrementen los costos de la enfermedad (Apiquián, et. al., 1998; Caraveo & Mass-Condes, 1990) de ahí que sea de especial importancia profundizar en el estudio de los factores premórbidos, en especial el nivel de Ajuste Premórbido.

En un estudio realizado por Borges et. al. (2006) se reporta que la minoría de la gente que cursa con un trastorno psiquiátrico recibe algún tipo de tratamiento, sólo entre el 19% de los pacientes que cursan con trastornos del afecto, de ansiedad, abuso de sustancias o trastornos de impulsividad han solicitado ayuda, lo cual se debe, en gran parte a la falta de disponibilidad de los servicios, a la dificultad de acceder a ellos y al estigma que rodea a las enfermedades mentales.

En este mismo artículo, los autores refieren las estadísticas de la OMS en relación con la disponibilidad de recursos para la atención de la enfermedad mental; datos que resultan alarmantes, pues según la organización, para una población de 100 millones de habitantes en el año 2000, se estimaron 6 000 camas psiquiátricas a nivel nacional, que equivale a una proporción de menos del 28% de lo recomendado por la OMS (<http://www.diputados.gob.mx/bibliot/publica/inveyana/polisoc/pdf/dps-iss-03-05.pdf>, 2006); 2 500 psiquiatras graduados de los cuales solo 890 están certificados y la mayoría de los especialistas se encuentran concentrados en la ciudad de México, restringiendo el acceso a los pacientes de provincia; de igual manera, se reportaron 1 500 enfermeros psiquiátricos y menos de 400 trabajadores sociales psiquiátricos. De acuerdo a la OMS y en base a los datos anteriores, el número de psiquiatras en México puntúa en el segundo lugar más bajo a nivel mundial, con una mediana de entre 1.01 y 5.00 psiquiatras por cada 100 000 individuos, estando únicamente por encima de ciudades africanas y del sudeste de Asia y muy por de bajo de Europa, en donde la mediana es de 9.00 y Estados Unidos y Canadá, donde la mediana es de 10 por cada 100 000 habitantes.

Aunado al problema de la falta de infraestructura, es importante considerar que, en México, los pacientes que solicitan ayuda tardan un tiempo

considerable en llegar a servicios especializados con latencias de hasta 22 semanas, similar a la reportada para algunos países en el continente africano (Gater et al., 1991) y la situación empeora al considerar los datos reportados por Apiquián et. al. (1997) en un estudio sobre primer episodio psicótico en México, en el que analizaron, entre otras variables, el tiempo de evolución de la enfermedad, encontrando que el promedio es de 64 semanas, similar también a lo reportado en diversos estudios realizados sobre el tema y que el promedio en los diferentes estudios es de uno a dos años, con una mediana de alrededor de 6 meses (Apiquián et. al., 1997, 1998).

Por su parte Fresán, Apiquián, Ulloa, Lozaga et. al. (2003) realizaron un estudio sobre la relación existente entre la Duración de la Psicosis No Tratada (DPNT) y el Ajuste Premórbido en pacientes con primer episodio psicótico, en el cual al separar la muestra en bajo y alto funcionamiento premórbido encontraron una relación en la que a mayor Duración de la Psicosis No Tratada peor era su funcionamiento premórbido; lo que apoya la relevancia de estudiar dicha asociación.

Tanto el Ajuste Premórbido como la DPNT son dos variables estrechamente relacionadas entre sí como con el pronóstico de la esquizofrenia; cabe mencionar que la mayoría de estos estudios se han realizado en pacientes con primer episodio psicótico, debido a que el deterioro es menor en comparación con aquellos que tienen un tiempo de evolución más prolongado, lo cual dificulta la confiabilidad en los estudios retrospectivos. También es importante señalar que la mayoría de estos estudios han sido realizados con muestras que abarcan cualquier tipo de psicosis, por lo que el presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre el Ajuste Premórbido y la Duración de la Psicosis No Tratada en un grupo de pacientes con esquizofrenia paranoide, siendo este último el más común de los tipos clasificatorios.

JUSTIFICACIÓN

Dada la alta prevalencia que presenta la esquizofrenia como enfermedad mental en la población general y a la grave afectación de la calidad de vida que conlleva, resulta importante estudiar los factores que se asocian a su pronóstico, tal es el caso del Ajuste Premórbido y la Duración de la Psicosis No Tratada.

Lo anterior, aunado a los pocos estudios encontrados sobre el tema realizados en población mexicana, sugiere que el análisis de la asociación entre el Ajuste Premórbido y la Duración de la Psicosis No Tratada en pacientes con esquizofrenia paranoide resulte importante para el área de la salud mental debido a que de existir dicha relación será posible implementar programas de detección temprana de manifestaciones prodrómicas, con la finalidad de disminuir la Duración de la Psicosis No Tratada y con ello mejorar el pronóstico de los pacientes.

CAPÍTULO 1. ESQUIZOFRENIA

El término **Esquizofrenia**, que traducido de manera literal significa “escisión de la mente”, fue introducido por Bleuler en 1911 (<http://genesis.uag.mx/posgrado/revistaelect/salud/sal00g2.htm>, 2007), quien consideraba que en la enfermedad eran centrales cuatro procesos psicológicos: 1) El autismo (volcarse hacia dentro, lejos del mundo); 2) La ambivalencia (estado de presentar dos sentimientos fuertes pero opuestos al mismo tiempo); 3) Perturbaciones básicas en el afecto y 4) Perturbaciones básicas en las asociaciones de ideas (Goldman, 2001).

Actualmente, el concepto aceptado de los trastornos esquizofrénicos reconoce deterioro de un nivel previo de funcionamiento, síntomas que implican múltiples procesos psicológicos, características psicóticas evidentes durante la fase activa de la enfermedad y tenencia hacia el estado crónico. El problema con el diagnóstico de la esquizofrenia es que la mayoría de los síntomas son subjetivos, dependen de lo que el paciente refiere (Goldman, 2001).

La esquizofrenia, en general, inicia en la adolescencia o al principio de la tercera década de la vida; aunque existen casos que ocurren de manera temprana (antes de la pubertad) y tardía (después de los 45 años). El paciente típico es una persona suspicaz con delirios de persecución y alucinaciones. La enfermedad inicia de forma diferente en cada persona, en algunos casos puede tener un inicio súbito y en otros pueden ocurrir síntomas prodrómicos durante semanas o meses antes de que sobrevengan los síntomas esquizofrénicos evidentes; entre estos pródromos podemos observar depresión, ansiedad, desconfianza, hipocondriasis, dificultades notables para concentrarse e inquietud. Algunos pacientes o familiares de éstos, informan que hay algún acontecimiento en su vida que desencadena el desarrollo o el empeoramiento de la esquizofrenia, como fracasos, pérdidas o enfermedades físicas, pero en otros pacientes es imposible definir un acontecimiento precipitante. La aparición de la enfermedad en el adulto se nota cuando la familia y los amigos observan que la persona ha cambiado o que ya no es la misma; comienza a funcionar mal en áreas significativas de la vida cotidiana, como el trabajo o la

escuela y las relaciones sociales; frecuentemente hay una notable falta de interés por el cuidado personal, el sujeto se ve desaliñado y sus hábitos higiénicos se ven afectados (Goldman, 2001; <http://www.entornomedico.org/salud/saludyenfermedades/alfa-omega/esquizofrenia.html>, 2007).

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales que más ha atraído la atención de los especialistas en conducta humana y a pesar de la gran cantidad de investigaciones que se han realizado en torno a ella, sigue siendo una incógnita para quienes se dedican a su estudio. Durante años se ha tratado de encontrar una explicación sobre su etiología, se han buscado tratamientos curativos y como se mencionó al inicio, a lo más que se ha llegado es a tratamientos que disminuyen los síntomas.

1.1. Semiología

Para comprender la semiología de la esquizofrenia es necesario reconocer entre tres grupos de síntomas:

Síntomas Positivos, también llamados Síntomas Psicóticos. Son aquellas manifestaciones que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar y son: las alucinaciones, los delirios y alteraciones en el pensamiento (APA, 2001; <http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>, 2007; <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtml>, 2007).

Síntomas Negativos. Son aquellas cosas que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos pueden realizar cotidianamente, como pensar con fluidez y con lógica, tener voluntad para levantarse cada día, entre otras. Dentro de estos síntomas encontramos la pobreza afectiva, la alogia, la abulia, la anhedonia y disminución de la atención y la concentración (APA, 2001; <http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>, 2007; <http://www.psicología-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtml>, 2007).

Síntomas Cognitivos. Que se refieren a problemas de atención, ciertos tipos de memoria y de funciones que permiten la planeación y la organización. Estas deficiencias cognitivas pueden ser difíciles de reconocer como parte del trastorno, pero son las más incapacitantes en cuanto a calidad de vida y pueden ocasionar alteraciones emocionales. Entre estos síntomas se encuentran el pobre funcionamiento ejecutivo (es decir, la habilidad para adquirir e interpretar información y tomar decisiones basadas en dicha información), inhabilidad para mantener la atención y problemas con la memoria de trabajo (que es aquella en la que se almacena la información recientemente aprendida para ser utilizada inmediatamente) (<http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>, 2007).

Dentro de esta distinción del tipo de síntomas, que es muy importante para realizar el diagnóstico, ocurren alteraciones graves en diversas áreas como el lenguaje, la comunicación, el contenido del pensamiento, la percepción, el afecto, la voluntad, las relaciones con el mundo externo y en la conducta motora, aunque por sí solas ninguna de estas alteraciones es patognomónica de esquizofrenia; lo que establece el diagnóstico son las características de los síntomas involucrados, así como el grado de alteración que se presenta con el paso del tiempo (APA, 2001; Goldman, 2001). Estas alteraciones han sido descritas por diversos autores quienes al igual que Goldman (2001), las clasifican de la siguiente manera:

En cuanto a las **alteraciones del lenguaje y la comunicación**, el individuo esquizofrénico piensa y razona según reglas lógicas privadas que a menudo se basan en su propia idiosincrasia. Su tipo de pensamiento es desordenado, sin lograr mantener una cadena sostenida de ideas, por lo que su conversación resulta gravemente alterada. A esto se le conoce como *descarrilamiento*.

Otro tipo de alteración en el lenguaje que se puede observar en las personas que padecen esquizofrenia es la *circunstancialidad*, que se refiere a una desviación sin importancia del lenguaje en la que el individuo se disgrega pero es capaz de retomar el tema de la conversación. Una alteración un tanto más grave es la *tangencialidad* en la que hay una digresión sostenida del

lenguaje, de modo que la conversación no llega a la finalidad perseguida, ya que la persona es incapaz de retomar el tema.

También puede ocurrir *pobreza del contenido del lenguaje* en la que es muy poca la información que se comunica porque muchas palabras son vagas, sumamente abstractas o concretas o estereotipadas.

Un síntoma más grave es la formación de *neologismos*, es decir, cuando el lenguaje está lleno de “nuevas palabras” formadas por condensación y combinación de varias palabras conocidas sólo por el enfermo, quien generalmente es capaz de brindar una definición precisa del término empleado y que puede tener propiedades mágicas o satisfactorias de deseos personales.

Por último, es posible la incoherencia total del lenguaje, que en el lenguaje coloquial se conoce como “*ensalada*” de palabras en la que hay una mezcla de términos que carecen de significado y coherencia lógica, resultando imposible el entendimiento del discurso.

Al observar estas alteraciones del lenguaje y la comunicación se debe reconocer que no se deban a falta de educación, inteligencia baja o antecedentes culturales en particular.

Referente a las **alteraciones en el contenido del pensamiento**, las personas que padecen esquizofrenia presentan *delirios*, que son definidos como creencias falsas que pueden ser fijas (que se conservan durante un período prolongado) o temporales.

Existen ciertos *delirios* característicos de la esquizofrenia, como la idea de que los pensamientos propios están siendo transmitidos hacia el mundo exterior de modo que otros pueden escucharlos, o bien que otro individuo o fuerza superior está introduciendo pensamientos en la mente del sujeto, o que un individuo o un aparato está dominando o controlando su vida, este tipo de delirios es conocido como *delirio de influencia*, dada la sensación del sujeto de que sus acciones están siendo influidas por agentes externos.

Existen casos en los que los sucesos que no se relacionan con el paciente tienen un significado personal para él y se conocen como *ideas de referencia*, en las que el paciente puede creer que un artículo del periódico o un programa de televisión tiene un mensaje que se relaciona con él directamente.

En la esquizofrenia los delirios frecuentemente son *persecutorios*, en los que el sujeto cree que está siendo vigilado, agredido o que lo están siguiendo; también pueden ser de *grandeza* que es cuando el paciente cree que tiene poderes, influencias o capacidades especiales; un poco menos frecuentes son los delirios *somáticos* no médicos y extraños que son creencias de que algo está hurgando por dentro del cuerpo.

En lo que respecta a las **alteraciones de la percepción**, los pacientes con esquizofrenia presentan *alucinaciones*, que son percepciones falsas en ausencia de un estímulo externo; en estos casos casi siempre son auditivas, aunque puede haber visuales, táctiles y olfativas. Una característica de las *alucinaciones auditivas* en la esquizofrenia es que las voces parecen hablar con el paciente de manera directa o efectuar comentarios (a menudo negativos) sobre la conducta del enfermo.

El *afecto* se refiere a la expresión externa de las emociones, es decir, es una medida objetiva, visible; en contraste con el *estado de ánimo*, que se infiere a partir de los datos combinados del afecto y la propia comunicación de los enfermos, resultando por tal subjetivo, pues es lo que el sujeto refiere sobre cómo se siente. En caso de esquizofrenia, hay **alteraciones en el afecto**, el cual puede ser inapropiado, es decir, incompatible con el tema o contexto de la comunicación, por ejemplo, una persona puede referir sentirse muy triste mientras ríe a carcajadas. Es posible que el individuo sea extremadamente *lábil* y manifieste cambios rápidos desde las lágrimas hasta las carcajadas, sin ningún motivo evidente. En otros casos el afecto es *plano*, casi sin signos de expresión emocional, la voz es monótona y el rostro inmutable.

En la esquizofrenia es frecuente la **alteración de la voluntad**, en la que se ven afectadas las actividades iniciadas de manera voluntaria y con una

finalidad, esta alteración puede llegar a la carencia total de voluntad para realizar las actividades (abulia), lo que puede afectar gravemente el rendimiento en el trabajo, la escuela o el funcionamiento en otras áreas.

Respecto a las **relaciones con el mundo externo**, las personas con esquizofrenia tienden a evitar las relaciones con otras personas y a dirigir su atención hacia el interior, en dirección a ideas y fantasías egocéntricas e ilógicas. Se ha utilizado el término “*autístico*” para describir las preocupaciones abrumadoras y centradas sobre sí mismo que tiene el paciente esquizofrénico, que no debe confundirse con el “autismo” que es otra patología aparte de la esquizofrenia.

Las **alteraciones en la conducta motora** pueden variar en dos extremos: Desde la reacción disminuida hacia el ambiente que puede progresar hasta una reducción casi total de los movimientos y la actividad espontánea (*estupor catatónico*), situación en la cual el sujeto actúa como un autómatas o puede adoptar posturas extrañas (*flexibilidad cética*); hasta casos en los que el movimiento se vuelve constante, aberrante o salvajemente agresivo (*catatonía agitada*) y puede continuar así hasta que intervengan la fatiga, el tratamiento o la muerte.

A partir de esta descripción de la sintomatología de la esquizofrenia es posible comprenderla y realizar un diagnóstico adecuado, no con la finalidad de etiquetar a la persona que la padece, sino para tratar de comprender su problema y con ello brindarle el tratamiento más adecuado.

