



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA
“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

TÍTULO

***“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA CON ALTO Y BAJO AJUSTE PREMÓRBIDO”.***

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

QUE PRESENTA:

ADRIANA GABRIELA VASQUEZ AMORES

TUTOR TEÓRICO: DR. RICARDO A. SARACCO ÁLVAREZ

TUTOR METODOLÓGICO: DRA. ANA FRESÁN ORELLANA

CIUDAD DE MÉXICO – MÉXICO
OCTUBRE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

1. Resumen	5
2. Summary	6
3. Introducción.....	7
4. Marco Teórico	8
4.1 Esquizofrenia	8
4.2 Calidad de Vida	9
4.2.1 Calidad de vida en esquizofrenia.....	11
4.3 Ajuste Premórbido	13
4.4 Relación de ajuste premórbido y calidad de vida	14
5. Planteamiento del problema	16
6. Justificación.....	16
7. Objetivo General.....	17
8. Objetivos específicos	17
9. Hipótesis General.....	17
10. Hipótesis Especifica.....	17
11. Material y Métodos	18
11.1 Tipo de Estudio	18
11.2 Selección y Tamaño de Muestra.....	18
11.3 Criterios de selección	19

11.3.1	Criterios de Inclusión.....	19
11.3.2	Criterios de exclusión.....	19
11.3.3	Criterios de eliminación.....	120
11.4	Variables del estudio.....	20
11.5	Descripción de los Instrumentos.....	22
11.5.1	Formato de datos demográficos.....	22
11.5.2	MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional)	22
11.5.3	Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS).....	23
11.5.4	Escala de Ajuste Premórbido (PAS).....	23
10.5.5	Escala de Calidad de Vida para esquizofrenia (SQLS)	24
12.	Procedimiento de Estudio	25
12.1	Algoritmo Del Procedimiento.	27
13	Análisis Estadístico	27
14	Consideraciones éticas.....	28
15.	Resultados.....	29
16.	Discusión	37
17.	Limitaciones	43
18.	Conclusiones	45
19.	Referencias	46
20.	Bibliografía.....	54

21. Anexos.....	55
21.1 Anexo 1	55
21.2 Anexo 2	57
21.3 Anexo 3:.....	58

1. Resumen

Antecedentes: La calidad de vida, sinónimo de bienestar permite al individuo expresar su percepción, los pacientes psicóticos a través de esta evaluación brindan su autorreflexión, es una herramienta valiosa para el tratamiento y seguimiento psiquiátrico, la relación existente entre el ajuste premórbido definido como el estado previo al inicio de sus síntomas es un punto de relación con la calidad de vida, generando un sitio de intervención temprana.

Objetivo: Comparar la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo con su nivel de ajuste premórbido.

Método: Se trata de un estudio transversal analítico, comparativo y retrolectivo en la clínica de esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Se usaron cuatro escalas, MINI que corroboró el diagnóstico, PANSS que brindó la gravedad sintomática y PAS y SQLS que reportaron el ajuste premórbido y la calidad de vida.

Resultados: Se observaron asociaciones directas entre las dimensiones de los instrumentos PAS y SQLS, indicando una asociación entre un bajo ajuste premórbido y una baja calidad de vida en pacientes con esquizofrenia. En pacientes con bajo ajuste premórbido se reportó una menor motivación y mayores síntomas y efectos adversos. Un mayor número de pacientes con adecuado ajuste premórbido tenían pareja, una actividad económicamente remunerada y un mayor grado de escolaridad al momento del estudio.

Conclusiones: La evaluación del ajuste premórbido en pacientes con esquizofrenia debería ser una herramienta de uso cotidiano procurando intervenir tempranamente en el trastorno y evitar repercusiones en su calidad de vida futura.

Palabras Clave: Ajuste premórbido, calidad de vida, esquizofrenia

2. Summary

Background: Quality of life, synonymous with well-being, allows to express patients' perception. It is a valuable tool for psychiatric treatment and follow-up, the relationship between the premorbid adjustment defined as the state prior to the onset of symptoms is a point of relationship with the quality of life, generating a site for early intervention.

Objective: Compare the quality of life according to their premorbid adjustment level in patients with schizophrenia.

Method: Our study was cross-sectional, analytical, comparative and retrolective in patients the schizophrenia clinic of the Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Four scales were used, MINI for corroborated the diagnosis, PANSS for symptomatic severity and PAS and SQLS for reported premorbid adjustment and quality of life respectively.

Results: Direct associations were observed between the dimensions of the PAS and SQLS, associations between a low premorbid fit and a low quality of life in patients with schizophrenia. In patients with low premorbid adjustment, less motivation and greater symptoms and adverse effects were reported. Patients with adequate premorbid adjustment had a partner, an economically remunerated activity and a higher level of education.

Conclusions: Evaluate premorbid adjustment should be a tool for daily use, trying to generate early interventions and avoid repercussions on their future quality of life.

Key Words: Premorbid adjustment, quality of life, schizophrenia

3. Introducción

La calidad de vida es un constructo que ha captado la atención de varios estudios en los últimos años, se ha trasladado a diferentes ramas de la medicina, sociología y psicología. Este constructo nos permite determinar el fenómeno subjetivo de la percepción de cada individuo de lo que catalogamos como bienestar. En psiquiatría esta evaluación es totalmente necesaria enfocándose en la introspección del mundo interior del paciente, contrarrestada con la porción exterior y visible de su funcionamiento.

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico incapacitante y con un gran impacto a nivel económico, la necesidad de evitar las repercusiones que producen este diagnóstico en la dinámica socioeconómica ha generado varias formas de evaluar el estado previo a la aparición de los síntomas, de aquí se entiende un determinante conocido como ajuste premórbido que logra dividir su evaluación en dos variables de adecuado o alto y bajo ajuste premórbido, esta información valiosa determina que el paciente tenga posibilidades de intervenciones tempranas.

Determinar la calidad de vida y el ajuste premórbido en nuestro estudio en una muestra de población clínica mexicana generará nuevos conocimientos que podrían determinar políticas de cambio para repercutir tempranamente en la evitación de un bajo ajuste premórbido y de manera directa, en una mejor calidad de vida percibida, lo que podría reducir costos económicos del trastorno.

4. Marco Teórico

4.1 Esquizofrenia

La esquizofrenia, es un término construido a partir de Kraepelin y Bleuler considerados los mayores exponentes de este diagnóstico, quienes la nombraron como *dementia precox* y esquizofrenia respectivamente; el término se mantiene hasta la actualidad en el DSM-5, que la define como un trastorno mental heterogéneo, con pacientes cuyas presentaciones clínicas, respuestas al tratamiento y evolución son distintas, algunos autores han llegado a considerarla como un síndrome con varias formas de presentación, es decir un espectro. En general, los síntomas incluyen cambios en la percepción, la emoción, la cognición, el pensamiento y el comportamiento, con un efecto grave y prolongado. El trastorno inicia antes de los 25 años, se encuentra durante toda la vida y afecta a personas de todas las clases sociales. Su diagnóstico es esencialmente clínico, ya que se basa en los antecedentes psiquiátricos y la exploración psicopatológica del paciente. Los criterios diagnósticos en el DSM-5 y en el CIE 10, especifica la forma de llegar al mismo (Sadock's, 2015).

Su prevalencia alrededor del mundo es del 1 %, la presentación entre hombres y mujeres no varía, sin embargo, las edades de inicio suelen ser diferentes, en los hombres es entre diez y 25 años y en las mujeres entre 25 y 35 años, describiéndose un segundo pico después de los 40 años (Sadock's, 2015).

Se reconoce una etiología multifactorial, pues, a pesar de que se ha descubierto una heredabilidad de un 80 %, no es suficiente para explicar la totalidad de la causalidad, ya que también se ha identificado interacciones ambientales, que coadyuvan a la generación del

trastorno. Así, la teoría de diátesis-estrés, es una de las más aceptadas hasta el momento, para brindar luces con relación a su etiología (Sadock's, 2015).

El diagnóstico basado en el DSM-5 incluye dos síntomas del criterio A (alucinaciones, delirios, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado, síntomas negativos), asociado a una alteración de la actividad general, lo que debe permanecer por lo menos por seis meses, descartándose otros tipos de trastornos mentales, orgánicos y de consumo de sustancias. (Sadock's, 2015).

La esquizofrenia establece un deterioro funcional grave e impacta en las áreas del individuo. Ello produce alteraciones en la calidad de vida y la percepción del bienestar de salud. En un estudio, donde se investigó el nivel de funcionamiento medido a través de la escala FAST, se evidenció que mientras más largo es el curso del padecimiento, el deterioro de la funcionalidad es mayor. Así, a los diez años el 60 % de los pacientes presentaban alteraciones en mayoría de las esferas de funcionamiento (Osorio-Martínez, 2017).

Al evidenciarse un gran deterioro en la funcionalidad del paciente, asociado a deterioro en la funcionalidad familiar, se ha visto la necesidad de estudiar las variables que se encuentran inmersas. La esquizofrenia como patología, es un constructo complejo que hasta la actualidad no termina de comprenderse en su totalidad. Sin embargo, está claro que un paciente probablemente presente grandes dificultades en su funcionamiento global, lo que hace que sea un trastorno crónico y deteriorante.

4.2 Calidad de Vida

Desde los años 50, posterior a la segunda guerra mundial, se desarrolla la necesidad de definir y englobar un concepto que nos comunicará el estado de bienestar económico, social, familiar y psicosocial, que pueda tener un individuo, por lo que se empezó acuñar el

concepto de calidad de vida, como producto de las teorías del desarrollo económico y social que reclamaban el reordenamiento geopolítico, la reinstauración del orden internacional, logrando enmarcarse la calidad de vida en el crecimiento económico de una persona (Erikson, 1998).

En los años 90, Borthwick-Duffy lograron reunir las variaciones acerca de la definición, tratando de formular un constructo basado en las condiciones de vida. Señalando que la calidad de vida es la suma de los puntajes de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona, las que podrían ser salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales y ocupación. Así, se logró hacer comparaciones objetivas entre los grupos de personas. Sin embargo, no fue posible identificar la percepción del individuo acerca de la misma satisfacción de vida. Este concepto era meramente subjetivo, ya que dependía de la interpretación que cada individuo brindaba a su calidad de vida, lo que generaba gran cantidad de interpretaciones. Finalmente, se estableció una combinación de las dos interpretaciones anteriores, donde hablar de calidad de vida es adentrarse en un mundo ideológico, en una escala de valores, en una experiencia consciente y racional que un individuo tiene de su propia vida y la relación que tiene con la sociedad (Erikson, 1998).