1.2. Diagnóstico

La semiología antes descrita es muy útil para realizar el diagnóstico de esquizofrenia, para lo cual pueden utilizarse los criterios diagnósticos para esquizofrenia propuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) en el Texto Revisado de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (APA, 2001); aunque cabe mencionar que estos criterios son sólo una herramienta

para realizar el diagnóstico y que aunque son muy útiles no deben ser considerados como una receta infalible; estos criterios son los siguientes:

A. Síntomas característicos. Dos o más de los siguientes, cada uno presente durante una parte significativa de tiempo en el período de un mes (o menos si se trata con éxito): 1) delirios, 2) alucinaciones, 3) habla desorganizada (desviación o incoherencias frecuentes), 4) conducta muy desorganizada o catatónica o 5) síntomas negativos (afecto aplanado, alogia o abulia). Según la APA, para realizar el diagnóstico sólo se requiere un síntoma de los antes mencionados si las ideas delirantes son extrañas o las alucinaciones consisten en una voz que efectúa un comentario rápido sobre la conducta o el pensamiento del individuo o bien dos o más voces que conversan entre ellas.

B. Disfunción social/ocupacional. Durante una porción significativa de tiempo a partir del inicio de la alteración, una o más áreas principales de funcionamiento (como trabajo, relaciones interpersonales o cuidado personal) están muy por debajo del nivel logrado antes del inicio (o cuando el inicio es en la niñez o adolescencia, incapacidad para conseguir el nivel esperado de logro interpersonal, académico u ocupacional).

C. Duración. Signos continuos de la alteración que persisten por lo menos durante seis meses. Ese período de seis meses debe incluir por lo menos un mes de síntomas (o menos si se trata con éxito) que cumplen el Criterio A (es decir, síntomas de la fase activa) y es probable que incluyan períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración quizá se manifiesten sólo por síntomas negativos o dos o más de los mencionados en el Criterio A que se presentan de manera atenuada (por ejemplo, creencias extrañas, experiencias perceptuales poco usuales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo. Los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo con rasgos psicóticos se han excluido debido a que: 1) no han ocurrido episodios de depresión mayor, maniacos o mixtos de manera concomitante con los síntomas de la fase activa,

o 2) si se han presentado episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de alteración médica general.

Es decir, que la alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, droga de abuso o fármaco) o a una alteración médica general.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo. Si hay un antecedente de trastorno autista u otro padecimiento generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia se efectúa sólo si también existen delirios notables o alucinaciones por lo menos durante un mes (o menos si se trata con éxito).

El diagnóstico de esquizofrenia se realiza sólo después de un examen cuidadoso de los signos y síntomas al momento de la presentación y de una estimación del curso longitudinal de la enfermedad (Goldman, 2001).

1.3. Clasificación

A pesar de que las personas que padecen esquizofrenia comparten ciertas características, se ha observado que dentro de esta enfermedad hay subtipos y que cada uno tiene sus propias características, por tal motivo se ha realizado una clasificación de subtipos de esquizofrenia. El DSM-IV-TR identifica cuatro categorías principales, y una categoría "residual" y da una lista de las características principales de cada categoría (APA, 2001; Goldman, 2001). Para todas las categorías, por lo menos un área de funcionamiento (social, ocupacional, etc.) debe estar afectado y los síntomas deben haber estado presentes por lo menos durante seis meses (<http://healthinmind.com/spanish/esquizofrenia.htm>, 2007).

Tipo Paranoide

Para su diagnóstico se requiere sólo preocupación por uno o más delirios fijos y exclusión de síntomas regresivos que se observan en los otros subtipos

como desorganización notable del lenguaje y la conducta o afecto inapropiado (Goldman, 2001). La característica principal de este subtipo es la presencia de ideas delirantes o alucinaciones auditivas; las primeras generalmente son de persecución, de grandeza o de ambas, mientras que las segundas suelen estar relacionadas con el contenido de los delirios. A este subtipo de esquizofrenia se le asocian síntomas como ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir (APA, 2001). La edad usual de inicio suele ser más tardía y el número de síntomas resulta limitado por lo que los pacientes con este subtipo tienden a presentar un cuadro clínico más estable, con menos deterioro y mejor pronóstico que aquellos con otros subtipos (APA, 2001; Goldman, 2001). Los individuos de este subgrupo pueden ser muy inteligentes y bien informados (Goldman, 2001). Los delirios de persecución suelen predisponer al paciente a presentar comportamientos suicidas, mientras que la suma de estos delirios o los de grandeza con las reacciones de ira lo pueden predisponer a la violencia (APA, 2001).

Tipo Desorganizado

Antes llamado Hebefrenia por el DSM y así llamado en la CIE-10. Este tipo se caracteriza por la presencia de lenguaje y comportamiento desorganizados y afecto aplanado o inapropiado. El lenguaje puede acompañarse de tonterías o risas sin relación con el discurso; las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otros comportamientos extraños (APA, 2001). El cuadro clínico suele acompañarse de antecedentes prodrómicos de funcionamiento y adaptación deficientes, inicio temprano e insidioso y evolución crónica sin remisiones importantes y alteración social extrema (APA, 2001; Goldman, 2001).

Tipo Catatónico

Este tipo se caracteriza por alteraciones psicomotoras que pueden incluir excitación o estupor catatónicos, mutismo, negativismo, rigidez y adopción de posturas extrañas (*flexibilidad cética*), peculiaridades en los movimientos voluntarios, ecolalia o ecopraxia (APA, 2001; Goldman, 2001).

Tipo Indiferenciado

Este subtipo incluye algunos síntomas de fase activa como conducta muy desorganizada, alucinaciones, incoherencia o delirios notables (criterio A para esquizofrenia), pero no se cumplen los criterios para los tipos desorganizado, catatónico o paranoide. (APA, 2001; Goldman, 2001).

Tipo Residual

Los rasgos de este subtipo incluyen la falta actual de síntomas de fase activa (Criterio A para esquizofrenia), pero se conoce la existencia de al menos un episodio esquizofrénico anterior, hay presencia continua de síntomas negativos o tipos atenuados de dos o más de los síntomas de fase activa como creencias extrañas, conducta inusual o excentricidad notable. La persona deja de presentar la agitación constante de la fase activa (Goldman, 2001), sin embargo es el tipo de persona que se ve "rara", sucia, desarreglada, aislada, etc.

1.4. Diagnóstico Diferencial

Al realizar el diagnóstico de esquizofrenia y su respectiva clasificación hay que considerar que dadas sus características puede ser confundida con algún otro trastorno psicótico, por lo que es necesario tomar en cuenta el diagnóstico diferencial el cual debe incluir a los **trastornos mentales debidos a padecimientos médicos generales** en los que hay presencia de delirios y alucinaciones similares a las que se presentan en la esquizofrenia aguda. En estos trastornos hay desorientación y alteraciones de la memoria, que no aparecen en la esquizofrenia; las **psicosis tóxicas** inducidas por estimulantes, alucinógenos o fenciclidina (trastorno psicótico inducido por sustancias, *delirium* inducido por sustancias y demencia persistente inducida por sustancias), en los que se pueden presentar síntomas idénticos a los de la esquizofrenia, pero estos se relacionan con el consumo de determinada sustancia y tienden a desaparecer después del período de supresión; **los trastornos médicos relacionados con el consumo de alcohol**, los cuales pueden impresionar como esquizofrenia paranoide; las **alteraciones metabólicas o trastornos circulatorios** como la anorexia aguda o arteriosclerosis crónica, el hipotiroidismo o esteroides yatrógenos a dosis altas y, en general, la mayoría de las enfermedades del sistema nervioso central de

inicio agudo; los **trastornos graves del estado de ánimo con manifestaciones psicóticas**, en especial del trastorno bipolar, ya que la evolución y el tratamiento para cada una de estas enfermedades es muy diferente; el **trastorno esquizofreniforme** y los **trastornos graves de la personalidad**, en los cuales los síntomas psicóticos suelen permanecer por períodos breves; también hay que diferenciar la esquizofrenia de un **bajo nivel de funcionamiento, conducta extraña o retraso mental**, en los cuales pueden presentarse síntomas similares a los de la esquizofrenia; las **costumbres culturales y religiosas** de cada individuo, pues hay creencias o experiencias dictadas por éstas que pueden ser confundidas con delirios o alucinaciones; y por último hay que considerar que la “**crisis de la adolescencia**” puede dar la impresión de inicio de esquizofrenia, ya que el pensamiento parece estar alterado, experimentan sensación de incremento de la autoconciencia y de que otros pueden conocer sus pensamientos y sentimientos privados, pero estos sentimientos y pensamientos son menos intensos y angustiosos que en los pacientes esquizofrénicos (APA, 2001; Goldman, 2001).

1.5. Epidemiología

Una vez conocidas las características propias de la esquizofrenia, resulta importante mencionar algunos datos sobre la forma en que se presenta en la población, es decir, hablar sobre su epidemiología: su prevalencia a lo largo de toda la vida en la población general es del 1% (0.5 al 1.5% en personas mayores de 15 años), con una incidencia anual de 10 a 15 casos por 100.000 habitantes (APA, 2001; Goldman, 2001; <http://www.iladiba.com/upr/1997/no71997/htm/esquiz.asp>, 2006; <http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>, 2007; James & Jacobson, 2003; Loa, 2003).

Los síntomas psicóticos, como las alucinaciones, usualmente aparecen en los hombres durante la adolescencia o alrededor de los 20 años, mientras que en las mujeres aparecen aproximadamente entre los 25 y 30 años, aunque existen casos en los que la enfermedad aparece después de los 45 años o durante la pubertad. Ambos sexos tienen un pródromo promedio de más de un

año, cuando las personas que los rodean notan los cambios psicosociales, que se manifiestan como aislamiento social, disminución en la efectividad laboral o en las calificaciones, problemas de sueño e irritabilidad (Goldman, 2001; <http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizosph.cfm>, 2007).

Con respecto a la epidemiología de la esquizofrenia, es importante mencionar que en México son pocos los estudios encontrados, pues la mayoría de los estudios realizados sobre Salud Mental abarcan diversos tipos de enfermedades, en especial trastornos del estado de ánimo y abuso de sustancias. Sin embargo, existen reportes de que la esquizofrenia afecta al 1 -2 % de la población (De la Fuente, Medina-Mora & Caraveo, 1997), lo cual indica que en México, con una población de alrededor de 99 millones de habitantes en el año 2000 (según el censo del Consejo Nacional de la Población, 1998) y considerando a la población en riesgo de 15 a 65 años, que equivale a un aproximado de 61 millones de habitantes, se calcula que la cifra de personas que padecen la enfermedad va de 619,550 a un millón 239,101 personas (Valencia, 2001).

1.6. Etiología

Otro punto relevante al hablar sobre la esquizofrenia, es reconocer que es una enfermedad controversial en cuanto a la explicación de su etiología para la cual se han propuesto gran cantidad de factores causales, aunque ninguno ha sido confirmado como el único, por lo que se considera que la esquizofrenia es una patología debida a múltiples causas. Se ha propuesto un modelo biopsicosocial para explicar su etiología, en el que se deben considerar factores tales como: Genética, Datos neurobiológicos, Influencias sociales.

Considerando el **factor genético**, se ha observado que el riesgo de padecer esquizofrenia es mayor entre los familiares cercanos que en la población general. Como ya se ha mencionado, la incidencia de esquizofrenia en la población general es de 1%, pero cuando existe un hermano esquizofrénico la incidencia aumenta a 8%; con un padre esquizofrénico a 12%; con un gemelo dicigótico esquizofrénico la prevalencia es de 12% a 14%; con ambos padres esquizofrénicos es de 39% y con un gemelo monocigótico

esquizofrénico la incidencia se incrementa hasta un 45 o 60%. (Goldman, 2001; <http://www.iladiba.com/upr/1997/no71997/htm/esquiz.asp>, 2006).

Los estudios sobre genética han relacionado hasta la fecha a los cromosomas 5, 6, 8, 10,13 y 15 en la esquizofrenia y aunque estos datos apoyan el papel del facto genético como causa de la enfermedad no son suficientes para asegurar su desarrollo, pues la contribución de cada gen es tan pequeña que no permite que se les considere responsables de causarla (Goldman, 2001; <http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>, 2007; James & Jacobson, 2003).

Respecto a los **datos neurobiológicos** subyacentes en la esquizofrenia, gracias a los avances científicos y tecnológicos como la Tomografía por Emisión de Positrones, la Tomografía Axial Computarizada, la Imagen por Resonancia Magnética (PET, ACT y MRI respectivamente, por sus siglas en ingles) y en la biología molecular, actualmente se sabe que hay factores estructurales y funcionales a nivel cerebral que participan en la esquizofrenia, que pueden involucrar desde alteraciones en los procesos cognitivos elaborados (funciones mentales superiores) hasta alteraciones bioquímicas específicas (Loa, 2003).

En estudios de ACT y de MRI se han observado alteraciones de tipo anatómico relacionadas con la esquizofrenia, en algunos estudios se observó que un subgrupo de esquizofrénicos presentaba ventrículos lateral y tercero de mayor tamaño (lo cual implica cambios en el área limbicoestriada prefrontal) y lóbulos frontal y temporal más pequeños. En otros estudios de MRI, realizados con gemelos monocigóticos, se encontró una disminución en el hipocampo anterior y agrandamiento ventricular en el gemelo afectado (en Goldman, 2001; <http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>, 2007).

Además se han encontrado alteraciones en los sistemas de neurotransmisión que participan en las sinapsis (Goldman, 2001; <http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>, 2007), dentro de los cuales, Loa (2003) reporta las siguientes:

- *Sistema de Dopamina (3-hidroxitiramina) y Serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT)*. Se ha observado que los agonistas de dopamina producen una activación de síntomas positivos y existe evidencia farmacológica de que los antagonistas de dopamina pueden ser utilizados para el tratamiento de la esquizofrenia. De lo anterior se desprende la hipótesis de que la esquizofrenia está asociada con una alteración en la regulación de la dopamina, en la que hay un aumento en la actividad dopaminérgica a nivel subcortical y a la vez una disminución a nivel frontal.

En cuanto a la serotonina, al inhibir a la dopamina, puede servir como un regulador de la actividad de ésta y se ha observado que en la esquizofrenia hay una disminución en la expresión del receptor 5-HT_{2A} en la corteza frontal y una elevación de receptores 5-HT_{1A}.

- *N – methyl – D – Aspartato (NMDA) y Glutamato*. Algunos datos apoyan la hipótesis de que algunas acciones de los antagonistas de NMDA, como la fenciclidina y la ketamina, pueden producir algunos síntomas de esquizofrenia en personas sanas; por otro lado, los coagonistas NMDA pueden producir un ligero mejoramiento de los síntomas. Estos datos apoyan la hipótesis dopaminérgica.

Se han encontrado concentraciones altas de glutamina en pacientes con esquizofrenia, en especial en la región dorsolateral prefrontal izquierda, que se relacionan positivamente con la duración de la enfermedad.

La administración aguda de antagonistas NMDA se asocia con activación súbita de la transición dopaminérgica, que está relacionada con la memoria de trabajo.

- *Ácido – Gama – Amino – Butírico (GABA)*. Como se sabe el GABA es el neurotransmisor inhibitorio por excelencia y varios estudios en pacientes con esquizofrenia han encontrado anomalías en su actividad en el cíngulo anterior y en el hipocampo. En algunos estudios *post-mortem* se ha encontrado aumento en los receptores GABA.

Por otro lado, se han estudiado las **influencias sociales** sobre la evolución y presentación de la esquizofrenia. Se sabe que por lo general, el inicio de la

enfermedad en los jóvenes adultos, coincide con una etapa del desarrollo durante la cual éstos se separan de su familia de origen y comienzan a practicar nuevos roles sociales, experimentan nuevas relaciones con sus compañeros y algunos ejercen una nueva función laboral; por lo que con frecuencia, su inicio se relaciona con el fracaso para adaptarse de manera exitosa a estos cambios (Goldman, 2001).

Goldman (2001) menciona algunos factores sociales que se relacionan con la aparición de la enfermedad en aquellas personas que tienen una susceptibilidad constitucional para desarrollarla, aunque cabe mencionar que esta información aplica para un país desarrollado como lo es Estados Unidos, por lo que sería importante analizarlos en una población como la de México, que es un país en vías de desarrollo y con una estructura social muy diferente. Estos factores son:

- a. Densidad de la población. Mientras menor es la densidad de la población menor es la prevalencia.
- b. Clase socioeconómica. Existe una relación entre la prevalencia y las clases económicas bajas. Las explicaciones a esta relación son, por un lado, que las condiciones de vida en la clase socioeconómica baja constituye factores causales en el desarrollo del trastorno y por el otro, que los pacientes que desarrollan esquizofrenia tienden a bajar de clase social debido a su incapacidad para desempeñarse adecuadamente en diversas funciones de la vida, a su dificultad para comprometerse en trabajos productivos y para formar redes sociales. Estas hipótesis son apoyadas por datos en los que se observa que los individuos esquizofrénicos son más proclives a estar en una clase social inferior que la de sus padres.
- c. Fecha de nacimiento. Los nacidos en invierno son más propensos a desarrollar esquizofrenia. Tanto en Europa como en Estados Unidos, la incidencia aumenta en las personas nacidas entre enero y abril. Este dato ha originado muchas hipótesis, de las cuales la presencia de infecciones prenatales en la madre durante el segundo trimestre del embarazo parece ser la más apoyada.

- d. Industrialización. Se ha observado que en los países en vías de desarrollo la incidencia de esquizofrenia ha aumentado, y que el resultado empeora a medida en que éstos aumentan sus contactos con las naciones industrializadas.

Dentro de las influencias sociales, también se ha considerado la **influencia familiar**, para la cual se han propuesto varias teorías, una de las primeras fue creada por Batenson y sus colaboradores entre 1952 y 1962, ésta se enfocó en patrones de desviación en la comunicación y es conocida como la teoría del “*Doble Vínculo o Doble Mensaje*”, en donde el problema principal en las relaciones familiares es que existe una contradicción en el contenido lingüístico explícito del discurso y el tono emocional de los actos no verbales implícitos en el discurso frente a frente (Benítez, Chávez & Ontiveros, 2005; Goldman, 2001; Rascón, Rascón, Díaz-Martínez & Valencia, 1999). Sin embargo, esta teoría ha sido remplazada por la de la “*Emoción Expresada*” (EE); este término fue creado por Brown a finales de los años 50's, al darse cuenta de que el tipo de familia al que regresaban los pacientes después de ser dados de alta tenía efectos positivos y/o negativos sobre ellos (Rascón, Rascón & Valencia, 2001). Este término es una medida de las actitudes que presenta la familia hacia el paciente que consisten en crítica, sobreinvolucramiento emocional o sobreprotección y hostilidad. Existiendo una relación entre estos factores y la evolución de la esquizofrenia, en especial con las recaídas que se presentan después del primer episodio psicótico (Goldman, 2001; Rascón, Rascón, Díaz-Martínez & Valencia, 1999; Benítez, Chávez & Ontiveros, 2005). En diversos estudios se ha encontrado que a mayor nivel de EE por parte del cuidador mayor es el índice de recaídas del paciente y viceversa, es decir que mientras más criticado, sobreprotegido y tratado con hostilidad sea el paciente más recaerá (Benítez, Chávez & Ontiveros, 2005; Rascón, Rascón, Díaz-Martínez & Valencia, 1999; Rascón, Rascón & Valencia, 2001).

1.7. Tratamiento

Pareciera que carecer de una etiología única de la esquizofrenia podría resultar inconveniente pues resulta complicado explicarla, no obstante, gracias al conocimiento que se tiene sobre las posibles causas de la esquizofrenia se

ha logrado crear diferentes tipos de tratamiento enfocados en dichas causas, aunque varios estudios han demostrado que el más funcional es aquel que conjunta la farmacoterapia con tratamientos psicosociales (<http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>, 2007; James & Jacobson, 2003; Valencia, Lara, Rascón & Ortega-Soto, 2002).

Al hablar del tratamiento farmacológico, se considera que los **medicamentos antipsicóticos** (antes llamados neurolepticos por los efectos secundarios neurológicos que provocan) son el elemento fundamental del tratamiento de la esquizofrenia (<http://www.iladiba.com/upr/1997/no71997/hm/esquiz.asp>, 2006; James & Jacobson, 2003). Estos medicamentos son utilizados para tratar los síntomas positivos y es importante hacer hincapié en que no curan la enfermedad, sólo la controlan (<http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>, 2007; James & Jacobson, 2003).

Hasta la fecha existen dos grandes grupos de antipsicóticos: los llamados clásicos, **típicos** o de 1ª generación, que se caracterizan por bloquear los receptores dopaminérgicos y que son muy eficaces para disminuir los síntomas positivos, pero que provocan bastantes efectos secundarios (el *haloperidol* encabeza este grupo); y los **atípicos** o de 2ª generación, que actúan sobre receptores serotoninérgicos, producen menos efectos secundarios y que son más eficaces en el tratamiento de los síntomas negativos (entre estos encontramos la *clozapina* y la *olanzapina*, entre otros) (<http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>, 2007; <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtml>, 2007; James & Jacobson, 2003).

Lo más nuevo en este tipo de tratamiento son los antipsicóticos de *depósito* o *inyectables*, que se aplican por vía intramuscular y se van liberando poco a poco a lo largo de muchos días; las ventajas de este tipo es que garantizan la liberación de la sustancia, tienen la posibilidad de reducir la dosis a administrar, permiten que el nivel de fármaco en plasma sea predecible y constante y se puede utilizar en pacientes que presentan dificultades de absorción con la

medicación oral. (<http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>, 2007; <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtml>, 2007).

Las desventajas del uso de los antipsicóticos es que provocan efectos secundarios entre los que se encuentran el cansancio, la sequedad de boca, los mareos y el aturdimiento, los trastornos circulatorios y de la vista, estreñimiento y dificultades para orinar, espasmos musculares, síndrome de parkinson producido por la medicación (parkinsonismo), acatisia y discinesia tardía; además pueden aumentar la sensibilidad a la luz solar, aumento de peso y limitaciones en el ámbito sexual (pérdida de excitabilidad normal o excitación constante). En las mujeres, la toma de antipsicóticos puede provocar irregularidades en el ciclo menstrual e incluso amenorreas (<http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>, 2007; <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtml>, 2007).

Es importante mencionar que existen medicamentos para contrarrestar estos efectos secundarios y que la terapia farmacológica para el tratamiento de la esquizofrenia no se basa únicamente en antipsicóticos, estos suelen ir acompañados de antidepresivos, ansiolíticos y/o estabilizadores del humor. (<http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>, 2007; <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtml>, 2007).

Entre las terapias que pueden acompañar al tratamiento farmacológico se encuentran la **psicoterapia individual y de grupo** que como apoyo ayudan a los pacientes a comprender su enfermedad y ajustarse a ella y a la necesidad de tratamiento, a identificar factores que influyen en los síntomas y a idear estrategias para tratar la enfermedad de manera eficaz (<http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>, 2007; James & Jacobson, 2003).

Las sesiones de **terapia familiar o psicoeducación a familiares** ayudan a las familias de esquizofrénicos a comprender la patología y con ello poder ayudar al enfermo. Esta forma de tratamiento es básico si consideramos que

las familias pueden tener un impacto negativo cuando se encuentran altas en su Emoción Expresada (<http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>, 2007; James & Jacobson, 2003; Valencia, Lara, Rascón & Ortega-Soto, 2002).

Dadas las alteraciones que presentan los esquizofrénicos en su funcionamiento, frecuentemente sus habilidades sociales son en extremo pobres, por lo que el **entrenamiento de las habilidades sociales** es muy eficaz para ayudarles a mejorar su calidad de vida; la **rehabilitación vocacional** puede ayudar a algunos individuos, previamente estabilizados, a regresar a roles más productivos en la sociedad (<http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>, 2007; James & Jacobson, 2003; Kopelowicz, Zarate, González, Mintz & Liberman, 2003; Liberman, 1998; Valencia, Rascón, Juárez & Murow, 2007).

El éxito de la conjunción de los tratamientos psicosociales y farmacológico radica en que mientras este último ataca la sintomatología psicótica, el primero ayuda al paciente a crear mejores estrategias de funcionamiento; además hay que destacar que las terapias psicológicas ayudan a que el paciente acepte su tratamiento farmacológico y se comprometa con él, obteniendo mejores resultados en todos los aspectos que envuelven al paciente esquizofrénico (Valencia, Lara, Rascón & Ortega-Soto, 2002).

1.8. Pronóstico

En cuanto al pronóstico de la esquizofrenia, durante la primera mitad del siglo XX se utilizaban como medida las altas del hospital no seguidas por remisión y desde la década de los 70's se han incluido las mediciones de trastorno del pensamiento residual, así como de la función social y laboral, como mejores factores descriptivos de la calidad de vida del paciente; además se deben considerar el estrés y las demandas sociales que se espera cumpla el paciente (Goldman, 2001; Henry & Coster, 1996).

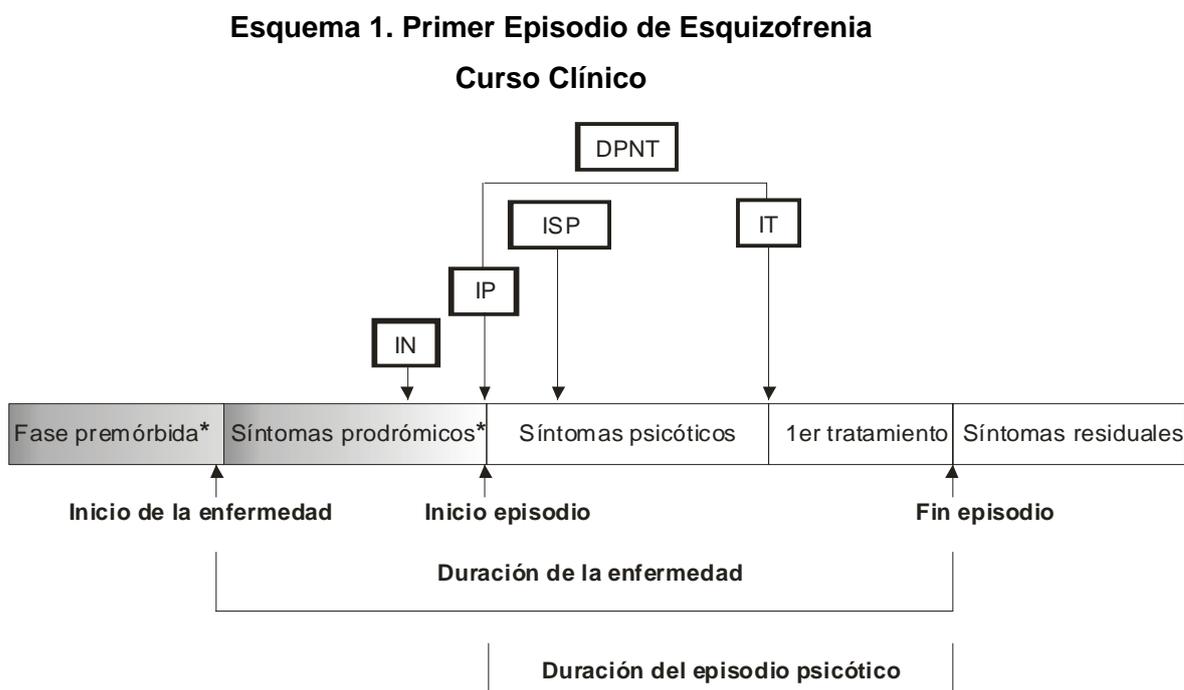
Según el DSM-IV TR hay varios factores que se relacionan con un buen pronóstico, éstos incluyen un buen **ajuste premórbido**, un inicio agudo, una edad de inicio más avanzada, sexo femenino, acontecimientos precipitantes,

alteraciones del estado de ánimo asociadas, tratamiento temprano con medicación antipsicótica (corta **duración de la psicosis no tratada**), buen cumplimiento terapéutico, duración breve de los síntomas de la fase activa, buen funcionamiento entre episodios, síntomas residuales mínimos, ausencia de anomalías cerebrales estructurales, función neurológica normal, historia familiar de trastorno del estado de ánimo y no tener historia familiar de esquizofrenia (APA, 2001).

Partiendo de estos factores, la presente tesis se enfocará únicamente en el estudio del Ajuste Premórbido y la Duración de la Psicosis no Tratada, por lo que a continuación se hace una breve descripción de la literatura encontrada sobre ambas variables.

CAPÍTULO 2. AJUSTE PREMÓRBIDO Y DURACIÓN DE LA PSICOSIS NO TRATADA

Para iniciar el abordaje del Ajuste Premórbido y la Duración de la Psicosis No Tratada, como factores asociados al pronóstico de la esquizofrenia, es de utilidad observar el Esquema 1 donde se muestra el curso clínico del primer episodio de esquizofrenia, en el cual se pueden observar los períodos premórbido y de DPNT.



IN = Inicio de Síntomas Negativos

IP = Inicio de Psicosis, Síntomas Positivos

ISP = Inicio del Síndrome Psicótico

IT = Inicio del Tratamiento

DPNT = Duración de la Psicosis No Tratada

Larse et. al. (1996)

2.1. Ajuste Premórbido

El funcionamiento premórbido o Ajuste Premórbido, está definido como el ajuste psicosocial que presenta el sujeto en las áreas escolar, laboral y de relaciones interpersonales antes de la aparición de síntomas psicóticos evidentes, como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento o del comportamiento, en donde los síntomas no son producto de una causa orgánica y abarca un período de 6 meses antes de la primera hospitalización o contacto con un servicio psiquiátrico especializado (Cannon-Spoor, Potkin & Wyatt, 1982).

A partir de lo anterior, tener un bajo funcionamiento premórbido significa que hay un deterioro en la adaptación psicosocial del sujeto; se ha observado que el deterioro de este funcionamiento es progresivo a través de las etapas del ciclo vital, mostrándose un mayor deterioro durante la adolescencia tardía y la edad adulta, lo cual posiblemente sea debido a la aparición de los síntomas prodrómicos o al inicio de los primeros síntomas psicóticos (Fresán, Apiquián, Ulloa, Loyzaga, Nicolini & Gómez, 2003) y puede ser manifestado por una pobre calidad de vida (Czernikiewicz, Gorecka & Kozak-Sykala, 2005).

En diversos estudios se ha propuesto la existencia de una asociación o relación entre el bajo Ajuste Premórbido y la presencia o acentuación de los síntomas negativos de la esquizofrenia; Crow (1985) describe la anhedonia, anergia, abulia y el afecto aplanado como síntomas negativos asociados con deterioro en el funcionamiento psicosocial, además propone al aislamiento social como reflejo de este deterioro y no como un factor causal.

Kelley, Gilbertson, Mouton y Van Kammen (1992) realizaron un estudio para examinar la relación entre los síntomas negativos y las variables premórbidas en un grupo de 63 pacientes varones con esquizofrenia que no habían recibido medicación antipsicótica; la muestra fue dividida, según el tipo de síntomas que presentaban, en síntomas negativos, síntomas positivos o síntomas mixtos y mediante la aplicación de la EAP (versión en inglés, Premorbid Adjustment Scale PAS) se dividieron según su funcionamiento premórbido durante la niñez, la adolescencia temprana y la adolescencia tardía; los resultados arrojados en

este estudio muestran que los pacientes con síntomas negativos tienen un funcionamiento premórbido significativamente menor durante la adolescencia tardía y se observa un deterioro premórbido significativamente mayor entre la niñez y la adolescencia asociado al desarrollo de síntomas negativos, como manifestaciones tempranas de la enfermedad.

Peralta y Cuesta (1992), realizaron un estudio en el cual, mediante la aplicación de las Escalas de Evaluación de Síntomas Negativos y Positivos de Andreasen y la versión abreviada de la Escala de Ajuste Premórbido de Phillips, encontraron que los rasgos esquizoides premórbidos son precursores de los síntomas negativos de la esquizofrenia.