Posteriormente, se intentó integrar el término en el aspecto salud, en el que se trató de identificar todos los factores determinantes y condicionantes del proceso salud enfermedad, es decir, los aspectos económicos, socioculturales, estilos de vida y la experiencia personal que influyen en la forma de enfermar y morir de un individuo, evaluando el impacto físico y psicosocial de las enfermedades, disfunciones e incapacidades para un mejor conocimiento del paciente y su adaptación a los tratamientos y nuevas terapias (Abad, Agudelo, & Byron, 2005).

El concepto de la Organización Mundial de la Salud expresa que la calidad de vida es: «La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones» (Organización Mundial de la Salud, 2002).

En el ámbito de la salud mental, la calidad de vida tomó un puesto de importancia desde los años 60, con relación a la desinstitucionalización del paciente psiquiátrico. Sin embargo, quedaba en duda como la definición y la autopercepción que un paciente psicótico podría dar a la misma, por lo que se evidenció una debilidad en la construcción de herramientas que generen información adecuada y real acerca de la calidad de vida en pacientes con diagnósticos relacionados a la salud mental y la psicosis. Así, un modelo adecuado debe permitir la comprobación empírica de sus diversos componentes y la estimación de la contribución relativa de cada uno de ellos. Históricamente, las primeras conceptualizaciones se centraron en los aspectos de rehabilitación del paciente crónico y estuvieron significativamente influidas por la desinstitucionalización y las malas condiciones de vida existentes en la comunidad (Awad, 2008).

4.2.1 Calidad de vida en esquizofrenia.

Definir la calidad de vida en un paciente con diagnóstico de esquizofrenia, ha sido un tema de interés en los últimos años, por lo que se han propuesto diferentes dimensiones de medida de esta, llegando a generarse instrumentos específicos para el estudio de pacientes con este diagnóstico. Se considera que es el resultado de la interacción de la gravedad de los síntomas psicóticos, los efectos secundarios, la tolerabilidad subjetiva a la medicación antipsicótica evidenciado en el nivel de logros psicosociales, llegando a ser una interacción

entre factores de malestar y los factores donde la satisfacción con la calidad de vida bajará cuando los factores de malestar sobrepasen los factores de protección y viceversa (Awad, 2008).

Por las dificultades en la definición de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, se construyeron cinco modelos conceptuales que intentan sustentar el constructo. El modelo de Calman, se enfoca en las expectativas del paciente y cuanto de estas expectativas logran hacerse realidad, fomenta el desarrollo personal, permite la satisfacción y autorrealización. El modelo de Ware, tiene un enfoque social, evalúa que tanto el paciente ha logrado ser funcional en la sociedad. El modelo de Awad, se encuentra relacionado con la necesidad del tratamiento farmacológico, englobado en una interacción de tres determinantes: síntomas psicóticos y su gravedad, efectos adversos y el nivel psicosocial del paciente. El modelo de Ristner, que se relaciona con el resultado de la interacción entre los factores de vulnerabilidad y los factores de protección, define que debe existir un equilibrio entre estos. Por último, el modelo de Zissi, relacionado con la necesidad de buscar marcadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida y la relación entre sí. (Llorca & Gorwood, 2016).

Con estas dificultades en la definición, la medición de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia ha condicionado que exista una gran cantidad de instrumentos desde entrevistas semiestructuradas hasta cuestionarios autoaplicables, identificando una dificultad en el autoreporte relacionada a los déficits cognitivos que el paciente puede presentar. Sin embargo, varios estudios demuestran que la mejor manera para identificar la calidad de vida en trastornos psicóticos es un cuestionario autodirigido (Boyer, et.al., 2013; Harvey, Velligan, & Bellack, 2007).

En un estudio que recopiló varios instrumentos de medición, se logró definir que la escala de calidad de vida en esquizofrenia logra medir los factores que intervienen en la expresión subjetiva de este constructo (Awad, 2008).

4.3 Ajuste Premórbido

El ajuste premórbido se ha definido como el estado previo al inicio de los síntomas relacionados con el diagnóstico de esquizofrenia, identificándose como el mayor predictor de mal funcionamiento tras cinco años de seguimiento. Analizando el periodo premórbido de la esquizofrenia, se pueden obtener dos conclusiones: la primera, durante dicho período ya existen manifestaciones patológicas precursoras de psicosis, afectando a la estructuración de la personalidad, la capacidad cognitiva, el funcionamiento psicosocial, afectivo y relacional de estos sujetos, la segunda, dichas alteraciones son un factor de riesgo por sí mismo, asociado a la producción de la psicosis (Cannon-Spoor, Potkin, & Wyatt, 1982; Serrano Vázquez, Serrano Cartón, M. & Serrano Cartón, M. C. 2012);

Este funcionamiento está considerado como un conjunto de diversas características psicosociales y biológicas, así como sus interacciones con medidas demográficas, como la clase social y el sexo. Siendo conceptualizado como de naturaleza biopsicosocial. Es importante reconocer que el funcionamiento premórbido es realmente un funcionamiento personal, el cual es medido a lo largo de varias dimensiones en puntos temporales específicos, se debe diferenciar el ajuste premórbido de los componentes del proceso patológico como tal. Al igual que el ajuste premórbido debe diferenciarse en sus componentes, también se deben reconocer los componentes que predicen estas variables. Los puntos de vista anteriores señalaron que los resultados buenos y malos se predijeron, respectivamente, por un estado premórbido bajo y adecuado. Comentando algunas

características premórbidas hablan de predecir la hospitalización, pero no el curso crónico. También, el pobre funcionamiento laboral pero no las relaciones sociales deficientes (Strauss, Klorman, & Kokes, 1977).

A lo largo del estudio del ajuste premórbido, se han identificado diversas escalas que tratan de explicar la estructura del paciente, antes de presentar su primera sintomatología, Lo que sitúa a la escala de ajuste premórbido, como aquella con mayor validez en la forma de identificar el mismo. (Cannon-Spoor, Potkin, & Wyatt, 1982)

4.4 Relación de ajuste premórbido y calidad de vida

Al asociar ajuste premórbido y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, se identificó una dificultad —en analogía— con los estudios de correlación, dónde se asocian las variables de manera limitada. Sin embargo, se logra definir que el ajuste premórbido podrá influir en las habilidades cognitivas del paciente, como en la teoría de la mente, lo que genera deficiencias en el funcionamiento interpersonal, evidenciándose que las limitaciones en diversas áreas de competencia psicosocial pueden atribuirse a un déficit primario en habilidades, es decir a un pobre ajuste premórbido. (Cannon-Spoor, Potkin, & Wyatt, 1982).

Además, se ha identificado que el pobre ajuste premórbido se encuentra más relacionado con el sexo masculino, con un inicio de la sintomatología temprana, aumento de la gravedad de los síntomas, con los síntomas negativos y con una pobre respuesta al tratamiento. Lo que nos definirá que un paciente se auto perciba con una disminución de su calidad de vida. (Barajas, et. al., 2013; Schmael, et.al., 2007)

El ajuste premórbido, no se puede considerar un constructo global, ya que se ha identificado que cada variable puede predecir diferentes grados de disfunción en múltiples

áreas, y no simplemente un buen o mal pronóstico. Así, algunas características clínicas parecen predecir hospitalizaciones y no el curso crónico de la enfermedad, otras pueden predecir pobre rendimiento ocupacional. Sin embargo, su rendimiento social puede estar conservado (Strauss, Klorman, & Kokes, 1977), de manera clara se observó en un estudio realizado en Alemania (Bailer, Brauer, & Rey, 1996), en el que se evidencia la asociación que existe entre el pobre ajuste premórbido y la presencia de síntomas negativos, medidos en el curso de la enfermedad durante el transcurso de 3 años, con una significancia de $p < 0.001$. Los síntomas negativos se asociaron a una pobre calidad de vida, con resultados similares. (Beng-Choon, et.al., 1998; Savill, et.al, 2016)

Otros estudios, han demostrado una asociación evidente entre el pobre ajuste premórbido y la deficiencia en la cognición social (Dewangan & Singh, 2018), la cual, es considerada determinante de una pobre calidad de vida (Martín, Secades, López-Goñi, & Tirapu, 2017). Además, es importante acotar que los síntomas positivos han sido asociados a un adecuado ajuste premórbido (López-Navarro, et.al.,2017) y a una mejor respuesta al tratamiento antipsicótico, lo que ha determinado que se asocie a una adecuada calidad de vida. (López, Rodríguez, et. al, 1994)

Por los estudios mencionados, se infiere que puede existir una correlación directa entre las formas de ajuste premórbido y la calidad de vida en un paciente con diagnóstico de esquizofrenia, lo que ha sido reportado en estudios previo de manera directa (Czernikiewicz, Górecka, & Kozak-Sykała, 2005; MacBeth & Gumley, 2007) sin embargo, no existe hasta el momento en la literatura reportada un estudio realizado en la población mexicana que evalué estas dos dimensiones.

5. Planteamiento del problema

¿Cómo influye el ajuste premórbido en la calidad de vida de pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia?

6. Justificación

Al ser seres sociales, la salud global depende de un intercambio interpersonal constante en el que se busca recompensas emocionales, materiales y cognoscitivas, lo que se traducirá en la percepción de cada individuo de su calidad de vida, generando grandes sesgos en su subjetividad. Así, se ha visto un creciente reconocimiento de la calidad de vida, lo que ha determinado un incremento en la producción científica del tema. Con avances del conocimiento que han generado nuevas interrogantes al respecto. (Lee, S.J., et. al, 2019)

En específico, en los pacientes con esquizofrenia, se ha identificado hasta la actualidad que su calidad de vida es mucho menor que en una persona que no presenta este diagnóstico. Sin embargo, se desconoce la asociación que existe en población mexicana con su ajuste premórbido, que nos determina las características y la funcionalidad del individuo antes de la ruptura sintomatológica (Palijan, et.al, 2017), permitiéndonos reconocer si tras el diagnóstico y curso de la enfermedad, éste influye en la calidad de vida del paciente con esquizofrenia, lo que en otros estudios ha sido motivo de estudio reportándose una disminución de la calidad de vida cuando existe un bajo ajuste premórbido. (Czernikiewicz, Górecka, & Kozak-Sykała, 2005)

Los resultados obtenidos, se podrán utilizar para reconocer si las condiciones previas a la enfermedad afectan a la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. De ser así, el presente estudio puede ayudar a realizar intervenciones tempranas sobre el impacto del ajuste premórbido en la calidad de vida de los pacientes.

7. Objetivo General

Comparar la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo con su nivel de ajuste premórbido (bajo vs. adecuado).

8. Objetivos específicos

8.1 Comparar las características demográficas y gravedad sintomática entre los pacientes con esquizofrenia de acuerdo con su nivel de ajuste premórbido (bajo/adecuado).

8.2.1 Evaluar la asociación entre las dimensiones de la calidad de vida y el nivel de ajuste premórbido en las diferentes etapas del ciclo vital.