Así mismo, Addington y Addington (1993) realizaron un estudio en el cual al evaluar a 39 pacientes con esquizofrenia se observó entre otras cosas, que un pobre funcionamiento premórbido está significativamente asociado con los síntomas negativos, con déficit cognitivos y con el sexo masculino.

Por su parte Bailer, Brauer y Rey (1996), en un estudio en el que se aplicó la PAS a un grupo de 163 pacientes con esquizofrenia ingresados al Instituto Central de Salud Mental en Mannheim (Alemania), el Ajuste Premórbido resultó ser un fuerte factor asociado al pronóstico, pues se encontró una asociación significativa con los síntomas negativos; además se encontró que las mujeres presentan un mejor Ajuste Premórbido que los hombres.

Las investigaciones planteadas hasta este punto muestran una relación existente entre el Ajuste Premórbido y los síntomas negativos de la esquizofrenia; sin embargo, como una forma de continuar con la investigación de las variables asociadas con el desarrollo de la esquizofrenia, se ha incrementado el estudio de otras variables que pudieran estar asociadas, tales como el sexo, la edad de inicio del padecimiento, problemas académicos y variables de tipo cognitivo.

Gupta, Rajaprabakaran, Arndt, Flaum y Andreasen (1995) realizaron un estudio para el cual aplicaron una versión modificada de la PAS en una

muestra de 131 pacientes con esquizofrenia paranoide; además de la relación ya mencionada entre los síntomas negativos y el pobre Ajuste Premórbido, este último estuvo relacionado con un inicio temprano de la enfermedad, un curso crónico de la misma y un pobre rendimiento académico.

McClellan, Breiger, Mc Curry y Hlastala (2003) realizaron un estudio en el que se evaluaron a 69 jóvenes con trastornos psicóticos de inicio temprano, utilizando la PAS, en el que encontraron altos niveles de problemas conductuales premórbidos, así como dificultades académicas. Los jóvenes con esquizofrenia (n=27), mostraron altos niveles de retraimiento social premórbido y menos amistades que los pacientes con otros tipos de psicosis, lo cual representa, probablemente, tempranas manifestaciones de síntomas negativos.

Del mismo modo Allen, Frantom, Strauss y van Kammen (2005) al evaluar el funcionamiento académico y social de un grupo de 58 jóvenes con esquizofrenia mediante la aplicación de la PAS a lo largo de 3 períodos de edad (niñez, adolescencia temprana y adolescencia tardía) encontraron un mayor deterioro en el funcionamiento académico durante la adolescencia tardía.

Los hallazgos de un estudio realizado por Rund et. al. (2004) con 207 pacientes del departamento de psiquiatría del Hospital Universitario de Ulleval, en Oslo, a los cuales se les aplicó una batería neuropsicológica, muestran una fuerte relación entre un pobre funcionamiento escolar premórbido y déficit cognitivos, especialmente en aprendizaje verbal y memoria.

Por otro lado, se han realizado estudios en los que se ha encontrado que mientras mejor haya sido el Ajuste Premórbido más pronto remiten los síntomas positivos de la esquizofrenia al recibir medicación antipsicótica (Amminger, Resch, Mutschlechner, Friedrich & Ernst, 1997). También se ha observado que un buen Ajuste Premórbido se relaciona, además de con una mejor respuesta al tratamiento, con menor presencia de síntomas extrapiramidales (Rabinowitz, Harvey, Eerdeken & Davidson, 2006).

En un estudio en el que se compararon 86 pacientes esquizofrénicos con 76 sujetos controles, en el cual se utilizó la PAS para probar su capacidad para evaluar el Ajuste Premórbido en las diferentes etapas del ciclo vital, se incluyó la comparación de los pacientes de acuerdo al subtipo de esquizofrenia y se observó que los pacientes con esquizofrenia paranoide presentan un mejor Ajuste Premórbido (Cannon-Spoor y cols. 1982).

La importancia de evaluar el Ajuste Premórbido radica en que previo a al inicio de la psicosis aguda, hay ciertas conductas precursoras reflejadas en el funcionamiento que pueden predecir futuras manifestaciones de la enfermedad, es decir, que la patogénesis de la enfermedad se manifiesta, de manera sutil, previo a la presentación de los síntomas psicóticos (Strous, 2004).

Larsen et. al. (2004), realizaron una investigación en la que se evaluó a 335 pacientes con esquizofrenia mediante la aplicación de la PAS encontrando que aquellos pacientes con un curso social estable en comparación con los que tienen mayor deterioro, tiene una duración de la psicosis no tratada más corta, tienen más amistades y menos síntomas negativos y que un buen funcionamiento académico en la infancia correlaciona con mayor educación, más actividades y mejores trabajos.

En una revisión de la literatura realizada por Leung y Chue (2000) con la finalidad de reportar las diferencias que se presentan en la esquizofrenia según el género, encontraron que los hombres en comparación con las mujeres presentan un peor Ajuste Premórbido, un inicio más temprano de la enfermedad, mayor presencia de síntomas negativos y déficit cognitivos más acentuados; asimismo se observaron mayores anormalidades neurofisiológicas y estructurales.

En México también se han realizado estudios sobre el Ajuste Premórbido, aunque la mayoría han sido de tipo exploratorio y en los cuales se han incluido gran cantidad de variables y se han realizado en pacientes con un primer episodio psicótico, por lo que surge el interés de hacer un análisis más detallado en cuanto a las psicosis que se incluyen. Fresán, Apiquián, Ulloa,

Loyzaga, Nicolini y Gómez (2003), realizaron un estudio a partir del cual y coincidiendo con los hallazgos de otros estudios, se encontró que los hombres presentan un bajo funcionamiento premórbido, asociado a un mayor índice de síntomas negativos y un mayor intervalo entre el inicio de los síntomas y la hospitalización, en comparación con las mujeres.

En los estudios realizados en México se ha incluido la Duración de la Psicosis No Tratada como variable asociada con el Ajuste Premórbido y al igual que en algunos estudios internacionales, los hallazgos han llevado a hablar de la existencia de dos fenotipos para los trastornos psicóticos, el primero se caracteriza por un pobre Ajuste Premórbido, una Duración de la Psicosis No Tratada más prolongada, inicio insidioso de la enfermedad, un patrón estable de síntomas negativos y sexo masculino, mientras que el segundo está caracterizado por un buen Ajuste Premórbido, un período más corto de Psicosis No Tratada, inicio agudo, ausencia de un patrón de síntomas negativos estables y sexo femenino (Fresán, Apiquián, Ulloa, García-Anaya, Loyzaga & Nicolini, 2003; Van Mastrigt & Addington, 2002).

2.2. Duración de la Psicosis No Tratada

Como variable asociada al Pronóstico y al Ajuste Premórbido, resulta de interés hablar sobre la Duración de la Psicosis no Tratada (DPNT), que se refiere al intervalo de tiempo entre la aparición de los síntomas psicóticos y el inicio de un tratamiento adecuado (equivalencia a 5 mg/día de haloperidol durante 4 semanas). Los pacientes que presentan una DPNT larga (>54 semanas) tienden con mayor frecuencia a ser hombres, a tener síntomas negativos y bajo funcionamiento premórbido en la adolescencia tardía y en la etapa adulta (Larsen, Mc Glashan, Johamessen & Vibe-Hansen, 1998).

Antes de hablar de lleno sobre la DPNT es importante mencionar que la importancia de su estudio se relaciona con una situación muy grave a la que se enfrenta la población y no sólo mexicana, sino mundial: el retraso en la búsqueda de tratamiento.

Se han realizado gran cantidad de estudios en lo que se ha demostrado que las personas tardan mucho tiempo en buscar ayuda especializada una vez que comienzan los síntomas psicóticos, siendo los familiares los primeros en reconocer los síntomas prodrómicos. Además es importante mencionar que en la mayoría de los casos, los pacientes son evaluados por médicos generales u otros servicios de salud, los cuales establecen diagnósticos inadecuados, retrasando así el inicio del tratamiento, lo que repercute en el pronóstico de los pacientes. Existen reportes de que la DPNT es considerada un problema de salud pública ya que es más larga de lo que gustaría reconocer (Apiquián, 1997).

En el año de 1988, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó un estudio multicéntrico para evaluar la trayectoria que siguen los pacientes en busca de ayuda antes de llegar a un servicio especializado de psiquiatría, en dicho estudio estuvo incluido México. En general se observó que el retraso en la búsqueda de atención fue menor en los países que cuentan con servicios descentralizados de psiquiatría y mayor en aquellos en los que hay más curanderos y se recurre a la medicina alternativa. Lo reportado indicó que las principales fuentes de referencia son los médicos generales y los hospitales de segundo nivel. Según este estudio, en México, las principales causas para el retraso en la búsqueda de ayuda fueron la carencia de recursos económicos y la atención con algún otro profesional (Psicólogo y Trabajador Social) diferente al psiquiatra, principalmente en los pacientes provenientes de los Centros de Salud. También se observó que los pacientes del Seguro Social mostraron retraso en el contacto con el psiquiatra debido a tratamientos incorrectos y demora en la canalización al servicio de psiquiatría (Caraveo & Mass-Condés, 1990).

En otro estudio realizado por la OMS, en el cual también estuvo incluido México, realizado para evaluar los caminos que siguen los pacientes antes de llegar a un servicio especializado de psiquiatría, se encontró, entre otras cosas, que los pacientes mexicanos buscan ayuda principalmente en grupos religiosos por lo que rechazan otro tipo de tratamientos, lo cual retrasa su llegada a servicios especializados e incluso se reporta que algunos no llegan a tener

contacto con este tipo de servicios. En este estudio también se menciona que el retraso en la búsqueda de tratamiento psiquiátrico en las poblaciones estudiadas es de entre 5 y 20 años (con un promedio de 22 semanas), por su parte la mediana del retraso encontrada en México entre la primera presentación de los síntomas y la primera búsqueda de atención fue de 32 semanas, la cual es muy alta en comparación con otros países como Kenia (Nairobi), donde fue de una semana. Otro punto relevante en este estudio se refiere al tipo de tratamiento inicial que reciben los pacientes, el cual en la mayoría de los países evaluados fue prescrito por médicos generales y consistió en medicación sedante, aunque en México no se sigue dicho patrón, pues se atienden más síntomas de enfermedades médicas no psiquiátricas (Gater, et. al., 1991).

Medina-Mora et. al. (1992) realizaron un estudio con una muestra de hogares a nivel nacional, sobre la utilización de servicios tanto formales como informales de salud, en el cual encontraron que los familiares y amigos constituyen el primer recurso (54%) al que acude la población cuando padece problemas emocionales, síntomas depresivos e ideación suicida, seguido por la automedicación (15%) y los sacerdotes (10%). Reconociéndose que las razones por las cuales las personas no solicitan ayuda especializada son de tipo personal (relacionadas con prejuicios) y por desconocimiento de los servicios de salud mental.

En cuanto a la utilización de los servicios de salud mental en las zonas rurales, se ha observado que es muy limitada, debido a la carencia de estos en dichas zonas, por lo que las persona suelen acudir a servicios alternativos como amistades, sacerdotes o empleo de remedios caseros (Salgado de Snyder, Díaz-Pérez & Maldonado, 1995).

Según el Estudio Mexicano sobre el Primer Episodio Psicótico, la DPNT fue de 64 semanas, similar a lo reportado en diversos estudios realizados sobre el tema y el promedio en los diferentes estudios es de uno a dos años, con una mediana de alrededor de 6 meses (Apiquían et. al., 1997, 1998).

Se ha observado que la corta DPNT está asociada con la frecuencia con que se acude al médico, aunque no sea especialista. En un estudio realizado por Skeate, Jackson, Birchwood y Jones (2002), se encontró que los pacientes que presentan una DPNT corta, son aquellos que mantienen contacto frecuente con su médico de cabecera aproximadamente 6 años antes al inicio de los síntomas psicóticos.

Respecto a la DPNT y su relación con la esquizofrenia, se ha establecido como un factor pronóstico, pues mientras más larga sea la DPNT peor será el pronóstico del paciente (Apiquián, Fresán, García-Anaya, Lozaga & Nicolini, 2006; Drake, Haley, Katar & Lewis, 2000; Loebel et. al., 1992; Marshall et. al., 2005).

Bottlender et. al. (2003) llevaron a cabo un estudio para investigar la relación entre la DPNT y un pobre pronóstico, en una muestra de 58 pacientes con esquizofrenia; evaluaron a los pacientes en su primera hospitalización y 15 años después y encontraron que una larga DPNT estuvo asociada con síntomas negativos más pronunciados así como un menor funcionamiento global a los 15 años de su primera admisión al hospital.

Se han realizado gran cantidad de estudios sobre la relación que puede existir entre la DPNT y otras variables como el tipo de síntomas, la respuesta al tratamiento, la función social y cognitiva, el sexo, entre otras.

Actualmente, se ha propuesto que una detección temprana de la enfermedad está relacionada con el mejoramiento de los síntomas negativos de la esquizofrenia a un año del inicio del tratamiento con medicamentos antipsicóticos; aunque esta respuesta no se observa en los síntomas positivos, en el funcionamiento general, en la calidad de vida y en el tiempo de remisión de los síntomas, variables en las que se observa el mismo comportamiento en poblaciones con detección temprana y no temprana (Larsen et. al., 2006).

Como lo describen Fuchs y Steinert (2004), la DPNT puede ser un factor relacionado con las remisiones, el funcionamiento social y la severidad de los

síntomas de los pacientes. En un estudio realizado con 110 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, se encontró que existe una relación entre la DPNT, la abulia y la anhedonia (Malla et. al., 2002). Así, la DPNT es considerada como un predictor significativo del mejoramiento o empeoramiento de los síntomas negativos de la esquizofrenia (de Haan, van Der Gaag & Wolthaus, 2000; Oosthuizen, Emsley, Keyter, Niehaus & Koen, 2005).

En un estudio realizado con 79 pacientes que presentaban su primer episodio de esquizofrenia, mediante la aplicación de las Escalas de Evaluación de Síntomas Negativos y Positivos (SANS y SAPS respectivamente, por sus siglas en inglés) y la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS, por sus siglas en inglés) al momento de la admisión al hospital y al momento del egreso del mismo, se encontró que una DPNT corta estuvo relacionada con una disminución en las puntuaciones de la BPRS y la SANS al momento del egreso hospitalario y una larga DPNT se relacionó con las puntuaciones de la SAPS, por lo cual los autores consideran que la DPNT puede ser un fuerte predictor de la respuesta al tratamiento (Ucok, Polat, Genc, Cakir & Turan, 2004).

Black et. al. (2001) realizaron un estudio con 19 pacientes con psicosis no afectivas (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno esquizofreniforme) que no habían recibido tratamiento previo, con la finalidad de evaluar la asociación entre la DPNT y los resultados clínicos de los pacientes. Aplicaron la Entrevista para la Evaluación Retrospectiva del Inicio de la Esquizofrenia (IRAOS, por sus siglas en inglés), la Escala de Síntomas Positivos y Negativos de Esquizofrenia (PANSS, por sus siglas en inglés) y la Evaluación Global de Funcionamiento (GAF, por sus siglas en inglés) al momento del ingreso al hospital y a los 6 meses de recibir tratamiento. En su análisis encontraron que los síntomas negativos fueron más severos en los pacientes con una DPNT larga, los cuales también presentaron mayor pasividad, apatía y retraimiento social, con lo cual se concluyó que los pacientes con una DPNT larga presentan pobres resultados clínicos, pues presentan menor respuesta al tratamiento y en general requieren mayores recursos e intervenciones más severas en comparación con los pacientes con una DPNT corta.

Alptekin et. al. (2005) realizaron un estudio para investigar las variables relacionadas con la incapacidad psicosocial que presentaban 382 pacientes con esquizofrenia a lo largo de un año de seguimiento, para este objetivo utilizaron el Cuestionario Breve de Incapacidad (BDQ, por sus siglas en inglés). Los autores encontraron que las mujeres mostraron una mayor incapacidad que los hombres, así mismo, se observó mayor incapacidad en los pacientes con subtipo desorganizado y residual en comparación con los otros subtipos de la esquizofrenia; además encontraron que los síntomas negativos y la DPNT fueron dos predictores significativos de la discapacidad psicosocial.