9. Hipótesis General

Los pacientes con un bajo ajuste premórbido tendrán una calidad de vida más baja que los pacientes con adecuado ajuste premórbido.

10. Hipótesis Específica

10.1 Los pacientes con un adecuado ajuste premórbido serán en su mayoría mujeres, tendrán con mayor frecuencia un empleo, mayor escolaridad, un inicio de enfermedad más tardío, y una mayor gravedad de síntomas positivos en contraste con los pacientes con un bajo ajuste premórbido.

10.2 Los pacientes con mayor aislamiento social, con baja actividad diaria, con mayor disfunción psicosocial mostrarán un bajo ajuste premórbido desde la infancia, hasta la edad adulta.

11. Material y Métodos

11.1 Tipo de Estudio

De acuerdo con la clasificación de Feinstein, se realizó un estudio transversal, al presentar una dirección uni temporal. De tipo analítico/comparativo, ya que contó con dos grupos de análisis, pacientes con un bajo y un adecuado ajuste premórbido. Fue homodémico, por los componentes de grupo y retrolectivo debido a que la obtención de la información ocurrió después de que se generó el resultado (Feinstein, 1985).

11.2 Selección y Tamaño de Muestra

Se reclutó 75 pacientes de la Clínica de Esquizofrenia y de la Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), los que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

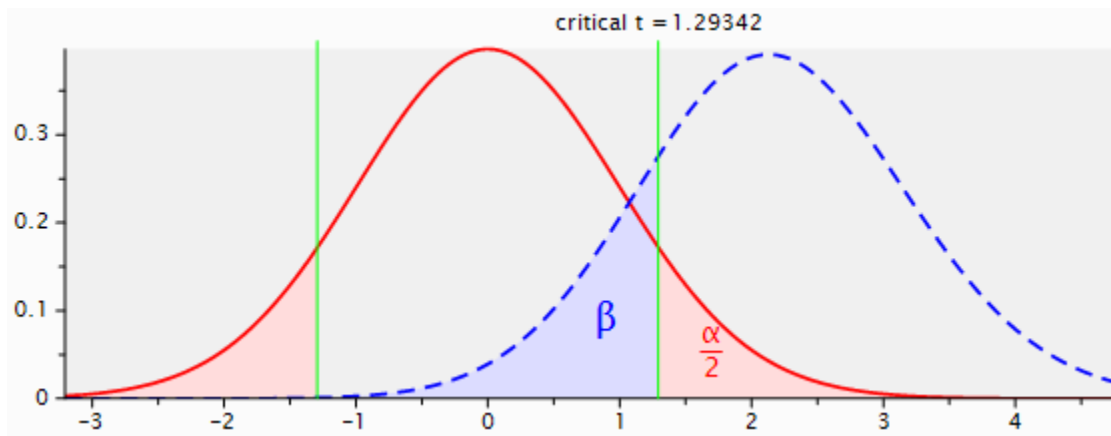
El cálculo de la muestra obtenida se realizó a través de un análisis de potencia *a priori* en el que se asumió varianzas iguales con hipótesis (Friedman, 1982) de investigación de tipo bilateral para dos muestras independientes, mediante el programa G*Power 3.1.9.2:

Potencia estadística ($1 - \beta$ prob err): 0.80

Proporción N2 / N1: 1 dados los resultados previos en población mexicana con proporciones similares de pacientes con adecuado y bajo ajuste premórbido. (Fresán, et. al., 2005)

- Análisis a dos colas
- Tamaño del efecto (d): 0.5
- Alfa de error probable: 0.20
- Poder estadístico ($1 - \beta$ prob err): 0.80

- Proporción $N1 / N1$: $q/1$.
- Valor alfa: 0.05
- Muestra total: 74 pacientes; 37 para cada grupo de ajuste premórbido.



11.3 Criterios de selección

11.3.1 Criterios de Inclusión

1. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en base a los criterios del DSM5.
2. Hombres o mujeres.
3. Pacientes con edades comprendidas entre los 18 a 50 años.
4. Pacientes que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.
5. Pacientes que sabían leer y escribir.

11.3.2 Criterios de exclusión

11.3.2.1 Pacientes con esquizofrenia que presentaron comorbilidades médicas que afectaran de forma directa la calidad de vida (enfermedades crónicas, degenerativas, amputaciones, etc) y psiquiátricas diagnosticadas por el DSM-5, se exceptuó consumo de nicotina, trastornos de ansiedad o depresión.

11.3.2.2 Pacientes que se encontraban agresivos o agitados en el momento de la evaluación.

11.3.3 Criterios de eliminación

11.3.3.1 Pacientes que decidieron retirar su consentimiento para participar en el estudio.

11.3.3.2 Pacientes que no completaron las evaluaciones del estudio.

11.4 Variables del estudio

VARIABLES DEMOGRÁFICAS	TIPO	MEDICION
Edad	Dimensional (años)	Formato de Datos Clínico-Demográficos
Género	Categórica	
Escolaridad	Dimensional (años)	
Nivel socioeconómico	Ordinal	
Estado Civil	Categórica	
Ocupación	Categórica	
VARIABLES CLINICAS	TIPO	MEDICIÓN
Edad de inicio del padecimiento	Dimensional (años)	Formato de Datos Clínico-Demográficos
Edad al momento del diagnóstico	Dimensional (años)	
Tiempo de evolución del padecimiento	Dimensional (años)	
Número de hospitalizaciones	Dimensional	
Tratamiento actual (antipsicótico)	Categórico	
Duración de Psicosis no tratada	Dimensional (semanas)	
GRAVEDAD SINTOMÁTICA	TIPO	MEDICIÓN
Síntomas positivos	Dimensional	Escala de Evaluación de los Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia
Síntomas negativos	Dimensional	
Síntomas cognitivos	Dimensional	
Síntomas de excitabilidad	Dimensional	
Síntomas de depresión y ansiedad	Dimensional	
CALIDAD DE VIDA	TIPO	MEDICIÓN
Psicosocial	Dimensional	Escala de calidad de vida en esquizofrenia
Motivación y energía	Dimensional	
Síntomas y efectos secundarios	Dimnesional	
AJUSTE PREMÓRBIDO	TIPO	MEDICIÓN

Infancia	Dimensional	Escala de ajuste premórbido
Adolescencia temprana	Dimensional	
Adolescencia tardía	Dimensional	
Edad adulta	Dimensional	
Ajuste premórbido global	Dimensional	
Grupo de Ajuste premórbido	Nominal	Media como punto de corte para dividir a la muestra

11.5 Descripción de los Instrumentos

11.5.1 Formato de datos demográficos

Es un formato diseñado *ad hoc*, que tuvo por objetivo concentrar las variables sociodemográficas de cada uno de los pacientes de una manera ordenada y sistematizada. Para obtener los datos de este formato, se realizó una entrevista al paciente o al acompañante. Posterior al encabezado se colocó las preguntas acerca de las variables sociodemográficas y el apartado de variables clínicas en el que se investigó la edad de inicio del padecimiento, los años que el paciente se encuentra diagnosticado, el número de hospitalizaciones que lleva hasta el momento, el tiempo de psicosis no tratada, y el tratamiento antipsicótico que usa.

11.5.2 MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional)

Es una entrevista diagnóstica estructurada de duración breve, que nos sirve de orientación diagnóstica, ya que considera los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se encuentra dividida por letra, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica, en el inicio de cada módulo se presenta una pregunta filtro correspondiente a los principales criterios diagnósticos del trastorno, y al final se identifica una o varias casillas que permiten al clínico identificar si se cumplen con los criterios diagnósticos, existen versiones al español de esta, y modificaciones. La interpretación se

realiza al final evaluando si se cumplen o no criterios. Se encuentra validada al español, por lo que nos servirá como herramienta de orientación diagnóstica. (Bobes García, et. al., 2008) Sin embargo, se requiere que se cumpla con los criterios para esquizofrenia del DSM-5 y la confirmación por parte del adscrito de la clínica de esquizofrenia que avalé el diagnóstico.

11.5.3 Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS).

La escala de síntomas positivos y negativos fue creada por Kay, con la intención de comprender fácilmente los síntomas de esquizofrenia. Esta escala está diseñada con cinco grandes dominios (positivos, negativos, cognitivos, excitabilidad, depresión/ansiedad). Su objetivo es evaluar la gravedad de los síntomas y su psicopatología. Su puntuación total es en base a la suma de cada una de sus dimensiones, las que se puntúan entre 1 y 7, siendo la última, la máxima expresividad de psicopatología. Se encuentra validada en población mexicana, a través de un estudio que fue realizado con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en el año 2005, con una consistencia interna definida por el alfa de Cronbach de 0.80 aproximadamente para cada dominio y adecuada validez concurrente, lo que la hace una herramienta adecuada para ser usado en nuestro estudio. La duración total de la aplicación de la escala es de 45 minutos aproximadamente y se realiza de manera hetero dirigida a través del paciente o del familiar. (Fresán, et. al., 2005).

11.5.4 Escala de Ajuste Premórbido (PAS)

La Escala de Ajuste Premórbido, fue diseñada por Cannon-Spoor, (Cannon-Spoor, Potkin, & Wyatt, 1982) quienes identificaron la necesidad de crear un instrumento que logre definir el grado de capacidad que tenía un sujeto diagnosticado con esquizofrenia antes de que los primeros síntomas aparezcan, específicamente 6 meses antes. Ha sido validada al español y usada en población mexicana (López, Rodríguez, et.al., 1996), busca la capacidad

del sujeto para desarrollar ciertas metas y su desenvolvimiento en los diferentes ciclos vitales (infancia, adolescencia temprana, adolescencia tardía y adultez).

Está diseñada para evaluar el nivel de funcionamiento en las áreas de socialización y aislamiento, relaciones de amistad y compañerismo, capacidad para funcionar fuera del núcleo familiar, capacidad para la vinculación socio-sexual, lo que será evaluado de manera dimensional en las cuatro etapas de la vida. Cada uno de estos períodos presenta una serie de preguntas relacionadas al funcionamiento del paciente en dicha etapa, que posteriormente se puntúan con una escala del 0 (alto funcionamiento) a 6 (bajo funcionamiento). La confiabilidad interevaluador fue $r = 0.85$. Con un alfa de Cronbach global de 0.95, demostrando que es una escala adecuada para evidenciar la funcionalidad del paciente previo a su sintomatología. (López, Rodríguez, et. al., 1996) Esta escala ha sido ampliamente usada y validada a otros idiomas, manteniendo su confiabilidad. (Barajas, et.al., 2013)

Para la conformación de los grupos de análisis, se empleará la puntuación media de la calificación total del ajuste premórbido. Aquellos con puntuaciones superiores a la media serán clasificados como pacientes con bajo ajuste premórbido y aquellos con valores iguales o inferiores a la media como pacientes con adecuado ajuste premórbido (Haas, 1992; Fresán, et.al., 2005).