Amminger, Edwards, Brewer, Harrigan y McGorry (2002) realizaron un estudio con 42 pacientes (30 hombres y 12 mujeres) que presentaban su primer episodio de esquizofrenia, para evaluar la asociación entre la DPNT y la función cognitiva y encontraron que una larga DPNT está relacionada con un mayor déficit cognitivo después del primer episodio psicótico.

Como muestran los hallazgos de algunas investigaciones, el Ajuste Premórbido está relacionado con la Duración de la Psicosis No Tratada, sin embargo, esta relación ha sido poco estudiada, por lo cual resulta necesario hacer un análisis más profundo; por otro lado la mayoría de los datos reportados hasta ahora han sido obtenidos de investigaciones realizadas en otros países, pues en México es poca la investigación que se ha llevado a cabo sobre el tema, por lo que resulta importante su estudio en nuestra población.

MÉTODO

Planteamiento del Problema

Hasta la fecha, son pocas las investigaciones sobre Ajuste Premórbido y DPNT realizadas en México. Los hallazgos de estos estudios, similares a los de otras investigaciones, muestran que tanto el Ajuste Premórbido como la DPNT son dos variables que están asociadas entre sí, con los síntomas negativos, el sexo masculino y déficit cognitivos; por otro lado, resulta importante mencionar que ambas se vinculan con el pronóstico de la esquizofrenia. Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre DPNT, en especial los realizados en México, se han llevado a cabo en pacientes con primer episodio psicótico, debido a que el deterioro es menor en comparación con aquellos que tienen un tiempo de evolución más prolongado, lo cual dificulta la confiabilidad en los estudios retrospectivos o han sido realizados con pacientes que padecen trastornos del estado de ánimo y otros tipos de padecimientos psiquiátricos que no involucran psicosis ni esquizofrenia específicamente, de lo cual se desprende la relevancia de este estudio, cuyo propósito fue analizar la posible asociación que existe entre el Ajuste Premórbido y la DPNT en un grupo de pacientes con esquizofrenia paranoide.

Objetivo General

Determinar la relación entre el Ajuste Premórbido y la DPNT en un grupo de pacientes con esquizofrenia paranoide y realizar la comparación entre subgrupos de Ajuste Premórbido (bajo y alto) y DPNT (larga y corta).

Objetivos Específicos

- 1.- Describir el Ajuste Premórbido a lo largo de las etapas del ciclo vital en un grupo de pacientes con esquizofrenia paranoide.
- 2.- Describir el período de tiempo de la DPNT en un grupo de pacientes con esquizofrenia paranoide.
- 3.- Determinar las diferencias sociodemográficas entre pacientes con una DPNT larga y una DPNT corta.
- 4.- Determinar las diferencias en el Ajuste Premórbido en las diferentes etapas del ciclo vital a partir de la categorización de la DPNT en larga y corta.

Hipótesis

H1

H_0 = No habrá diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con un bajo Ajuste Premórbido y un alto Ajuste Premórbido respecto a la DPNT.

H_1 = Habrán diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con un bajo Ajuste Premórbido y un alto Ajuste Premórbido respecto a la DPNT.

H2

H_0 = No habrá diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con DPNT larga y corta en cuanto a la edad de inicio del padecimiento, el número de hospitalizaciones psiquiátricas y la escolaridad.

H_1 = Habrán diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con DPNT larga y corta en cuanto a la edad de inicio del padecimiento, el número de hospitalizaciones psiquiátricas y la escolaridad.

H3

H_0 = No habrá diferencias estadísticamente significativas en cuanto al Ajuste Premórbido a lo largo de las etapas del ciclo vital entre pacientes con una DPNT larga y aquellos con una DPNT corta.

H_1 = Habrán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al Ajuste Premórbido a lo largo de las etapas del ciclo vital entre pacientes con una DPNT larga y aquellos con una DPNT corta.

Tipo y Diseño del Estudio

Debido a que no se pretendió buscar una causalidad entre las variables y a que las mismas no fueron manipuladas, se trató de un estudio no experimental, transversal, comparativo de casos, en el que se pretendió describir cómo se presentaban las variables en la población de estudio, con el fin de conocer si existía una relación entre el Ajuste Premórbido y la DPNT en un grupo de pacientes con esquizofrenia paranoide a partir de dos subgrupos de estudio: el primero, conformado por pacientes con una DPNT corta y el segundo por aquellos pacientes con una DPNT larga.

Variables

- *Ajuste Premórbido*. Se define como el ajuste psicosocial del individuo en las áreas escolar, laboral, social y de relaciones interpersonales anterior a la aparición de síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento o trastornos del comportamiento en donde los síntomas no son producto de una causa orgánica (Cannon-Spoor et. al., 1982).
- *Duración de la Psicosis No Tratada (DPNT)*. Se define como el intervalo de tiempo comprendido entre el inicio de los síntomas psicóticos y el inicio del tratamiento específico con antipsicóticos (equivalencia a 5mg/día de haloperidol durante 4 semanas) (Larsen et. al., 1998).

Población de Estudio y Escenario

La muestra para la realización de este estudio fue obtenida de la base de datos del estudio “Factores Asociados a la Conducta Violenta en hermanos Afectados con Esquizofrenia” (Fresán, 2005), de la cual se tomaron únicamente los datos de aquellos pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: Tener diagnóstico de esquizofrenia paranoide de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV TR, ambos sexos y edad entre 18 - 60 años. Los criterios de exclusión fueron: Pacientes cuyo diagnóstico principal no fuera el de esquizofrenia paranoide, que fueran menores de 18 años y mayores de 60 años, que tuvieran un trastorno psicótico secundario al abuso de sustancias como diagnóstico primario o enfermedad médica que confundiera el diagnóstico de esquizofrenia y que presentaran dificultad para comunicarse y cooperar.

Escalas e Instrumentos

- *Formato de Datos Clínico-Demográficos (FDCD)*. El formato de datos clínico-demográficos diseñado previamente (Apiquián et. al., 1997) se compone de siete áreas conformadas por diversos reactivos en donde se registra y concentra la información necesaria de las principales características demográficas y clínicas de cada uno de los pacientes evaluados. Para la aplicación de este formato es necesario realizar un

interrogatorio dirigido tanto al paciente como al familiar (es) que tenga un contacto estrecho y mayor conocimiento sobre la evolución de la enfermedad del paciente en estudio.

La sección de "Datos Generales" contiene la ficha de identificación del paciente, en donde se incluye su edad al momento del estudio, el género, su estado civil, la escolaridad del paciente completada en años, su nivel socioeconómico (basado en los parámetros empleados en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz") y su ocupación actual. En esta sección se encuentra un reactivo correspondiente al "Familiar de Referencia", en donde se registran los datos completos de por lo menos uno de los familiares, con el objetivo de poder localizar al paciente en caso de perderlo durante alguna de las entrevistas.

La sección denominada "Diagnóstico y Características del Padecimiento" contiene datos tales como el tipo de esquizofrenia, la cronicidad del padecimiento y la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, además de una serie de preguntas previamente elaboradas con la finalidad de recabar información de las principales características clínicas del padecimiento como son: la edad de inicio del padecimiento, la edad del paciente en su primera hospitalización psiquiátrica (en caso de haber sido hospitalizado durante el curso del padecimiento), el número total de hospitalizaciones, el período de tiempo total de las hospitalizaciones (registrado en semanas) y la duración de la psicosis no tratada (DPNT). Esta información se obtuvo mediante una evaluación retrospectiva teniendo como fuentes de información al paciente y sus familiares (Anexo 1).

- *Escala de Ajuste Premórbido (EAP)*. La Escala de Ajuste Premórbido está diseñada para evaluar el nivel de funcionamiento en cuatro aspectos de las diferentes etapas del ciclo vital del sujeto: a) socialización y aislamiento, b) relaciones de amistad y compañerismo, c) capacidad para funcionar fuera del núcleo familiar y, d) capacidad para la vinculación sociosexual. Los cuatro períodos del ciclo vital evaluados son: la infancia (hasta los 11 años), la adolescencia temprana (12-15 años), adolescencia tardía (16-18 años) y la edad adulta (19 años en adelante). En la sección final de la escala se encuentra una valoración general de los aspectos globales del

funcionamiento general que busca estimar el nivel más alto de funcionamiento alcanzado por el sujeto antes de enfermarse.

El objetivo de la escala es la medición del funcionamiento premórbido definido como el período de tiempo anterior a la aparición de síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento o trastornos del comportamiento en donde los síntomas no son producto de una causa orgánica. La evaluación se basa en la información obtenida de los expedientes clínicos, de los familiares o bien del mismo paciente cuando las condiciones del cuadro clínico lo permitan.

Cada sección de la escala se compone de áreas de funcionamiento descritas con diferentes enunciados y cada uno de éstos tiene una calificación específica, el rango es de 0 a 6, el "0" corresponde al nivel más alto de calificación y el "6" representa el nivel más bajo. La puntuación total de cada uno de los períodos del ciclo vital evaluados, así como la puntuación total de la escala es de tipo intervalar y el rango va de 0 a 1, en donde 1 representa el funcionamiento más bajo (Cannon-Spoor et. al., 1982). La puntuación media de la calificación total de la EAP se utiliza como punto de corte para dividir la muestra en bajo funcionamiento premórbido y buen funcionamiento premórbido, definición propuesta por Haas y Sweeney (Hass & Sweeney, 1992).

Para validar la EAP se compararon los resultados de sus totales en un grupo control de sujetos sin diagnóstico psiquiátrico y en un grupo de pacientes con esquizofrenia, encontrando que las puntuaciones del grupo control fueron significativamente diferentes en cada una de las subescalas de la EAP, al igual que el promedio de la puntuación total de la escala, en donde los pacientes con esquizofrenia mostraron un funcionamiento más bajo. La confiabilidad interevaluador de la EAP se realizó a partir de la evaluación de 11 pacientes por dos evaluadores con amplia experiencia en el uso de la EAP. Tras la revisión de los resultados obtenidos por ambos evaluadores se encontró un coeficiente de relación intraclase de 0.85 ($p=0.0001$) (Cannon-Spoor et. al., 1982).

La validación de la EAP en México se realizó con un grupo de 30 pacientes con esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" y un grupo control de 30 sujetos sin diagnóstico psiquiátrico obtenidos del

personal de la misma institución. El diagnóstico de esquizofrenia se confirmó mediante la aplicación del CIDI y a ambos grupos se les aplicó la EAP. La consistencia interna (alfa Cronbach) del instrumento fue de 0.76 y el grupo de pacientes con esquizofrenia tuvo puntajes significativamente menores en todas las dimensiones de la EAP en comparación con los controles sanos. Tras estos resultados, se concluyó que la versión en español de la EAP tuvo una adecuada consistencia interna y que discrimina, de forma similar a la escala original, entre los casos con esquizofrenia y los controles sanos (López, Rodríguez, Apiquían, Páez & Nicolini, 1996) (Anexo 2).

Procedimiento

Se realizó un análisis estadístico de los datos derivados de la base de datos del estudio denominado “Factores Asociados a la Conducta Violenta en Hermanos Afectados con Esquizofrenia” (Fresán, 2005), para cuya obtención se realizó el siguiente procedimiento:

Se realizó la selección de pacientes de forma consecutiva en el servicio de Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, en la búsqueda de pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide hasta que el número de pacientes deseado (80 pacientes) fue completado.

A los candidatos que pasaron el escrutinio se les explicó el estudio y se les pidió su consentimiento informado (Anexo 3). Una vez que el paciente brindó su consentimiento informado y se confirmó por un psiquiatra del Instituto el diagnóstico de esquizofrenia paranoide de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV, se completó el “Formato de Datos Clínico-Demográficos” (FDCCD). Para su correcto llenado se utilizó una guía semiestructurada basada en otros instrumentos y la recolección de los datos se hizo mediante un interrogatorio directo con el paciente y su familiar (es) que tuviera un contacto estrecho con el paciente y pleno conocimiento de la evolución de su padecimiento.

Una vez completado el FDCD el cual incluyó la valoración de la DPNT, se aplicó la Escala de Ajuste Premórbido (EAP) (Cannon-Spoor et. al., 1982; López, Rodríguez, Apiquián, Páez & Nicolini, 1996). Las fuentes de información para el correcto llenado de la escala fueron los pacientes y su familiar (es) a cargo.

La DPNT se evaluó de acuerdo a los criterios propuestos por Larsen et. al. (1998), en donde el inicio de los síntomas se define como la presencia de alucinaciones, delirios, suspicacia y trastornos del pensamiento de intensidad moderada. A partir de la distribución de esta variable en los casos analizados se utilizó la mediana para dividir la muestra en DPNT larga y DPNT corta.

Para la realización del estudio se incluyeron cuatro períodos del ciclo vital: infancia (hasta los 11 años), adolescencia temprana (12-15 años), adolescencia tardía (16-18 años) y edad adulta (19 años en adelante). Se valoró el Ajuste Premórbido global de los individuos en cada uno de estos períodos así como el Ajuste Premórbido global del individuo anterior al inicio de la esquizofrenia.

La evaluación del Ajuste Premórbido se realizó por medio de la Escala de Ajuste Premórbido para Pacientes con Esquizofrenia (EAP) (Cannon-Spoor et. al., 1982). La puntuación media de la calificación total de la EAP se utilizó como punto de corte para dividir la muestra en bajo funcionamiento premórbido y buen funcionamiento premórbido de acuerdo a la definición propuesta por Haas y Sweeney (Haas & Sweeney, 1992).

La duración total de las aplicaciones fue de aproximadamente 40 minutos por cada paciente.

Consideraciones Éticas

Los datos obtenidos para realizar este estudio fueron utilizados únicamente con fines de investigación y se mantuvo en todo momento el anonimato de los pacientes, por lo cual la información reportada fue completamente confidencial.

RESULTADOS

En análisis de resultado se realizó de la siguiente manera:

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (+/-) para las variables continuas. Como pruebas de hipótesis para la comparación entre grupos (DPNT larga y DPNT corta) se utilizó la Chi Cuadrada (χ^2) para contrastes de variables categóricas y la t de Student para muestras independientes para contrastes de las variables continuas. Para evaluar la asociación lineal entre la DPNT y el Ajuste Premórbido se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. El nivel de significancia estadística se fijó con una $p \leq 0.05$.

La muestra estuvo conformada por un total de 80 pacientes, en el Cuadro 1 se observan las características demográficas y en el Cuadro 2, las características clínicas.