10.5.5 Escala de Calidad de Vida para esquizofrenia (SQLS)

En el año 2000, Wikinson y colaboradores (Wilkinson, et.al.,2000) (Suárez, Sánchez, & Calvo, 2012), identificaron la necesidad de crear una herramienta específica para medir la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, ya que sus condiciones eran diferentes a la de la población general. Con la intención de definir la afectación del funcionamiento debido a síntomas de defecto. Se encuentra formada por 30 ítems, con tres

categorías: psicosocial, energía/motivación y síntomas/efectos adversos. Cada ítem se puntúa según una escala tipo Likert, entre 0 y 4 que se catalogan como nunca, rara vez, algunas veces, a menudo y siempre, existe un cambio con los ítems 12, 13, 15, 20 y 29 que deben ser codificados de forma inversa asociado a la estructura y la afirmación de la pregunta realizada. Finalmente, se suma la puntuación global de cada dimensión, cada escala se puntúa de 0 a 100 que es el máximo de disfunción (se suman todos los ítems y se divide para 4 como el máximo de puntuación por el número de ítems de la dimensión; este resultado se multiplica por 100). Mientras más alta sea la puntuación que reporte, más baja será su percepción de la calidad de vida. Hasta el momento, el instrumento no cuenta con puntos de corte. Se encuentra traducida al español y ha sido validada en pacientes con similares características a la de los mexicanos, como es la población colombiana, brindando resultado un alfa de Cronbach en los tres dominios están entre 0.7 y 0.9 y una buena confiabilidad test-retest, pues los coeficientes son > 0.85 y las mediciones están dentro del IC 95 %. Esto apunta a que el instrumento tiene la capacidad de medir una misma condición, que se encuentra estable entre diferentes momentos, por lo que se considera una herramienta adecuada para usar en nuestra investigación, ya que cumplirá el objetivo de brindar una buena forma de identificar la percepción de la calidad de vida en los pacientes con esquizofrenia (Suárez, Sánchez, & Calvo, 2012).

12. Procedimiento de Estudio

El estudio se llevó a cabo con 75 pacientes con diagnóstico confirmado de esquizofrenia, que fueron captados de la clínica de esquizofrenia del INPRFM, a quienes se les aplicó la entrevista estructurada MINI, que nos ayudó a una orientación diagnóstica,

además se confirmó a través del expediente clínico y se avaló el diagnóstico por el médico adscrito de la clínica de esquizofrenia.

Tras la confirmación diagnóstica, se revisó que los pacientes cumplieran con los criterios de selección del estudio y aquellos pacientes elegibles, fueron invitados verbalmente a participar en el estudio. Aquellos que se mostraron interesados, recibieron una explicación más amplia de los objetivos y procedimientos mediante la lectura y la explicación de la carta de consentimiento informado. Finalmente, los que aceptaron participar, firmaron el consentimiento e iniciaron su participación.

Tras la aceptación de participación, se realizó una entrevista para valorar las principales características demográficas y clínicas del padecimiento. Así como, la entrevista semiestructurada para valorar la gravedad sintomática actual del padecimiento mediante la escala PANSS. Posteriormente, se realizó las preguntas relacionadas con el ajuste premórbido evaluando los períodos del ciclo vital antes de la aparición de los primeros síntomas psicóticos. Finalmente, se entregó a cada paciente la Escala de Calidad de Vida en esquizofrenia la que de manera autoaplicada el paciente la completó.

El tiempo estimado de aplicación de los instrumentos fue de 120 minutos que se realizó en una sola sesión, asociado a la necesidad de disminución en la exposición social por la pandemia COVID 19 que se encontró en curso mientras se realizó la captura de muestra.

Al finalizar la aplicación de los instrumentos, se procedió a la calificación, y la introducción de los datos en un sistema que nos permitió realizar el análisis de la información. Es importante comentar que se adjuntó al expediente de cada paciente una

copia de los resultados obtenidos, de aquellos que aceptaron de manera voluntaria que se comparta la información con su médico tratante.

12.1 Algoritmo Del Procedimiento.



13 Análisis Estadístico

Para la descripción de las características demográficas y clínicas de la muestra se empleó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables nominales y medias y desviaciones estándar para las variables dimensionales. Como pruebas de hipótesis para el contraste entre pacientes con adecuado y bajo ajuste premórbido, se empleó la Chi cuadrada para el contraste de variables nominales y la *t de Student* de muestras independientes para el contraste de variables dimensionales. Como prueba de asociación entre la calidad de vida y las etapas del ciclo vital del ajuste premórbido, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson. El nivel de significancia estadística se fijó con una $p \leq 0.05$. Todos los análisis se realizaron con el programa estadístico SPSS versión 21.

14 Consideraciones éticas

Para garantizar los aspectos éticos durante la investigación, el estudio se basó en las consideraciones éticas promulgadas por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en la que prevalece el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar del individuo objeto de estudio. Se respetó los aspectos que menciona la ley. Así: a). se proporcionó a la muestra seleccionada toda la información referente al presente estudio, en todas las fases de desarrollo, b). el participante brindó su consentimiento expreso y por escrito, se especificó la firma de su representante legal o del paciente quien autorizó su participación en la investigación. c) se informó al participante de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometería, recordándole la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. d) se brindó toda la información necesaria para el entendimiento de la investigación definiendo la justificación y los objetivos de esta; los procedimientos que se usaron y el propósito, las molestias o riesgos esperados; así también los beneficios que tuvieron; e) se aseguró la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto. f) se especificó que en cualquier momento durante la investigación el paciente tenía la libertad de retirarse y dejar de participar en el estudio, sin que por ello existan prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento. La información que se obtuvo de los pacientes fue llevada bajo el anonimato respectivo. Finalmente se hizo un reconocimiento en el informe final al personal participante de la investigación. El personal que participó en el estudio demostró calidad humana, solvencia ética, técnica y científica. Y cuando se llegaron a presentar acontecimientos adversos durante la investigación se buscó soluciones lo más inmediatas posibles, con

comunicación asertiva y siempre se priorizó el bienestar de los pacientes (Diario Oficial de la Federación, 1985).

El proyecto fue aprobado por el comité de ética de investigación del INPRFM el 21 de octubre del 2019, con número de registro CONBIOETICA 09-CEI-010-20770316.

15. Resultados

15.1 Características demográficas y clínicas de la muestra

Se incluyó 75 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia con una edad promedio de 38 años (D.E.= 9.5), de los cuales el 65.3% (n=49) eran hombres y el 34.7% (n=26) restante, mujeres. La mayoría de los pacientes se encontraron sin pareja al momento del estudio (89.3%, n=67), sin una actividad remunerada (77.3%, n=58), con un nivel socioeconómico bajo (66.7%, n=50) o medio (28.0%, n=21) y una escolaridad media de 11.8 años (D.E.=4.2), equivalente al segundo año de estudios de bachillerato/preparatoria.

La edad de inicio del padecimiento se reportó a los 22.9 años (D.E.=7.7), recibieron el diagnóstico de esquizofrenia por parte de un servicio de psiquiatría a los 23.9 años (D.E.=7.6), con una duración de la psicosis no tratada de 44.2 semanas (D.E.=64.3) y un tiempo de evolución total del padecimiento de 11.1 años (D.E.=16.0).

Casi la totalidad de los pacientes (97.3%, n=73) se encontraron bajo tratamiento con antipsicótico al momento del estudio, principalmente con antipsicóticos atípicos (72.6%, n=53 de los que reportaron usar antipsicóticos) y en menor medida, con antipsicóticos típicos (27.4%, n=20 de aquellos bajo tratamiento con antipsicóticos). En la Tabla 1 se muestran los principales antipsicóticos empleados por los pacientes del estudio.

Además del uso de antipsicóticos, 13 (17.3%) pacientes reportaron algún tratamiento concomitante, de éstos, el 92.3% (n=12 de los que reportaron tratamiento concomitante) bajo tratamiento con antidepresivo y 15.4% (n=2) con algún ansiolítico.

Tabla 1. Uso de antipsicóticos al momento del estudio (n=73)

	n	%
Clozapina	17	23.3
Risperidona	12	16.4
Olanzapina	10	13.7
Aripiprazol	10	13.7
Sulpirida	7	9.6
Haloperidol	4	5.5
Trifluoperazina	3	4.1
Decanoato de haloperidol	3	4.1
Quetiapina	2	2.7
Perfenazina	2	2.7
Zuclopentixol	2	2.7
Amisulprida	1	1.4

En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica, 17 (22.7%) pacientes reportaron tener algún diagnóstico adicional al de esquizofrenia, principalmente trastorno depresivo mayor (70.6%, n=12), crisis de angustia (5.9%, n=1), fobia social (5.9%, n=1) y dependencia a nicotina (17.6%, n=3)

Poco más de la mitad de los pacientes (54.7%, n=41), reportaron haber tenido al menos una hospitalización psiquiátrica a lo largo de su padecimiento, en promedio 1.5 (D.E.=0.9, rango 1.5). La edad media en la que se reportó la primera hospitalización fue a los 25.1 años (D.E.=7.8).

En la Tabla 2 se muestran las puntuaciones medias de la muestra en la evaluación de la gravedad sintomática al momento del estudio mediante la PANSS de cinco factores.

Tabla 2. Gravedad sintomática al momento del estudio.