Cuadro 1. Características Demográficas

	N	%
Género		
Hombres	50	62.5
Mujeres	30	37.5
Nivel socioeconómico		
Bajo	51	63.8
Medio	29	36.3
Estado Civil		
Con pareja	6	7.5
Sin pareja	74	92.5
Actividad		
Actividad remunerada	55	31.2
Sin actividad	51	51.3
Hogar	8	10.0
Estudiante	6	7.5
	Años	Rango
Edad promedio	31.9 +/- 7.0	18-47 años
Escolaridad	10.1 +/- 3.5	1-19 años de estudio

Cuadro 2. Características Clínicas

	Promedio	Rango
Edad de inicio de la esquizofrenia	19.5 +/- 4.4 años	11-35 años
Hospitalizaciones psiquiátricas	<i>n= 61 pacientes</i>	76.2 %
Edad de la primera hospitalización psiquiátrica	24.0 +/- 6.2 años	12-42 años
Promedio de hospitalizaciones	4.4 +/- 4.0 hospitalizaciones	1-20 hospitalizaciones
Estancia intrahospitalaria	27.4 +/- 53.4 semanas	1-400 semanas

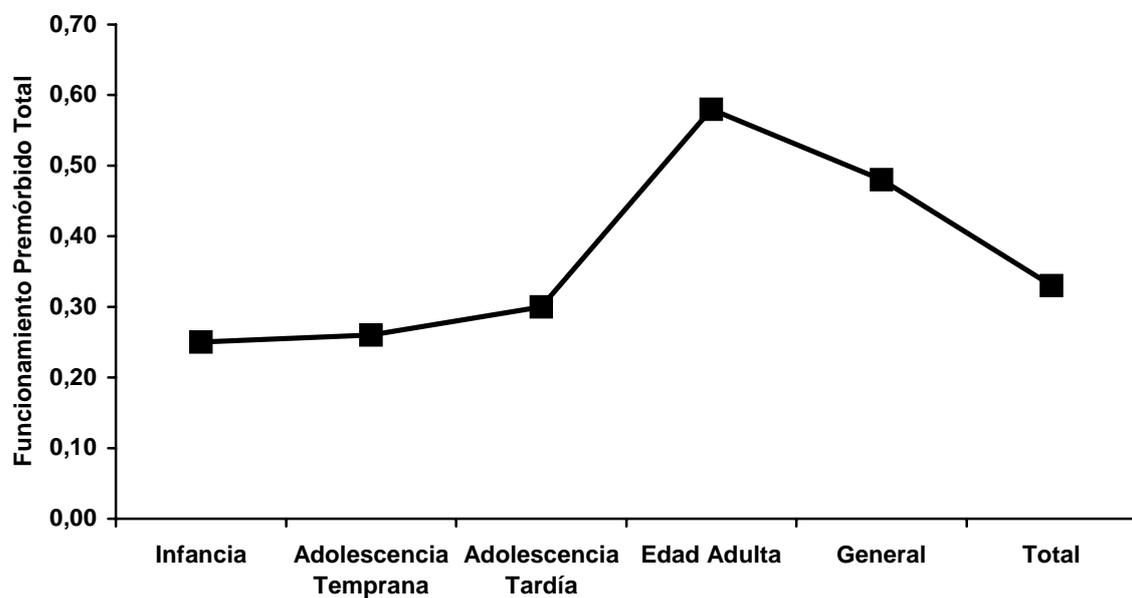
En cuanto al Ajuste Premórbido, en la Tabla 1 se muestran las puntuaciones promedio de las áreas evaluadas mediante la Escala de Ajuste Premórbido (EAP).

Tabla 1. Escala de Ajuste Premórbido del total de la muestra.

Área de funcionamiento	Media	D. E.
<i>Infancia</i>		
Sociabilidad y Aislamiento	1.3	1.2
Amistad y Compañerismo	1.9	1.2
Desempeño Escolar	2.3	1.5
Adaptación a la escuela	0.7	1.2
<i>Adolescencia Temprana</i>		
Sociabilidad y Aislamiento	1.5	1.2
Relaciones con los demás	2.0	1.0
Desempeño Escolar	2.4	1.3
Adaptación a la escuela	0.7	1.0
Aspectos sociosexuales	1.2	1.5
<i>Adolescencia Tardía</i>		
Sociabilidad y Aislamiento	1.7	1.5
Relaciones con los demás	2.2	1.0
Desempeño Escolar	2.6	1.5
Adaptación a la escuela	0.9	1.2
Aspectos sociosexuales	1.3	1.8
<i>Edad Adulta</i>		
Sociabilidad y Aislamiento	2.0	1.5
Relaciones con los demás	3.0	1.2
Aspectos sociosexuales	3.2	1.8
<i>General</i>		
Educación	3.2	1.8
Trabajo remunerado	1.7	1.6
Desempeño laboral o escolar	3.4	1.9
Cambios laborales	2.2	1.8
Independencia	3.6	1.3
Nivel más alto de funcionamiento	3.6	1.3
Ajuste socio-personal	2.7	1.2
Grado de interés en la vida	3.0	1.1
Nivel de energía	2.8	1.1

De la misma forma, en la Gráfica 1 se muestra el Funcionamiento Premórbido total de cada una de las áreas del ciclo vital evaluadas con la Escala de Ajuste Premórbido de la muestra; el Ajuste Premórbido total de los pacientes fue de 0.3 +/- 0.1 (rango 0.09-0.63)

Gráfica 1. Ajuste Premórbido en las áreas del ciclo vital de la muestra.



Por otro lado, la DPNT promedio de la muestra fue de 157.6 +/- 241 semanas (rango 1-1352 semanas) con una mediana de 55 semanas. En la Tabla 2 se observan las características demográficas y clínicas de la muestra a partir de la DPNT.

Tabla 2. Características demográficas y clínicas a partir de la DPNT.

	DPNT Corta		DPNT Larga		Estadística
	n	%	n	%	
Género					
Masculino	24	60.0	26	65.0	$\chi^2=0.21$, 1 gl, $p=0.64$
Femenino	16	40.0	14	35.0	
Estado Civil					
Sin pareja	36	90.0	38	95.0	$\chi^2=0.72$, 1 gl, $p=0.39$
Con pareja	4	10.0	2	5.0	
N. Socioeconómico					
Medio	15	37.5	14	35.0	$\chi^2=0.05$, 1 gl, $p=0.81$
Bajo	25	62.5	26	65.0	
Ocupación					
Sin ocupación	26	65.0	29	72.5	$\chi^2=0.52$, 1 gl, $p=0.46$
Con ocupación	14	35.0	11	27.5	
	Media	D. E.	Media	D. E.	
Edad	31.7	6.9	32.0	7.2	$t=-0.1$, 78 gl, $p=0.86$
Escolaridad	11.1	3.4	9.2	3.4	$t=2.4$, 78 gl, $p=0.01$
Edad de Inicio	20.9	4.7	18.2	3.7	$t=2.8$, 78 gl, $p=0.006$
Edad 1ª Hospitalización	25.8	6.4	22.1	5.5	$t=2.4$, 59 gl, $p=0.01$
Núm. Hospitalizaciones	4.9	4.7	4.0	3.2	$t=0.9$, 59 gl, $p=0.35$
Tiempo Hospitalización	25.4	26.7	29.4	70.7	$t=-0.2$, 59 gl, $p=0.77$

De acuerdo a las características clínicas que se observan en la Tabla 2 se refuta la segunda Hipótesis nula y se acepta parcialmente la segunda Hipótesis alterna, al observarse diferencias significativas en la edad de inicio del padecimiento y la escolaridad entre los pacientes con una DPNT corta y larga.

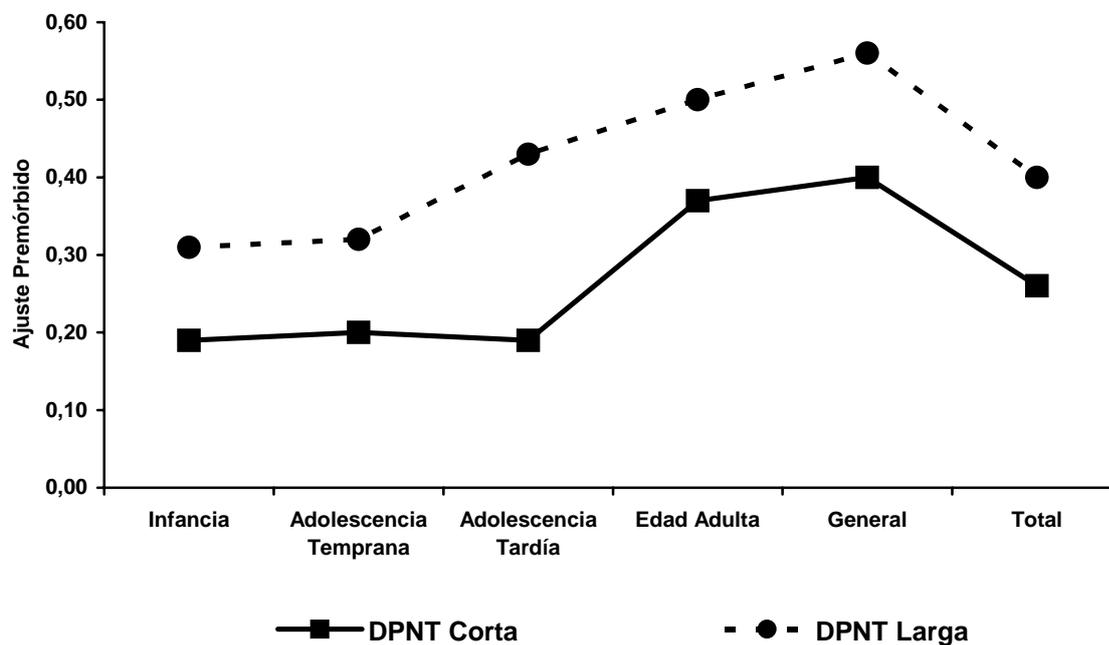
En la Tabla 3 se muestra la comparación de las áreas de funcionamiento evaluadas con la EAP entre pacientes con una DPNT corta y una DPNT larga.

Tabla 3. Escala de Ajuste Premórbido por grupos de DPNT.

Área de funcionamiento	DPNT Corta		DPNT Larga		Estadística
	Media	D. E.	Media	D. E.	
Infancia					
Sociabilidad y Aislamiento	0.8	0.9	1.8	1.3	t=-3.7, 78 gl, p<0.001
Amistad y Compañerismo	1.5	1.0	2.3	1.2	t=-2.7, 78 gl, p=0.007
Desempeño Escolar	2.0	1.4	2.5	1.6	t=-1.3, 78 gl, p=0.19
Adaptación a la escuela	0.3	0.7	1.0	1.5	t=-2.3, 78 gl, p=0.02
Adolescencia Temprana					
Sociabilidad y Aislamiento	1.0	1.0	1.9	1.2	t=-3.5, 77 gl, p=0.001
Relaciones con los demás	1.6	0.8	2.4	1.1	t=-3.1, 77 gl, p=0.002
Desempeño Escolar	2.2	1.4	2.6	1.2	t=-0.9, 70 gl, p=0.33
Adaptación a la escuela	0.5	0.7	1.0	1.2	t=-1.9, 70 gl, p=0.06
Aspectos sociosexuales	0.6	0.9	1.8	1.7	t=-3.7, 77 gl, p<0.001
Adolescencia Tardía					
Sociabilidad y Aislamiento	1.0	1.2	2.6	1.4	t=-4.5, 53 gl, p<0.001
Relaciones con los demás	1.7	0.7	2.8	1.0	t=-4.7, 53 gl, p<0.001
Desempeño Escolar	2.2	1.4	3.2	1.6	t=-1.9, 39 gl, p=0.06
Adaptación a la escuela	0.6	0.8	1.4	1.6	t=-1.9, 39 gl, p=0.10
Aspectos sociosexuales	0.5	0.9	2.3	2.0	t=-4.1, 53 gl, p<0.001
Edad Adulta					
Sociabilidad y Aislamiento	1.5	1.4	2.8	1.5	t=-1.7, 17 gl, p=0.09
Relaciones con los demás	2.5	1.0	3.8	1.0	t=-2.6, 17 gl, p=0.01
Aspectos sociosexuales	2.6	1.6	4.1	1.7	t=-1.8, 17 gl, p=0.08
General					
Educación	2.9	1.7	3.6	1.8	t=-1.5, 78 gl, p=0.15
Trabajo remunerado	1.1	1.1	2.4	1.7	t=-3.7, 78 gl, p<0.001
Desempeño laboral o escolar	2.5	1.8	4.3	1.5	t=-4.6, 78 gl, p<0.001
Cambios laborales	1.5	1.4	2.8	2.0	t=-3.3, 78 gl, p=0.001
Independencia	3.4	1.5	3.7	1.1	t=-1.0, 78 gl, p=0.29
Nivel más alto de funcionamiento	3.2	1.3	4.0	1.1	t=-2.8, 78 gl, p=0.005
Ajuste socio-personal	2.3	1.0	3.2	1.2	t=-3.7, 78 gl, p<0.001
Grado de interés en la vida	2.6	1.0	3.4	1.0	t=-3.5, 78 gl, p=0.001
Nivel de energía	2.5	0.9	3.1	1.2	t=-2.3, 78 gl, p=0.02

En la Gráfica 2 se muestra el Funcionamiento Premórbido total de cada una de las áreas del ciclo vital evaluadas con la EAP por grupos de DPNT

Gráfica 2. Ajuste Premórbido en las áreas del ciclo vital por grupos de DPNT.



Infancia	0.19 vs. 0.31	t=-3.8, 78 gl, p<0.001
Adolescencia Temprana	0.20 vs. 0.32	t=-3.8, 77 gl, p<0.001
Adolescencia Tardía	0.19 vs. 0.43	t=-5.4, 53 gl, p<0.001
Edad Adulta	0.37 vs. 0.50	t=-2.0, 17 gl, p=0.10
General	0.40 vs. 0.56	t=4.9, 78 gl, p<0.001
Total	0.26 vs. 0.40	t=-5.4, 78 gl, p<0.001

A partir de lo observado en la Gráfica 2, así como en los datos de la Tabla 3, se rechaza la tercera Hipótesis nula y se acepta parcialmente la tercera Hipótesis alterna, ya que, a excepción de en la edad adulta, existen diferencias significativas en el Ajuste Premórbido a lo largo de las etapas del ciclo vital, entre grupos de DPNT, pues los pacientes con una DPNT larga mostraron un peor Ajuste Premórbido en comparación con aquellos pacientes con una DPNT corta quienes tuvieron un mejor Ajuste Premórbido.

Adicionalmente, considerando la categorización de los pacientes en bajo Ajuste Premórbido (n=43, 53.8%) y alto Ajuste Premórbido (n=37, 46.2%) de acuerdo a la puntuación media de la EAP, se observó que el 75% (n=30) de los pacientes con un bajo Ajuste Premórbido tuvieron una DPNT larga, en contraste con el 67.5% (n=27) de los pacientes con un alto Ajuste Premórbido y una DPNT corta, siendo significativa esta diferencia ($\chi^2=14.5$, 1 gl, $p<0.001$), con estos datos se rechaza la primera Hipótesis nula y se acepta primera Hipótesis alterna.

Finalmente, se realizó una correlación de pearson para determinar la asociación lineal de la DPNT y el Ajuste Premórbido total de los sujetos; se observó una correlación directamente proporcional entre ambas variables ($r=0.30$, $p=0.006$) indicativo de que a peor Ajuste Premórbido mayor DPNT en los pacientes con esquizofrenia paranoide.

Análisis de Resultados

El total de la muestra estuvo conformado por 80 pacientes, de los cuales el 62.5% (n=50) fueron hombres y el 37.5% restante (n=30) fueron mujeres, con una edad promedio de 31.9 +/- 7.0 años (rango 18-47 años) y una escolaridad de 10.1 +/- 3.5 años (rango 1-19 años de estudio). El 63.8% (n=51) tenían un nivel socioeconómico bajo y el 36.3% (n=29) restante tenían un nivel socioeconómico medio. La mayoría de los pacientes se encontraban sin pareja al momento del estudio (n=74, 92.5%) y más del 50% se encontraban sin una actividad laboral remunerada (sin actividad= 51.3%, n=41; hogar=10.0%, n=8; estudiante=7.5%, n=6).

En relación a las características clínicas, la edad de inicio de la esquizofrenia fue a los 19.5 +/- 4.4 años (rango 11-35 años). El 76.2% (n=61) habían tenido alguna hospitalización psiquiátrica a lo largo del padecimiento. La edad de la primera hospitalización psiquiátrica fue a los 24.0 +/- 6.2 años (rango 12-42 años). El promedio de hospitalizaciones de estos pacientes fue de 4.4 +/-4.0 (rango 1-20 hospitalizaciones), con una estancia intrahospitalaria de 27.4 +/- 53.4 semanas (rango 1-400 semanas de hospitalización).