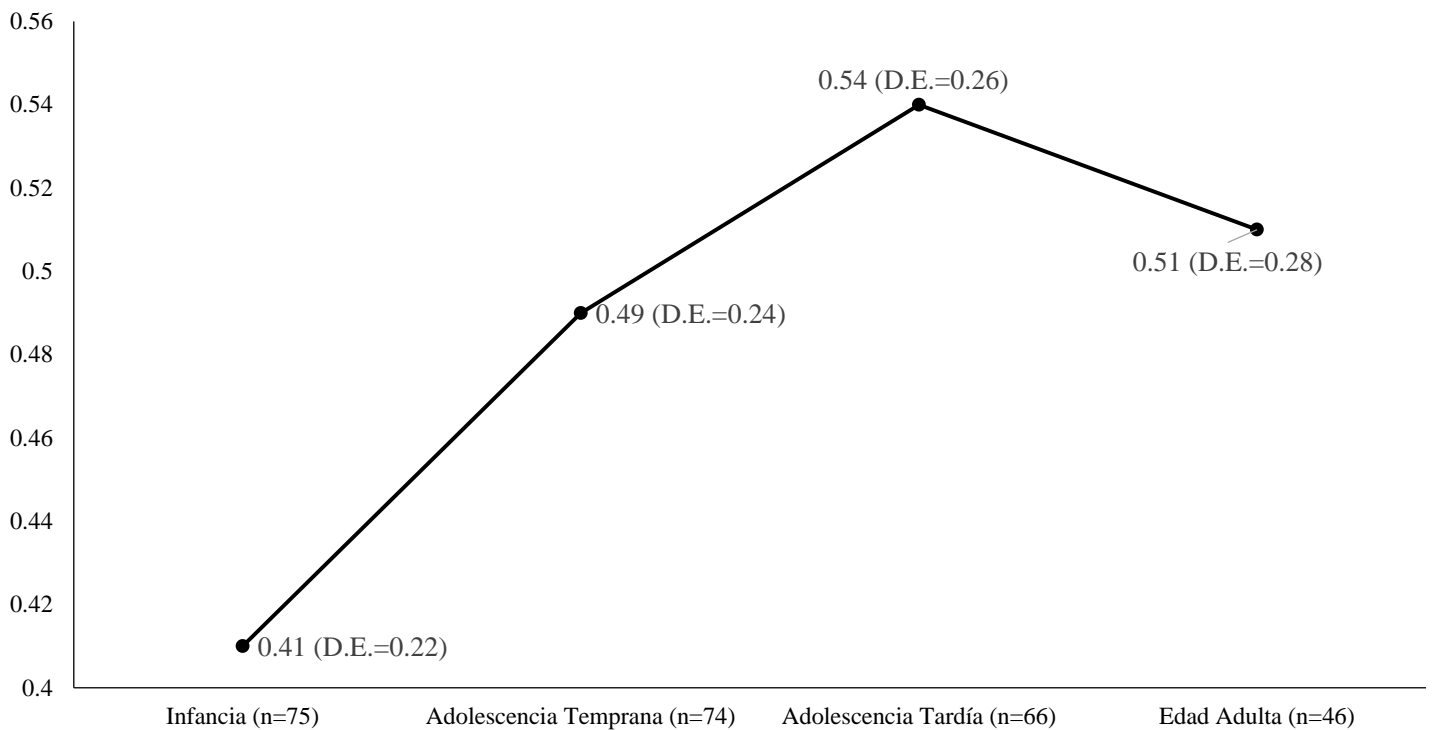
	Media	D.E.
PANSS positivo	27.2	8.6
PANSS negativo	28.5	7.5
PANSS cognitivo	23.9	6.6
PANSS excitabilidad	10.3	4.0
PANSS depresión/ansiedad	12.3	3.3
PANSS Total	102.4	24.2

15.2 Ajuste premórbido de los pacientes incluidos en el estudio.

En la Gráfica 1 se muestran las puntuaciones globales obtenidas en la evaluación del ajuste premórbido en las cuatro áreas del ciclo vital: infancia, adolescencia temprana, adolescencia tardía y edad adulta, donde se observa un deterioro progresivo a lo largo de las etapas del ciclo vital. La puntuación del ajuste premórbido general fue de 0.54 (D.E.=0.22) con un ajuste final total de 0.50 (D.E.=0.21). Esta puntuación fue empleada para dividir a la muestra en el grupo con bajo ajuste premórbido (>0.51) y el grupo con un

adecuado ajuste premórbido (≤ 0.50), recordando que mayores puntajes en la escala de ajuste premórbido representan un peor ajuste premórbido.

Gráfica 1. Evaluación del ajuste premórbido del total de la muestra – Áreas del ciclo vital



15.3 Características demográficas y clínicas de acuerdo con el nivel de ajuste premórbido

Una vez que la muestra fue dividida en el grupo con bajo y adecuado ajuste premórbido, se compararon las principales características demográficas y clínicas evaluadas en el estudio.

En cuanto a las características demográficas, un mayor número de pacientes con adecuado ajuste premórbido tenían pareja y una actividad económicamente remunerada al

momento del estudio y reportaron tener una mayor escolaridad en contraste con los pacientes con un bajo ajuste premórbido (Tabla 3). No se observaron diferencias entre grupos en las características demográficas restantes.

De forma general, no se observaron diferencias en las principales características clínicas evaluadas en el estudio; ambos grupos, bajo y adecuado ajuste premórbido reportaron edades de inicio del padecimiento, edad del diagnóstico, psicosis no tratada, tiempo de evolución, comorbilidades y hospitalizaciones similares. Sin embargo, se observaron diferencias entre grupos en términos de la gravedad sintomática evaluada al momento del estudio. El grupo con un bajo ajuste premórbido reportó una mayor gravedad sintomática en síntomas negativos, síntomas cognitivos, síntomas de excitabilidad y una mayor gravedad total evaluada con la PANSS (Tabla 4).

Tabla 3. Características demográficas y clínicas de acuerdo con el nivel de ajuste premórbido

	Bajo Ajuste (n=37)	Adecuado Ajuste (n=38)	
<i>Características Demográficas</i>			
Sexo – Hombre	25 67.6	24 63.2	$\chi^2=0.1$, 1 gl, p=0.68
Mujer	12 32.4	14 36.8	
Edad (años)*	37.3 10.4	38.6 8.7	t=-0.6, 73 gl, p=0.55
Escolaridad (años)*	10.3 3.7	13.3 4.1	t=-3.3, 73 gl, p=0.001
Estado civil – Sin pareja	36 97.3	31 81.6	$\chi^2=4.8$, 1 gl, p=0.02
Con pareja	1 2.7	7 18.4	
Empleo – No remunerado	33 89.2	25 65.8	$\chi^2=5.8$, 1 gl, p=0.01
Remunerado	4 10.8	13 34.2	
Nivel económico – Bajo	26 70.3	24 63.2	$\chi^2=1.1$, 2 gl, p=0.57
Medio	10 27.0	11 28.9	
Alto	1 2.7	3 7.9	
<i>Características Clínicas</i>			
Edad de inicio (años)*	21.5 7.1	24.1 8.2	t=-1.4, 73 gl, p=0.15
Edad del diagnóstico (años)*	22.5 6.8	25.2 8.1	t=-1.5, 73 gl, p=0.12
Psicosis no tratada (sem)*	50.3 82.1	38.2 40.4	t=0.8, 73 gl, p=0.41
Evolución (años)*	12.7 20.5	9.5 10.1	t=-0.8, 73 gl, p=0.39
Hospitalización – Si	19 51.4	22 57.9	$\chi^2=0.3$, 1 gl, p=0.56
Número Hospitalizaciones	1.5 0.7	1.5 1.1	t=-0.03, 39 gl, p=0.97
Edad hospitalización (años)*	23.4 6.5	26.5 8.6	t=-1.2, 39 gl, p=0.22
Comorbilidad – Si	6 16.2	11 28.9	$\chi^2=1.7$, 1 gl, p=0.18 $\chi^2=0.06$, 1 gl, p=0.79 $\chi^2=0.5$, 1 gl, p=0.44 $\chi^2=1.9$, 1 gl, p=0.16 $\chi^2=0.006$, 1gl, p=0.93
Depresión	4 66.7	8 72.7	
Crisis de angustia	-	1 9.1	
Fobia social	1 16.7	-	
Dependencia a nicotina	1 16.7	2 18.2	
Antipsicóticos – Típicos	-	2 5.3	$\chi^2=2.0$, 1 gl, p=0.15
Atípicos	37 100.0	36 94.7	

* Datos reportados en Medias y D.E.

Tabla 4. Gravedad sintomática de acuerdo con el nivel de ajuste premórbido

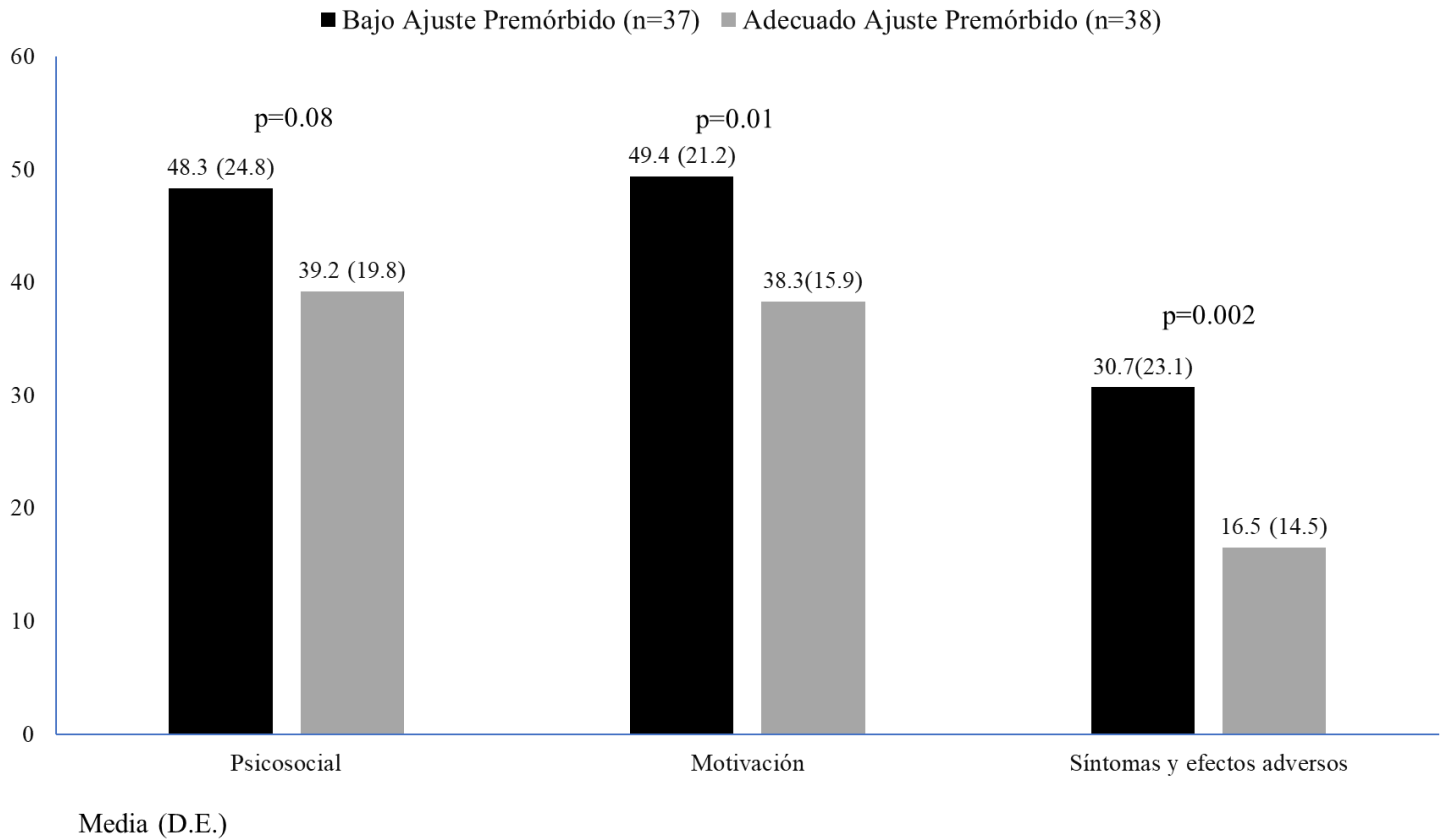
	Bajo Ajuste (n=37)	Adecuado Ajuste (n=38)	
<i>Media D.E.</i>			
PANSS positivo	28.8 9.2	25.7 7.7	t=1.5, 73 gl, p=0.12
PANSS negativo	31.4 5.9	25.7 7.9	t=3.4, 73 gl, p=0.001
PANSS cognitivo	26.2 6.2	21.6 6.2	t=3.2, 73 gl, p=0.002
PANSS excitabilidad	11.7 4.1	9.0 3.3	t=3.1, 73 gl, p=0.002
PANSS depresión/ansiedad	12.3 2.7	12.3 3.8	t=-0.05, 73 gl, p=0.95
PANSS Total	110 23.0	94.5 23.0	t=3.0, 73 gl, p=0.003

15.4 Calidad de vida y ajuste premórbido en pacientes con esquizofrenia

Mediante la Escala de Calidad de Vida en Esquizofrenia, se evaluaron tres áreas principales: psicosocial, energía/motivación y síntomas/efectos adversos.