En cuanto al Funcionamiento Premórbido total de cada una de las áreas del ciclo vital evaluadas con la Escala de Ajuste Premórbido (EAP), el puntaje total de los pacientes fue de 0.3 +/- 0.1 (rango 0.09-0.63) y se puede observar que existe un patrón de deterioro progresivo en el funcionamiento psicosocial global de los pacientes desde la infancia (0.25 +/- 0.14, rango 0.04-0.58) hasta la edad adulta (0.58 +/- 0.60, rango 0.16-0.80).

Al dividir a la muestra en bajo Ajuste Premórbido y alto Ajuste Premórbido de acuerdo a la puntuación media de la EAP, se observó que el 53.8% (n=43) tuvieron un bajo Ajuste Premórbido y el 46.2% (n=37) un alto Ajuste Premórbido.

La mediana de la DPNT fue de 55 semanas y no se observaron diferencias significativas en las características demográficas entre los pacientes que tuvieron una DPNT corta en contraste con lo observado en los pacientes con una DPNT larga. En cuanto a las características clínicas, se observó que los pacientes con una DPNT larga tuvieron una edad de inicio del padecimiento más temprana, fueron hospitalizados a una edad menor y tuvieron una escolaridad menor, en contraste con los pacientes con una DPNT corta.

Al comparar las áreas de Funcionamiento Premórbido entre grupos de DPNT, se puede observar que los pacientes con una DPNT larga mostraron un mayor deterioro en las áreas de sociabilidad, relaciones de amistad y aspectos sociosexuales desde la infancia hasta la adolescencia tardía; en cuanto a la edad adulta destacan las diferencias observadas en términos de relaciones interpersonales y a nivel general, en aquellos aspectos encaminados al desempeño laboral, ajuste sociopersonal y funcionamiento global.

Por su parte, al analizar el Funcionamiento total de cada una de las áreas del ciclo vital evaluadas con la EAP por grupos de DPNT, en forma general, se observa que los pacientes con una DPNT larga mostraron un mayor deterioro en las áreas del ciclo vital, con excepción de la edad adulta, en donde no hubo diferencias significativas entre grupos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de la presente tesis fue determinar la relación que existe entre el Ajuste Premórbido y la DPNT en un grupo de pacientes con esquizofrenia paranoide.

Los hallazgos encontrados muestran que existe una relación entre un bajo Ajuste Premórbido y una larga DPNT, mientras que un alto Ajuste premórbido está relacionado con una corta DPNT. Estos datos coinciden con la literatura que reporta dicha asociación entre el Ajuste Premórbido y la DPNT, como los estudios de Larsen et. al. (2004), los de Van Mastrigt y Addington (2002) y los de Fresán et. al. (2003, 2003), estos últimos realizados en México con pacientes que cursaban su primer episodio psicótico y en los que se consideraban psicosis afectivas y no afectivas; de aquí deriva la relevancia de la actual investigación al considerar únicamente pacientes con esquizofrenia paranoide, debido a la alta prevalencia de la esquizofrenia y que de ésta el tipo paranoide es el más común, observándose que la asociación entre las variables permanece a través del curso de la enfermedad.

Por otro lado, Fresán, Apiquián, Ulloa, Loyzaga, Nicolini y Gómez (2003), así como Kelley, Gilbertson, Mouton y Van Kammen (1992) y Strous (2004) han reportado que a lo largo de las etapas del ciclo vital, los pacientes presentan un deterioro progresivo en el nivel de Ajuste Premórbido; los hallazgos de este estudio coinciden con la literatura, pues se observó un deterioro progresivo conforme avanzan las etapas del ciclo vital, desde la infancia hasta la edad adulta; esto da pie a hablar de la importancia de la detección temprana de los síntomas prodrómicos, con la finalidad de disminuir dicho deterioro originado por el retraso en la búsqueda de tratamiento, pues este deterioro resultó más marcado en aquellos pacientes que tuvieron una DPNT larga, principalmente durante las primeras etapas del ciclo vital.

En diversos estudios se ha observado que existe relación entre un pobre Ajuste Premórbido y un bajo desempeño escolar, Allen, Frantom, Strauss y Van Kammen (2005) encontraron un mayor deterioro académico durante la

adolescencia, de igual forma, Gupta, Rajaprabhakaran, Arndt, Flaum y Andreasen (1995) reportaron una asociación entre un bajo funcionamiento premórbido y un pobre rendimiento académico y McClellan, Breiger, McCurry y Hlastala (2003), al analizar a 69 jóvenes con trastornos psicóticos de inicio temprano, encontraron que un bajo Ajuste premórbido está relacionado con dificultades académicas. En este punto también se observó coincidencia entre los hallazgos encontrados y la literatura, pues al analizar por áreas de funcionamiento el Ajuste Premórbido de los pacientes incluidos en este estudio, se observó que el desempeño escolar fue una de las áreas más afectadas, mostrando un mayor deterioro en la adolescencia tardía; al analizar dicho deterioro según la DPNT, aunque por etapas del ciclo vital no existen diferencias significativas, lo cual puede deberse a la homogeneidad de la muestra en cuanto a la variable y al tamaño de la misma, se observó que a nivel general una DPNT larga está relacionada con un bajo desempeño escolar o laboral y con una menor escolaridad.

En cuanto a las relaciones interpersonales, se observó que es otra de las áreas más afectadas del Ajuste Premórbido a través de las etapas del ciclo vital, que además correlacionó con la DPNT, pues se observó que tanto por etapas del ciclo vital como a nivel general, los pacientes con una DPNT larga muestran un peor ajuste socio-personal en comparación con los pacientes con una DPNT corta. Este hallazgo coincide con el de McClellan, Breiger, McCurry y Hlastala (2003), quienes encontraron, en una muestra de jóvenes con trastornos psicóticos de inicio temprano, que aquellos que padecen esquizofrenia presentan altos niveles de retraimiento social premórbido y menos amistades que los pacientes con otros tipos de psicosis.

La relación entre la DPNT y la sociabilidad ha sido reportada por diversos autores, como Black et. al. (2001), quienes reportaron, entre otras cosas, que los pacientes con una DPNT larga presentaban mayor pasividad, apatía y retraimiento social. De igual forma, Alptekin et. al. (2005) consideran que los síntomas negativos de la esquizofrenia y la DPNT son dos predictores significativos de la discapacidad social. De acuerdo a los hallazgos reportados

por Larsen et. al. (2004), los pacientes con una curso social estable, muestran una DPNT más corta y tienen más amistades; los datos obtenidos en la presente investigación coinciden con la literatura revisada, pues se observó que los pacientes con una DPNT corta mostraron menor deterioro en las áreas de sociabilidad y aislamiento, amistad y compañerismo y relaciones con los demás que aquellos pacientes con una DPNT larga.

Entre las conclusiones de este estudio se encuentra la aceptación de la primera hipótesis alterna, en la que se esperaba observar diferencias entre pacientes con un bajo Ajuste Premórbido y un Alto Ajuste Premórbido respecto a la DPNT. De igual forma, se aceptó parcialmente la segunda hipótesis alterna, en la que se esperaban diferencias entre grupos de DPNT en cuanto a la edad de inicio del padecimiento, el número de hospitalizaciones psiquiátricas y la escolaridad. Por último, también se aceptó de manera parcial la tercera hipótesis alterna, en la que se esperaba que hubiera diferencias en cuanto al Ajuste Premórbido a lo largo de las etapas del ciclo vital entre pacientes con una DPNT larga y aquellos con una DPNT corta.

A pesar de las limitaciones de este estudio, como son que la muestra fue pequeña, que no se consideró la cronicidad del padecimiento y que se trató de un estudio transversal, los resultados arrojados muestran la importancia de implementar programas de detección temprana de los síntomas prodrómicos de la esquizofrenia, con la finalidad de acortar la DPNT de los pacientes y con ello mejorar su pronóstico.

A partir de esta investigación y tomando como punto de partida los estudios previos realizados sobre este tema, se sugiere que se realicen estudios prospectivos en los que se consideren otras dimensiones de la enfermedad, como la severidad clínica, la respuesta al tratamiento y el pronóstico general; así como que se trabaje con muestras mayores con la finalidad de poder hacer una generalización de los hallazgos y con ello ampliar el conocimiento que se tiene sobre la enfermedad en la población mexicana.

Cabe mencionar que la importancia del estudio del Ajuste Premórbido, así como de la DPNT, recae en el interés de implementar programas de detección temprana de los síntomas prodrómicos* e incluso se podrían implementar programas de información dirigidos a la población general sobre estos síntomas y sobre la enfermedad desde la fase premórbida* , con la finalidad de poder lograr la detección temprana y con ello disminuir la DPNT y por ende mejorar el pronóstico de los pacientes que lleguen a padecer la enfermedad (las fases marcadas con * se pueden observar en el Esquema 1).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addington J & Addington D. (1992). **Premorbid Functioning, Cognitive Functioning, Symptoms and Outcome in Schizophrenia.** *Journal of Psychiatry and Neuroscience.* Jan; 18(1):18-23.
- Allen DN, Frantom LV, Strauss GP & Van Kammen DP. (2005). **Differential Patterns of Premorbid Academia and Social Determination in Patients with Schizophrenia.** *Schizophrenia Research.* Jun 15; 75(2-3):389-97.
- Alptekin K, Erkoc S, Gogus AK, Kultur S, Mete L, Ucok A & Yazici KM. (2005). **Disability in Schizophrenia: Clinical Correlates and Prediction over 1-year Follow-up.** *Psychiatry Research.* Jun 15; 135(2):103-11.
- Amminger GP, Edwards J, Brewer WJ, Harrigan S & McGorry PD. (2002). **Duration of Untreated Psychosis and Cognitive Deterioration in First-episode Schizophrenia.** *Schizophrenia Research.* Apr 1; 54(3):223-30.
- Amminger GP, Resch F, Mutschlechner R, Friedrich MH & Ernst E. (1997). **Premorbid Adjustment and Remission of Positive Symptoms in First-episode Psychosis.** *European Child and Adolescence Psychiatry.* Dec; 6(4):212-8.
- Apiquián R, Fresán A, García-Anaya M, Loyzaga C & Nicolini H. (2006). **Impacto de la Duración de la Psicosis No Tratada en Pacientes con Primer Episodio Psicótico. Estudio de Seguimiento a un año.** *Gaceta Médica Mexicana.* 142(2):113-20.
- Apiquián R, Páez F, Loyzaga C, Cruz E, Gutiérrez D, Suárez J, Ulloa RE, Fresán A, Vallejo G, Nicolini H & Medina-Mora ME. (1997). **Estudio Mexicano del Primer Episodio Psicótico: Resultados Preliminares, Características Sociodemográficas y Clínicas.** *Salud Mental.* 20, Supl. 3,1-7.
- Apiquián R, Páez F, Loyzaga C, Nicolini H, Fresán A & Vallejo G. (1998). **Pathways to Care for Patients with First Episode Psychosis in Mexico.** *APA Annual Meeting in Toronto, Canada.*

- Asociación Americana de Psiquiatría (2001). **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª Ed. Texto Revisado. (DSM-IV-TR)**. Masson, España.
- Bailer J, Brauer W & Rey ER (1996). **Premorbid Adjustment as Predictor of Outcome in Schizophrenia: Results of a Prospective Study**. *Acta Psychiatrica Scandinava*. May; 93(5):368-77.
- Benítez E, Chávez E & Ontiveros M. (2005). **Crianza y esquizofrenia**. *Salud Mental*. 28(2), 59-72.
- Black K, Peters L, Rui Q, Milliken H, Whitehorn D & Kopala LC (2001). **Duration of Untreated Psychosis Predicts Treatment Outcome in an Early Psychosis Program**. *Schizophrenia Research*. Mar 1;47(2-3):215-22.
- Borges G, Medina-Mora ME, Wang PS, Lara C, Berglund P & Walters E. (2006). **Treatment and Adequacy of Treatment of Mental Disorders among Respondents to the Mexico National Comorbidity Survey**. *American Journal of Psychiatry*. Aug 163(8):1371-1378.
- Bottlender R, Sato T, Jäger M, Wegener U, Wittmann J, Strauss A & Möller HJ. (2003). **The Impact of the Duration of Untreated Psychosis Prior to First Psychiatric Admission on the 15-year Outcome in Schizophrenia**. *Schizophrenia Research*. Jul 1; 62(1-2):37-44.
- Cannon-Spoor HE, Potkin SG & Wyatt RJ (1982). **Measurement of Premorbid Adjustment in Chronic Schizophrenia**. *Schizophrenia Bulletin*. 8:470-84.
- Caraveo J & Mass-Condés C (1990). **Necesidades de la Población y Desarrollo de los Servicios de Salud Mental**. *Salud Pública de México*. 32; 523-531.
- Crow T. (1985). **The Two-syndrome Concept: Origins and Current Status**. *Schizophrenia Bulletin*. 11:471-86.
- Czernikiewicz A, Gorecka J & Kozak-Sykala A. (2005). **Premorbid Adjustment and Quality of Life in Schizophrenia**. *Polski Merkurusz Lekarski*. Nov; 19(113):659-62.

De la Fuente R, Medina-Mora ME & Caraveo J. (1997). **Salud Mental en México.** *Fondo de Cultura Económica.*

De Haan L, van der Gaag M & Wolthaus J. (2000). **Duration of Untreated Psicosis and the Long-term Course of Schizophrenia.** *European Psychiatry.* Jun; 15(4):264-7.

Drake RJ, Haley CJ, Akhtar S, Lewis SW. (2000). **Causes and Consequences of Duration or Untreated Psychosis in Schizophrenia.** *British Journal of Psychiatry.* Dec; 177:511-5.

Fresán A. (2005). **Factores Asociados a la Conducta Violenta en Hermanos Afectados con Esquizofrenia.** Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Fresán A, Apiquián R, Ulloa R, García-Anaya M, Loyzaga C & Nicolini H. (2003). **Ajuste Premórbido en el Primer Episodio Psicótico: Características Demográficas y Clínicas.** *Psiquiatría y Salud Integral.* 3(2):8-16.

Fresán A, Apiquián R, Ulloa RE, Loyzaga C, Nicolini H & Gómez L. (2003). **Funcionamiento Premórbido por Género y su Relación con la Duración de la Psicosis No Tratada (DPNT) en el Primer Episodio Psicótico.** *Actas Españolas de Psiquiatría.* 31 (2), 53-58.

Fuchs J, Steinert T. (2004). **Duration of Untreated Psychosis (DUP): an Useful Predictor of Outcome in Schizophrenia?** *Forschritte der Neurologie-Psychiatrie.* Feb; 7282:79-87.

Gater R, De Almeida e Sousa B, Barrientos G, Caraveo J, Chandrashekar CR, Dhadphale M, Goldberg D, Al Kathiri AH, Mubbashat M, Silhan K, Thong D, Torres-González F & Sartorius N. (1991). **The Pathways to Psychiatric Care: A Cross-cultural Study.** *Psychological Medicine.* 21, 761-774.

Goldman, Howard H. (2001). **Psiquiatría General.** Manual Moderno, México.

Gupta S, Rajaprabhakaran R, Arndt S, Flaum M & Andreasen NC (1995). **Premorbid Adjustment as a Predictor of Phenomenological and Neurobiological Indices in Schizophrenia.** *Schizophrenia Research.* Aug 15; 16(3):189-97.

Hass G & Sweeney T (1992). **Premorbid and Onset Features of First Episode Schizophrenia.** *Schizophrenia Bulletin,* 18:337-386.

Henry AD & Coster WJ (1996). **Predictors of Functional Outcome among Adolescents and Young adults with Psychotic Disorders.** *American Journal of Occupational Therapy.* Mar; 50(3):171-81.

<http://www.diputados.gob.mx/bibliot/publica/inveyana/polisac/pdf/dps-iss-03-05.pdf>,
2006

<http://www.entornomedico.org/salud/saludyenfermedades/alfa-omega/esquizofrenia.html>, 2007

<http://genesis.uag.mx/posgrado/revistaelect/salud/sal002.htm>, 2007

<http://healthinmind.com/Spanish/esquizofrenia.htm>, 2007

<http://www.iladiba.com/upr/1997/no71997/htm/esquiz.asp>, 2006

<http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>, 2007

<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtml>,
2007

http://sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm_cap3.pdf, 2007

James L & Jacobson AM (2003). **Secretos de la Psiquiatría Vol. 1.** McGraw-Hill, México.