En la Gráfica 2 se muestra la comparación de estas dimensiones entre los pacientes con bajo y adecuado ajuste premórbido. De forma general, se observa que los pacientes con un bajo ajuste premórbido reportan una menor motivación, mayores síntomas y efectos adversos, en contraste con los pacientes con un adecuado ajuste premórbido. No se observaron diferencias entre grupos en la dimensión de psicosocial.

Gráfica 2. Calidad de vida y entre pacientes con bajo y adecuado ajuste premórbido



Finalmente, se realizaron correlaciones bivariadas de Pearson para determinar la asociación lineal entre las dimensiones de la calidad de vida y las puntuaciones de las áreas del ciclo vital del ajuste premórbido en el total de la muestra.

Se observan asociaciones directas entre las dimensiones de ambos instrumentos, indicativo de una asociación entre un bajo ajuste premórbido y una baja calidad de vida en pacientes con esquizofrenia.

Tabla 5. Asociaciones entre las dimensiones del ciclo vital del ajuste premórbido y la calidad de vida

Ajuste premórbido	<i>Calidad de Vida</i>		
	<i>Psicosocial</i>	<i>Motivación</i>	<i>Síntomas y efectos</i>
Infancia	0.29 (0.01)	0.39 (0.001)	0.27 (0.01)
Adolescencia temprana	0.22 (0.06)	0.31 (0.006)	0.28 (0.01)
Adolescencia tardía	0.24 (0.04)	0.30 (0.01)	0.30 (0.01)
Edad adulta	0.40 (0.005)	0.22 (0.13)	0.44 (0.002)

r(p)

16. Discusión

La calidad de vida es un constructo ampliamente utilizado y valorado en pacientes con diagnósticos psiquiátricos, que trata de identificar la percepción del individuo en la vivencia de su bienestar. Identificar la calidad de vida de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia brinda una nueva manera de encontrar la interpretación personal de homeostasis y expresa los puntos en los que el psiquiatra se debe centrar para brindar un mejor pronóstico. Así mismo es importante reconocer al ajuste premórbido como aquel marcador que nos describe el funcionamiento y desarrollo social del paciente a través de las etapas de la vida; infancia, adolescencia temprana, adolescencia tardía, adultez, en el estadio de los 6 meses previos al inicio de su sintomatología.

La presente investigación tuvo como objetivo comparar la relación entre el ajuste premórbido y la calidad de vida, su hipótesis principal se asoció a la consideración que el ajuste premórbido podría ser un determinante de la calidad de vida del paciente, así

discurrió que un peor ajuste premórbido se relacionaría a una peor calidad de vida y viceversa. Además, comparó las características clínicas y sociodemográficas entre estos dos grupos de pacientes.

16.1 Características Generales de la muestra

El estudio de las características sociodemográficas de los participantes determinó que el número de estudiados en su gran mayoría se encontraron en la adultez, la cantidad de hombres examinados fue superior a la de mujeres, reconociendo que esta variante en la prevalencia puede ser una característica de la población clínica estudiada como se ha evidenciado en otros estudios realizados en mencionada institución (Fresán, et.al., 2005), ya que es conocida la prevalencia a nivel mundial de 1:1 en ambos sexos. (Sadock & Sadock, 2015; Saha, 2005) La mayoría de la muestra se encontró sin pareja al momento del estudio, reportes similares se han evidenciado en otros estudios con 71.4 % de solteros en este grupo de pacientes, (Lane, 1997; Lee, Lieh-Mak, et.al., 1991; Priebe, et.al., 2011) la diferencia en nuestro estudio puede deberse a dos situaciones relacionados con la población clínica en la que se evidenció mayor cantidad de hombres, lo que en estudios previos predispone a menores posibilidades estar en una relación de pareja (Lane, 1997); el segundo factor se asoció a la agrupación de nuestra muestra en dos categorías con pareja y sin pareja; es decir que todos aquellos divorciados y enviudaron se catalogaron como sin pareja al momento del estudio. Es importante recordar que esta variable podría cambiar por factores socioculturales en los que se puede encontrar una prevalencia mayor de pacientes casados por matrimonios concertados (Thara & Srinivasan, 1997). Finalmente, el nivel de escolaridad reportado en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia fue similar al de nuestro estudio (Sørensen, et.al., 2018).

La edad de inicio del padecimiento abarcó en nuestra muestra el rango ya conocido extensamente por diferentes autores. (Sadock & Sadock, 2015) El promedio del tiempo de psicosis no tratada en muestras de estudio de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia es similar al de nuestra muestra (Rebhi, et.al., 2018), está es una variable ampliamente estudiada en el pronóstico del trastorno, llegando a considerarse como un factor que puede influir en la calidad de vida futura. Es importante reconocer que la definición de tiempo de psicosis no tratada puede influenciar en los promedios ya que llega a existir heterogeneidad en el concepto.

El tiempo de evolución promedio de nuestra muestra expuso que la población de estudio fue clínica y extrapolada de consulta externa, lo que quiere decir que la mayoría de nuestros pacientes al momento del estudio se encontraron en seguimiento y con un tratamiento antipsicótico establecido, siendo los antipsicóticos atípicos los más utilizados, considerando que se han identificado como puntuales para los síntomas positivos con una menor expresión de efectos secundarios (Leucht, et.al., 2009).

En el curso del diagnóstico de esquizofrenia se ha identificado varias comorbilidades psiquiátricas, entre estos: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, consumo de sustancias y trastorno obsesivo compulsivo, (Buckley, et.al., 2008; Sadock & Sadock, 2015) en nuestra muestra de estudio como criterio de exclusión se encontraban pacientes con trastornos por consumo de sustancias excepto nicótica y otras comorbilidades que podrían determinar una mayor expresión de su sintomatología, además de generar otras comorbilidades médicas que podrían determinar una alteración en la percepción de la calidad de vida. Evidenciamos en nuestra muestra el tratamiento concomitante para los trastornos mencionado, sobre todo antidepresivos y ansiolíticos.

La puntuación total del PANSS fue elevada frente a estudios previos realizados en la misma población (Arienti, 2018; Fresán, et.al., 2005) se la considera como grave; probablemente esta variación de 30 puntos se deba a que en el momento de la recolección de la muestra estuvo en curso la pandemia COVID-19 lo que se ha reportado como un factor que puede determinar incremento en la gravedad de la sintomatología en varios diagnósticos psiquiátricos asociado al incremento en el estrés psicológico y el aislamiento social. (Kozloff, et.al., 2020) Además, la escala fue aplicada por un solo evaluador, lo que pudo determinar errores de tipo inter evaluador.

En las puntuaciones de la escala de ajuste premórbido se evidenció un deterioro progresivo a lo largo de los ciclos vitales, lo que se podría asociar a las necesidades mayores de funcionamiento que existen mientras más avanzada es la etapa de la vida estudiada, esto responde a una de nuestras hipótesis secundarias en las que se considera que el bajo ajuste premórbido determinará un deterioro a lo largo de las etapas de la vida y se muestra congruente con estudios previos cuyo objetivo ha sido determinar la validez del uso de la escala de ajuste premórbido en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, (Barajas, et.al., 2013; López, Rodríguez, et.al., 1996; MacBeth & Gumley, 2007) lo que nos podría brindar un nuevo enfoque en el seguimiento de una persona que pueda cumplir con factores de riesgo para un diagnóstico de esquizofrenia en el futuro y que empiece a disminuir su ajuste premórbido a lo largo de su ciclo vital llegando incluso a ser parte de un nuevo factor de riesgo y poder centrarnos en intervenciones tempranas desde la infancia-adolescencia temprana.

16.2 Características demográficas y clínicas de acuerdo con el nivel de ajuste premórbido

En cuanto a las características demográficas y la comparación con el adecuado y bajo ajuste premórbido, se evidenció que pacientes con un adecuado ajuste premórbido tenían pareja, una actividad económica remunerada y contaban con un mayor grado de escolaridad en contraste con los pacientes con un bajo ajuste premórbido, lo que responde parte de nuestra hipótesis secundaria. Sin embargo, no se pudo evidenciar que sea un punto ser mujer para tener un mejor ajuste premórbido, esto pudo deberse a que el número de mujeres estudiadas fue dos veces menor al de hombres, se podría además plantear para futuras investigaciones que el sexo no influye en el ajuste premórbido y uno de los determinantes más importantes es la escolaridad, lo que es congruente con varios estudios realizados en los que se ha demostrado esta asociación, (Swanson, et.al., 1998) llegando inclusive a considerarse como un factor de riesgo para el diagnóstico de esquizofrenia, (Luo, et.al., 2020) esto puede deberse a la relación encontrada con signos neurológicos suaves que se ha visto asociada a un bajo nivel de escolaridad en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. (Shaji, 1991) No se observaron diferencias entre grupos en las características demográficas restantes, diferencias que se han identificado en estudios previos donde recalcan a la edad de inicio del padecimiento y el tiempo de psicosis no tratada como un determinante de un bajo ajuste premórbido asociado al tiempo prolongado de inicio de tratamiento farmacológico; (Jeppesen, et.al., 2018; Kanahara, et.al., 2013; Schmael, et.al., 2007) esta variante puede deberse a que el estudio se realizó en pacientes estables con un seguimiento continuo en consulta externa, excluyendo a los pacientes con síntomas agudos que cumplían criterios de hospitalización o que se encontraban hospitalizados, sin embargo esta asociación se ha puesto en duda en algunos estudios en los que no han logrado encontrar una asociación y han considerado que el tiempo de

psicosis no tratada y el ajuste premórbido son constructos diferentes (MacBeth & Gumley, 2007)

Las diferencias en términos de la gravedad sintomática evaluada entre grupos al momento del estudio reportaron una mayor gravedad sintomática en pacientes con un bajo ajuste premórbido, estos puntuaron más alto en la escala de síntomas negativos, síntomas cognitivos, síntomas de excitabilidad y una mayor gravedad total evaluada con la PANSS, lo que se ha visto de manera consistente en estudios previos. (Alessandrini, et.al., 2016; Fontanil, Alcedo, & Gutierrez, 2017; Javad, et.al. 2010; Jeppesen, et.al., 2018; Narvaez, et.al., 2008; Priebe, et.al., 2011) Este hallazgo es de suma importancia considerando que los síntomas negativos y cognitivos se han visto asociados a un pobre rendimiento social y laboral, (Vogel, et.al., 2019) que es parte de la evaluación que se realizó en el ajuste premórbido ya que no debemos olvidar que el 50 % de los pacientes presentan síntomas negativos subdiagnosticados previo al apareamiento de los síntomas positivos e inicio de la enfermedad, esto nos deja un punto claro para intervenciones psicosociales en el área de rehabilitación que son factores favorecedores, (Degnan, et.al., 2018) así como para brindar un tratamiento temprano que genere un incremento en los rendimientos asociados y determinar un cambio en la percepción de su calidad de vida. (Vogel, et.al., 2019)

16.3 Calidad de vida y ajuste premórbido en pacientes con esquizofrenia

La escala de calidad de vida en esquizofrenia evaluó tres áreas: psicosocial, energía/motivación y síntomas/efectos adversos.

Nuestra muestra reportó lo ya observado en otros estudios en los que se ha identificado que los pacientes con bajo ajuste premórbido alcanzan más síntomas y efectos adversos. (Hwang, et.al., 2009)

El área psicosocial no fue significativa en nuestro estudio, lo que es contrario a los estudios realizados previamente donde se ha determinado que las relaciones sociales, la amistad, las competencias comunicativas y las habilidades sociales son necesarias para vivir de una manera autónoma y pueden determinar una mejor percepción de su calidad de vida. (Fontanil, Alcedo, & Gutierrez, 2017; Yeung & Chan, 2006) Esta variante se puede considerar asociada a que en el momento de estudio se encontró en curso la pandemia COVID 19 lo que determinó una disminución en la interacción social y aislamiento preventivo por lo que el autoreporte pudo tener sesgos de inter evaluado. Con relación a la dimensión de motivación, se observó una relación directa con un bajo ajuste premórbido como determinantes de la calidad de vida, lo que se ha podido corroborarse en estudios previos, (Chang, et.al., 2019) brindando nuevos puntos de abordaje en el tratamiento.

Nuestra hipótesis principal coincidió con los hallazgos, se logró determinar que un bajo ajuste premórbido se relaciona con una percepción de baja calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, este es el primer reporte que asocia estas dos variables en un estudio en población mexicana. Su función repercutirá en intervenciones tempranas en el ajuste premórbido del paciente evitando que así repercuta en su calidad de vida. Esto es consistente con la literatura evidenciada en revisiones sistémicas y metaanálisis. (Czernikiewicz, Górecka, & Kozak-Sykała, 2005; Javad, et.al., 2010; MacBeth & Gumley, 2007)

17. Limitaciones

Es importante reconocer que existen ciertas limitaciones en nuestro estudio, la primera se asocia a la cantidad de participantes que al comparar con la prevalencia mundial de esquizofrenia 1% es pequeña, sin embargo, hay que considerar que, al capturar la

muestra, la pandemia COVID 19 estuvo en curso y generó dificultades asociadas al confinamiento. Por lo tanto, es importante motivar la realización de estudios longitudinales con una muestra aleatorizada grande que obtenga datos precisos de los factores que pueden influir en la calidad de vida de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia.

Considerar a los pacientes con comorbilidad de trastorno depresivo como una variable independiente habría sido importante, los estudios demuestran la influencia directa de los síntomas depresivos en la percepción de la calidad de vida, (Priebe, et.al., 2011) por lo que se sugiere en estudios futuros una evaluación más detallada de la comorbilidad con escalas específicas para evitar la limitación del presente estudio.

La pandemia en curso COVID 19 es un gran estresor en la población en general, estudios han determinado el apareamiento de síntomas depresivos en población que no presentaba síntomas psiquiátricos y exacerbación de la sintomatología previa en pacientes con diagnóstico psiquiátrico, por lo que se considera que la muestra en específico pudo estar influenciada por este estresor. Sin embargo, no fue medido en el estudio actual, desconociéndose el grado real que pudo afectar a nuestra población de estudio.

Es importante señalar que la escala de calidad de vida mide dimensiones, llegando a evidenciarse una relación lineal con las dimensiones de la escala de ajuste premórbido. Sin embargo, al no tener un puntaje total y tampoco tener puntos de corte, no podemos generalizar que está relación, además de que desconocemos de la intensidad de su relación. Nuestro estudio fue transversal y retrospectivo lo que nos impidió distinguir que la asociación encontrada realmente sea un factor de riesgo o un factor pronóstico y de esta manera observar el curso del padecimiento comparado con la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, por lo que se sugiere que en futuras

investigaciones se realice estudios longitudinales que busquen una relación causal y tomen a nuestro estudio como una base.

Finalmente hay que comentar que nuestro, fue realizado en población crónica, en seguimiento continuo en consulta externa lo que hizo una diferencia importante con los estudios previos realizados que se han centrado en población aguda, con primer episodio de psicosis, que puede determinar que el funcionamiento psicosocial deteriorado sea mucho más evidente al principio de sus síntomas a cuando ya ha existido una habituación de la sintomatología y de la familia asociada al padecimiento.

18. **Conclusiones**

Nuestro estudio es el primero que se enfocó en población mexicana con diagnóstico de esquizofrenia en el que se asoció el ajuste premórbido y la calidad de vida, determinamos que a menor ajuste premórbido existe una menor percepción de la calidad de vida y viceversa. Evidenciamos, la importancia de valorar el ajuste premórbido para realizar intervenciones tempranas en estos pacientes y que puedan tener una mejor percepción de la calidad de vida futura.

Identificó el nivel de escolaridad como un factor de importancia en el bajo ajuste premórbido, lo que sugiere la necesidad de fomentar un mayor grado de estudio para evitar un menor ajuste premórbido en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, es decir se podría considerar como un puntual de visión futura en una política de gobierno que impulse el estudio hasta por lo menos la finalización de la preparatoria.

Estimular a los pacientes en las relaciones interpersonales, así como en las áreas sociales puede contribuir a una mejor percepción de su calidad de vida, está es una inferencia ya que lo que se determinó en nuestro estudio es que aquellos pacientes que se

encontraban en una relación de pareja y con actividad remunerada tenían un mejor ajuste premórbido que puede determinar una mejor calidad de vida.

Considerar el uso de fármacos con un menor perfil de efectos secundarios es importante para el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia ya que determinará un buen ajuste premórbido y una mejor percepción de calidad de vida.

Incentivar la realización de estudios longitudinales que relacionen el estrés relacionado a la vivencia de la pandemia COVID 19 y el alcance que pueda tener en la percepción de la calidad de vida de una paciente con diagnóstico de esquizofrenia es fundamental.

Finalmente se requiere más investigación con relación a los mecanismos neurobiológicos que disminuyen la motivación en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, lo que ayudaría a determinar un manejo adecuado a este síntoma y así de manera indirecta mejorar la calidad de la percepción de vida del paciente.

19. Referencias

Abad Gómez, D., Agudelo, G. & Byron, H. (2005). Construcción Cultural del Concepto Calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 79-90.

Alessandrini, M., Lançon, C., Fond, G., Faget-Agius, C., Richieri, R., Faugere, M., Metairie, E., Boucekine, M., Llorca, P., Auquier, P. & Boyer, L (2016). A structural equation modelling approach to explore the determinants of quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 171(1-3), 27-34.

Arienti, M. (12 de Abril de 2018). Evaluación de la capacidad del paciente con esquizofrenia para consentir sobre su tratamiento, estudio comparativo entre pacientes con

baja y adecuada conciencia de enfermedad. (Tesis de grado de especialidad). UNAM. Ciudad de México, Ciudad de México, México.

Awad, G. (2008). Calidad de vida en esquizofrenia. Conceptos y medidas para la práctica clínica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 72(2), 122-127.

Bailer, J., Brauer, J. & Rey, E.-R. (1996). Premorbid adjustment as predictor of outcome in schizophrenia: results of a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(5), 368-377.

Barajas, A., Ochoa, S., Baños, I., Dolz, M., Villalta-Gil, V., Vilaplana, M. & Usall, J. (2013). Spanish validation of the Premorbid Adjustment Scale (PAS-S). *Comprehensive Psychiatry*, 54(2), 187-194.

Beng-Choon, H., Nopoulos, P., Flaum, M., Arndt, S. & Andreasen, N. (1998). Two-Year Outcome in First-Episode Schizophrenia: Predictive Value of Symptoms for Quality of Life. *The American Journal of Psychiatry*, 155(9), 1196-1201.

Bobes García, J., Portilla, P. G., Fernandez Bascarán, M. T., Saíz Martínez, P. A. & García Bousoño, M. (2008). Banco de Instrumentos para la práctica clínica de la psiquiatría clínica (Segunda ed.). México: Siglo XXI.

Boyer, L., Baumstarck, K., Boucekine, M., Blanc, J., Lançon, C. & Auquier, P. (2013). Measuring quality of life in patients with schizophrenia: An overview. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 13(3), 343- 349.

Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S. & Castle, D. J. (2008). Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 383-402.

Cannon-Spoor, H. E., Potkin, S. G. & Wyatt, R. J. (1982). Measurement of Premorbid Adjustment in Chronic Schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 8(3), 62-64.

Chang, W. C.; Wong, C. S. M.; Or, P. C. F.; Chu, A. O. K.; Hui, C. L. M.; Chan, S. K. W.; Lee, E. M. H.; Suen, Y. N. & Chen, E. Y. H. (2019). Inter-relationships among psychopathology, premorbid adjustment, cognition and psychosocial functioning in first-episode psychosis: a network analysis approach. *Psychological Medicine*, 1-9.

Czernikiewicz, A., Górecka, J. & Kozak-Sykała, A. (2005). Premorbid adjustment and quality of life in schizophrenia. *Europe PMC plus*, 19(13), 659-662.

Degnan, A., Berry, K., Sweet, D., Abel, K., Crossley, N. & Edge, D. (2018). Social networks and symptomatic and functional outcomes in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-16.