James L & Jacobson AM (2003). **Secretos de la Psiquiatría Vol. 2.** McGraw-Hill, México.

- Kelley ME, Gilbertson M, Mouton A & Van Kammen DP (1992). **Deterioration in Premorbid Functioning in Schizophrenia: a Developmental Model of negative Symptoms in Drug-free Patients.** *American Journal of Psychiatry.* Nov; 149(11):1543-8.
- Kopelowicz A, Zarate R, González V, Mintz J & Liberman RP. (2003) **Disease Management in Latinos with Schizophrenia: a Family-assisted, Skills Training Approach.** *Schizophrenia Bulletin.* 29 (2): 211-227.
- Larsen TK, Friis S, Haahr U, Johannessen JO, Melle I, Opjordsmoen S, Rund BR, Simonsen E, Vaglum OV & McGlashan TH. (2004). **Premorbid Adjustment in First-episode Non-affective Psychosis: Distinct Patterns of Pre-onset Course.** *British Journal of Psychiatry.* Aug; 185:108-15.
- Larsen TK, McGlashan TH, Johannessen JO & Vibe-Hansen L. (1998). **First-episode Schizophrenia with Long Duration or Untreated Psychosis: Pathways to Care.** *British Journal of Psychiatry.* 172; (Suppl. 33):45-52.
- Larsen TK, McGlashan TH & Moe LC. (1996). **First-episode Schizophrenia: I. Early Course Parameters.** *Schizophrenia Bulletin.* 22 (2): 241-56.
- Larsen TK, Melle I, Auestad B, Friis S, Haahr U, Johannessen JO, Opjordsmoen S, Rund BR, Simonsen E, Vaglum P & McGlashan T. (2006). **Early Detection of First-episode Psychosis: The Effect on 1-Year Outcome.** *Schizophrenia Bulletin.* Oct; 32(4):758-64.
- Leung A & Chue P. (2000). **Sex Differences in Schizophrenia, a Review of the Literature.** *Acta Psychiatrica Scandinavica,* Suppl. 2000; 401:3-38.
- Liberman RP. (1998). **International Perspectives on Skills Training for the Mentally Disabled.** *International Review of Psychiatry.* 10, 5-8.
- Loa N. (2003). **Bases Biológicas de la Esquizofrenia.** *Psiquiatría.* 18(3), 165-171.
- Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH & Szymanski SR (1992). **Duration of Psychosis and Outcome in First-episode Schizophrenia.** *American Journal of Psychiatry.* Sep; 149(9):1183-8.

- López M, Rodríguez S, Apiquián R, Páez F & Nicolini H (1996). **Estudio de Traducción y Validación de la Escala de Ajuste Premórbido para Pacientes con Esquizofrenia.** *Salud Mental*, 19:24-29.
- Malla AK, Takhar JJ, Norman RM, Manchanda R, Cortese L, Haricharan R, Verdi M & Ahmed R. (2002). **Negative Symptoms in First Episode Non-affective Psychosis.** *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Jun; 105(6):431-9.
- Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P & Croudace T. (2005). **Association between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-episode Patients: A Systematic Review.** *Archives of General Psychiatry*. Sep; 62(9):975-83.
- McClellan J, Breiger D, McCurry C & Hlastala SA. (2003). **Premorbid Functioning in Early-onset Psychotic Disorders.** *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Jun; 42(6):666-72.
- Medina-Mora ME, Rascón ML, Tapia R, Mariño MC, Juárez F, Villatoro J, Caraveo J & Gómez M. (1992). **Trastornos Emocionales en Población Urbana Mexicana: Resultados de un Estudio Nacional.** *Anales*, VII. Reunión de Investigación, IMP, 48-55.
- Oosthuizen P, Emsley RA, Keyter N, Niehaus DJ & Koen L. (2005). **Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-episode Psychosis. Perspective from a Developing Country.** *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Mar; 111(3):214-9.
- Peralta V & Cuesta MJ. (1992). **Ajuste Premórbido y Síntomas Esquizofrénicos Negativos.** *Actas Luso-españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*. Sep-Oct; 20(5):230-5.
- Rabinowitz J, Harvey PD, Eerdeken M & Davidson M. (2006). **Premorbid Functioning and Treatment Response in Recent-onset Schizophrenia.** *British Journal of Psychiatry*. Jul; 189:31-5.

- Rascón ML, Rascón D & Valencia M (2001). **Los Factores Familiares en el Curso de la Esquizofrenia.** En Ortega H y Valencia M (Eds.), *Esquizofrenia. Estado Actual y Perspectivas*. 301-348. México: Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".
- Rascón ML, Rascón D, Díaz-Martínez R, & Valencia M. (1999). **Relación entre la Emoción Expresada y la Opinión Afectiva de Familiares y Pacientes Esquizofrénicos.** *Psicología Iberoamericana*. 6(4), 56-65.
- Rund BR, Melle I, Friis S, Larsen TK, Midboe LJ, Opjordsmoen S, Simonsen E, Vaglum P & McGlashan T. (2004). **Neurocognitive Dysfunction in First-episode Psychosis: Correlates with Symptoms, Premorbid Adjustment, and Duration of Untreated Psychosis.** *American Journal of Psychiatry*. Mar; 161(3):466-472.
- Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ & Maldonado M. (1995). **Los Nervios de las Mujeres Mexicanas de Origen Rural como Motivo para Buscar Ayuda.** *Salud Mental*, 18, 1, 50-55.
- Skeate A, Jackson C, Birchwood M & Jones C. (2002). **Duration of Untreated Psychosis and Pathways to Care in First-episode Psychosis. Investigation of Help-seeking Behaviour in Primary Care.** *British Journal of Psychiatry*. Suppl. Sep; 43:s73-7.
- Strous RD, Alvir JM, Robinson D, Gal G, Sheitman B, Chakis M & Liberman JA. (2004). **Premorbid Functioning in Schizophrenia: Relation to Baseline Symptoms, Treatment Response, and Medication Side Effects.** *Schizophrenia Bulletin*. 30 (2):265-78.
- Ucok A, Polat A, Genc A, Cakir S & Turan N. (2004). **Duration of Untreated Psychosis may predict Acute Treatment Response in First-episode Schizophrenia.** *Journal of Psychiatry Research*. Mar-Apr; 38(2):163-8.
- Valencia M (2001). **El Manejo Comunitario de la Esquizofrenia.** En Ortega-Soto H y Valencia M (Eds.), *Esquizofrenia. Estado Actual y Perspectivas*. 547-607. México: Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

Valencia M, Lara MC, Rascón ML & Ortega-Soto HA. (2002). **La Importancia de los Tratamientos Farmacológico y Psicosocial de los Pacientes con Esquizofrenia.** *Revista Latinoamericana de Psiquiatría.* 2(1), 6-21.

Valencia M, Rascón ML, Juárez F & Murow E. (2007). **A Psychosocial Skills Training Approach in Mexican Out-patients with Schizophrenia.** *Psychological Medicine.* May 2; 1-10

Van Mastrigt S & Addington J (2002). **Assessment of Premorbid Function in First-episode Schizophrenia: Modifications to the Premorbid Adjustment Scale.** *Journal of Psychiatry & Neuroscience.* 27(2), 92-101.

**ANEXO 1. FORMATO DE DATOS CLÍNICO-DEMOGRÁFICOS
(FDCD)**

Apiquían et. al., 1997

Datos Sociodemográficos

Folio: _____
Familia: _____

Nombre (sujeto índice): _____

Edad al momento del estudio: _____ Sexo: M (1) F (2)

Estado Civil: (1) Casado / Unión Libre
 (2) Soltero
 (3) Viudo
 (4) Divorciado / Separado

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Escolaridad (en años): _____
 Día Mes Año

Nivel Socioeconómico: Alto (1) Medio (2) Bajo (3)

Ocupación: (1) Desempleado
 (2) Hogar
 (3) Estudiante
 (4) Empleo medio tiempo / Subempleo
 (5) Empleo tiempo completo

Dirección: _____

Teléfono: _____ Familiar responsable: _____

Institución de referencia: _____

Nº de expediente: _____

Teléfonos alternativos de localización: _____

Subtipo:

Paranoide	()	Desorganizada	()
Indiferenciada	()	Catatónica	()

- Cronicidad:**
- Episódica con síntomas residuales interepisódicos ()
 - Episódica con síntomas negativos interepisódicos ()
 - Episódica sin síntomas residuales ()
 - Continua ()
 - Continua con predominio de síntomas negativos ()
 - Episodio simple en remisión parcial ()
 - Episodio único en remisión completa ()
 - Sin patrón específico ()

Comorbilidad:

Dx: _____ Edad: _____
 Dx: _____ Edad: _____
 Dx: _____ Edad: _____
 Dx: _____ Edad: _____

Edad de inicio del padecimiento: _____

Edad en la primera hospitalización: _____

Nº total de hospitalizaciones: _____ Tiempo total de hospitalización (semanas): _____

Duración de la psicosis no tratada (DPNT)* _____

* Presencia de alucinaciones, delirios, aislamiento social, suspicacia, trastornos del pensamiento que sean calificados con 4 o más puntos de acuerdo a los reactivos P1, P2, P3, P5, P6, G9 de la escala PANSS (evaluación retrospectiva tomando como fuentes de información al paciente y sus familiares).

Antecedentes Heredofamiliares

(Especificar enfermedad y familiar que la padeció)

PSIQUIATRICOS

Si [1]
 No [2]

Codigo	Tipo De Trastorno	Familiar (Es)
T. Psicóticos		
T. Afectivos		
T. Ansiedad		
T. Personalidad		
Abuso de Sustancias		
Suicidio		
Otros		

Antecedentes Obstétricos

Número de Embarazo [] Parto [_1_] Cesárea [_2_]

Control de embarazo Si [_1_]
No [_2_]

Complicación de embarazo

- 0. No []
- 1. Amenaza de Aborto []
- 2. Infección Viral Materna []
- 3. Diabetes Gestacional []
- 4. Pre-Eclampsia []
- 5. Abuso de Sustancias []
(especificar) _____
- 6. Otros []
(especificar) _____

Parto Término [_1_] B. Prematuro [_2_]

Parto Eutócico []

Parto Distócico

- A. Hipoxia Neonatal []
- B. Forceps []
- C. Ruptura Prematura de Membranas []
- D. Otros (especificar) []

Complicaciones Postnatales

No [_0_]

Si Infecciones [_1_] Retraso DPM [_2_] Otros [_3_]

Especificar

V. Antecedentes de Enfermedades Previas
(Especificar Edad, Tratamiento y Complicaciones)

NO PSIQUIATRICAS

Si [_1_]

No [_2_]

CODIGO	TIPO	EDAD	TX / COMPLICACIONES
Infecciones Virales			
Traumatismos Craneoencefálicos			
Enf. Endocrinas			
Enf. Renales			
Enf. Cardiovasculares			
Enf. Gastrointestinales			
Enf. Neurológicas			
Otras			

Estudios de Laboratorio y Gabinete

1 = EEG, 2 = TAC, 3 = RM, 4 = Perfil Tiroideo, 5 = VDRL, 6 = VIH, 7 = EKG, 8 =
Otros

Estudio	Fecha	Resultado Normal / Anormal
		N / A
		N / A
		N / A
		N / A
		N / A

Antecedentes de Abuso de Sustancias

PRESENCIA

Si [1]

No [2]

CODIGO	EDAD	PATRON FREC.	CONSUMO ACTUAL	TX / COMPLICACIONES
Alcohol				
Mariguana				
Cocaína				
Opiodes				
Inhalantes				
Nicotina				
Otros ()				

a.- El abuso de sustancias ocurrió antes o durante el trastorno del estado de ánimo

No aplica (0)
Antes (1)
Durante (2)
Después (3)

b.- El abuso de sustancias ocurrió antes o durante el trastorno psicótico:

No aplica (0)
Antes (1)
Durante (2)
Después (3)

**ANEXO 2. ESCALA DE AJUSTE PREMÓRBIDO
(EAP)**

Cannon-Spoor et. al., 1982

HOJA DE CALIFICACIÓN

NOMBRE _____ **FECHA** _____

EVALUADOR _____ **No.** _____

	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE POSIBLE	SUBTOTAL
1. INFANCIA	[_____]	[_____]	[_____]
2. ADOLESCENCIA TEMPRANA	[_____]	[_____]	[_____]
3. ADOLESCENCIA TARDIA	[_____]	[_____]	[_____]
4. EDAD ADULTA*	[_____]	[_____]	[_____]
5. GENERAL	[_____]	[_____]	[_____]

CALIFICACIÓN TOTAL [_____] / [_____] = [_____]

*El puntaje obtenido se divide entre 15 si el paciente se codificó en el inciso (a) del área socio-sexual.

ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Nombre del Paciente: _____

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Programa a Efectuar

El objetivo es estudiar por medio de entrevistas y escalas a pacientes que han presentado un cuadro psicótico a lo largo de su vida. Nos interesa estudiar el fenómeno de la agresividad y la impulsividad en este tipo de padecimientos y los probables factores relacionados con este fenómeno.

Para el estudio, requerimos la cooperación del paciente y de ser necesario, de sus familiares con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información sobre el paciente. Para el diagnóstico y evaluación de los pacientes se utilizarán entrevistas médicas y se requerirá de una muestra de sangre por parte del paciente para estudiar algunos genes candidatos que se han relacionado con la conducta violenta.

Plan del Programa

Los pacientes que acepten participar en este estudio serán entrevistados por psiquiatras expertos en el diagnóstico de los trastornos psicóticos. Una vez establecido el diagnóstico, se realizará una segunda entrevista en donde se evaluará el nivel de funcionamiento que ha tenido a lo largo de su vida. En esta entrevista se le pedirá contestar 2 cuestionarios, el primero dirigido a evaluar el nivel de impulsividad y agresividad y el segundo para conocer los aspectos de temperamento y carácter.

La cantidad total de sangre que se extraerá para este estudio es de aproximadamente 10 ml. En comparación, la cantidad total de sangre que se toma en una donación de sangre para la Cruz Roja es de 450 ml. El riesgo por la extracción de sangre es mínimo y puede relacionarse con la aparición de un moretón, sin embargo, la sangre será extraída por un médico o un técnico experimentado. En caso de que este procedimiento provoque una lesión, recibirá la atención médica necesaria por parte de los médicos involucrados en el estudio. Los investigadores involucrados en el estudio serán responsables de los gastos originados **únicamente** por lesiones secundarias a los procedimientos que se lleven a cabo durante la investigación.

Consignas a Seguir

- 1.- Se pedirá la cooperación del paciente para realizar las entrevistas.
- 2.- Si el paciente cambia de domicilio o teléfono, avise al 56552811 ext.204. Estos datos servirán para poder asegurar que las evaluaciones se cumplan.
- 3.- Las entrevistas y el estudio genético serán sin cargo económico alguno.
- 4.- La participación del paciente en este estudio es voluntaria y previa consulta con los investigadores asignados, el paciente podrá retirarse en el momento que lo desee sin inconvenientes para su futuro tratamiento.

Ventajas Posibles

- 1.- Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor la naturaleza de la enfermedad, lo que pensamos puede influir favorablemente en el manejo de su padecimiento.
- 2.- Usted podrá discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen.
- 3.- Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de los cuadros psicóticos.

Confidencialidad

Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son confidenciales. Se asignará un código a los expedientes de los pacientes por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Disposiciones Generales

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con la responsable del proyecto, Dra. Ana Fresán al 56552811 ext. 204, durante horas regulares de trabajo.

Carta de Consentimiento

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con la responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

- **Contacto**

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar a la Dra. Ana Fresán al teléfono 56552811 ext. 204

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente

Firma del Familiar o representante legal

Fecha

Nombre del Familiar o representante legal

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Investigador

Fecha

Nombre del Investigador