Dewangan, R. & Singh, P. (2018). Premorbid Adjustment in Predicting Symptom Severity and Social Cognitive Deficits in Schizophrenia. *East Asian Arch Psychiatry*, 28(75), 9.

Diario Oficial de la Federación. (1985). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Programa Nacional de Salud 1984-1985, (págs. 96-103). Ciudad de México.

Erikson, R. (1998). Descripciones de la Desigualdad el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. México: Fondo de cultura económica.

Feinstein, A. R. (1985). *Clinical Epidemiology: The architecture of Clinical Research*. Madrid: W. B. Saunders Company.

Fontanil, Y., Alcedo, M. & Gutierrez, M. (2017). Personal and macro-systemic factors as predictors of quality of life. *Psicothema*, 29(2), 16-165.

Fresán, A., De la Fuente-Sandoval, C., Loyzaga, C., García-Anaya, M., Meyenberg, N., Nicolini, H. & Apiquián, R. (2005). A forced five dimensional factor Analysis and

concurrent validity of the Positive and Negative Syndrome Scale in Mexican schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 72(2-3), 123-129.

Friedman, H. (1982). Determinations of statistical power, magnitude of effect and research sample size. *Educational and Psychological Measurement*, 42(2), 521-526.

Haas G. L & Sweeney, J. (1992). Premorbid and onset features of first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18(3), 373-386.

Harvey, P., Velligan, D. & Bellack, A. (2007). Performance-Based Measures of Functional Skills: Usefulness in Clinical Treatment Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1138–1148.

Hwang, S. S., Lee, J.-Y., Cho, S.-J., Lee, D.-W., Kim, Y.-S. & Jung, H.-Y. (2009). The model of the relationships among the predictors of quality of life in chronic stage of schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry and Biological Psychiatry*, 33(7), 1113-1118.

Javad, M., Anahita, B., Neda, A., Behrang, S., Jafari, S., Niloofar, S., Mohsen, D. & Vandad, S.(2010). Association of Premorbid Adjustment with Symptom Profile and Quality of Life in First Episode Psychosis in a Tertiary Hospital in Tehran, Iran. *Irian Journal of Psychiatry*, 5(7), 23-27.

Jeppesen, P.; Petersen, L.; Thorup, A.; Abel, M.-B.; Øhlenschläger, J.; Christensen, T. Ø.; Krarup, G.; Jørgensen, P. & Nordentoft, M. (2018). The association between pre-morbid adjustment, duration of untreated psychosis and outcome in first-episode psychosis. *Psychological Medicine*, 38(08), 1157-1166.

Kanahara, N., Yoshida, T., Oda, Y., Yamanaka, H. & Moriyama, T. (2013). Onset Pattern and Long-Term Prognosis in Schizophrenia: 10-Year Longitudinal Follow-Up Study. *PLOS ONE*, 8(6), 1-8.

Kozloff, N., Mulsant, B. H., Stergiopoulos, V. & Voineskos, A. N. (2020). The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People With Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 1-5.

Lane, A. B. (1997). Reproductive behaviour in schizophrenia relative to other mental disorders: evidence for increased fertility in men despite decreased marital rate. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 91(4), 222-228.

Lee, P. W., Lieh-Mak, F., Yu, K. K. & Spinks, J. A. (1991). Patterns of outcome in schizophrenia in Hong Kong. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(4), 346–352.

Lee, S. J., Lawrence, R., Bryce, S., Ponsford, J., Tan, E. J. & Rossell, S. L. (2019). Emotional discomfort mediates the relationship between self-efficacy and subjective quality of life in people with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 2-7.

Leucht, S., Corves, C., Arbter, D., Engel, R. R. & Davis, J. M. (2009). Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *The Lancet*, 373(9657), 31-41.

Llorca, P., & Gorwood, P. (2016). Quality of life and schizophrenia: Which evaluation scale for which quality of life? *L'Encephale*, 42(2), 374-376.

López, M., Rodríguez, S., Apiquian, R., Paez, F. & Nicolini, H. (1996). Estudio de Traducción y de Validación de la Escala de Ajuste Premórbido para pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 9(3), 24-28.

López-Navarro, E., Del Canto, C., Mayol, A., Fernández-Alonso, O. & Munar, E. (2017). Psychotic symptoms and quality of life: a mediation analysis of daily-life coping. *Pschiatry Research*, 262, 505-509.

Luo, Y., Pang, L., Zhao, Y., Guo, C., Zhang, L. & Zheng, X. (2020). Gender difference in the association between education and schizophrenia in Chinese adults. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-17.

MacBeth, A. & Gumley, A. (2007). Premorbid adjustment, symptom development and quality of life in first episode psychosis: a systematic review and critical reappraisal. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(2), 85-99.

Martín, M., Secades, R., López-Goñi, J. & Tirapu, J. (2017). Empatía, Cognición social y Calidad de Vida Subjetiva en Esquizofrenia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(2), 211-219.

Narvaez, J. M., Twamley, E. W., McKibbin, C. L., Heaton, R. K. & Patterson, T. (2008). Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 201-208.

Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37(S2), 34-75.

Osorio-Martínez, M. L. (2017). Esquizofrenia y funcionamiento: medición con la escala breve de evaluación del funcionamiento y correlación con los años de enfermedad. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(1), 17-22.

Palijan, T. Ž., Kovaevi, D., Vlastelica, M., Dadi-Hero, E. & Sarilar, M. (2017). Quality of Life of Persons Sufering from Schizophrenia, Psoriasis and Physical Disabilities. *Psychiatria Danubina*, 29(1), 60-65.

Priebe, S., McCabe, R., Junghan, U., Kallert, T., Ruggeri, M., Slade, M. & Reininghaus, U. (2011). Association between symptoms and quality of life in patients with schizophrenia: A pooled analysis of changes over time. *Schizophrenia Research*, 133(1-3), 17-21.

Rebhi, H., Damak, R., Cherif, W., Ellini, S., Cheour, M. & Ellouze, F. (2018). Impact de la durée de psychose non traitée sur la qualité de vie et les fonctions cognitives. *L'Encéphale*, 1056, 1-4. doi:10.1016/j.encep.2017.12.006

Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2015). *Sinopsis de Psiquiatría, Ciencias del comportamiento/ Psiquiatría Clínica*. China: Wolters Kluwer.

Saha, S. C. (2005.). A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2(5), 2-5.

Savill, M., Orfanos, S., Reininghaus, S., Wynke, T., Bentall, R. & Priebe, S. (2016). The relationship between experiential deficits of negative symptoms and subjective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research.*, 176(2-3), 1-4.

Schmael, C.; Georgi, A.; Krumm, B.; Buerger, C.; Deschner, M.; Nöthen, M. M.; Schulze, T. G. & Rietschel, M. (2007). Premorbid adjustment in schizophrenia: an important aspect of phenotype definition. *Psychizophrenia research*, 92(1-3), 52-54.

Serrano Vazquez, M., Serrano Carton, M. M. & Serrano Carton, M. C. (2012). A buen cumplimiento mejor evolución: a propósito de un caso de esquizofrenia paranoide. *Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría*, 11(10), 98-103.

Shaji, K. S. (1991). Educational status and neurological abnormalities in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 158(03), 865-866.

Sørensen, H. J.-C., Hjorthøj, C., Mors, O., Nordentoft, M. & Petersen, L. (2018). Polygenic Risk Scores, School Achievement, and Risk for Schizophrenia: A Danish Population-Based Study. *Biological Psychiatry*, 84(9), 1-6.

Strauss, J. S., Klorman, R. & Kokes, R. F. (1977). Premorbid adjustment in schizophrenia: part V. the implications of findings for understanding, research, and application. *Schizophrenia Bulletin*, 3(2), 240-244.

Suárez, M. F., Sánchez, R. & Calvo, J. M. (2012). Validación de la escala SQLS para medir la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(3), 257-265.

Swanson, C. L., Gur, R. C., Bilker, W., Petty, R. G. & Gur, R. E. (1998). Premorbid educational attainment in schizophrenia: association with symptoms, functioning, and neurobehavioral measures. *Biological Psychiatry*. *Biological Psychiatry*, 44(8), 739-747.

Thara, R. & Srinivasan, T. (1997). Outcome of marriage in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32, 416-420.

Vogel, J. S., Van der Gaag, M., Slofstra, C., Kneegtering, H., Bruins, J. & Castelein, S. (2019). The effect of mind-body and aerobic exercise on negative symptoms in schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 279, 1-7.

Wilkinson, G. H., Wild, D., Cookson, R., Farina, C., Sharma, V., Fitzpatrick, P. & Jenkinson, C. (2000). Self-report quality of life measure for people with schizophrenia. The SQLS. *British Journal of Psychiatry*, 177(01), 42-46.

Yeung, F. K. & Chan, S. H. (2006). Clinical characteristics and objective living conditions in relation to quality of life among community-based individuals of schizophrenia in Hong Kong. *Quality of Life Research*, 15(9), 1459–1469.

20. Bibliografía

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, 2013.

Galderisi, S., Färden, A., & Kaiser, S. (2017). Dissecting negative symptoms of schizophrenia: History, assessment, pathophysiological mechanisms and treatment. *Schizophrenia Research*, 186, 1–2.

Urzúa M, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61–71.

The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL)(1995): Position paper from the World Health Organization, *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409

Kirkpatrick B, Castle D, Murray RM, Carpenter WT Jr. Risk factors for the deficit syndrome of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000; 26:233.

Weinberger DR. On the plausibility of "the neurodevelopmental hypothesis" of schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 1996; 14-16.

21. Anexos

21.1 Anexo 1

Carta de consentimiento informado para participantes

“Estudio comparativo de la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia con alto y bajo ajuste premórbido”

Código: _____

Esta es una invitación para participar en un estudio de investigación que se llevará a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. A continuación, se brinda la información sobre el mismo, para que se considere la posibilidad de otorgar o no el consentimiento informado para la participación.

Objetivo del estudio:

El objetivo de este estudio, es conocer la relación que pueda existir entre el ajuste premórbido (que es la etapa previa al inicio de los síntomas de la enfermedad) y la calidad de vida, en personas con diagnóstico de esquizofrenia.

Plan del programa de participación:

El participante sería entrevistado por un profesional de la salud, el cual realizará una serie de preguntas, iniciando por las características sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, y otras preguntas de índole clínico relacionadas con el diagnóstico (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, MINI). Además, se realizará una entrevista estructurada para identificar la sintomatología predominante del diagnóstico (Escala de Síntomas Positivos y Negativos, PANSS); posteriormente se preguntará acerca de las características personales desde la infancia y hasta 6 meses antes del diagnóstico (Escala de Ajuste Premórbido); finalmente se entregará un cuestionario auto-aplicable de 30 preguntas para valorar la percepción de la calidad de vida (Escala de Calidad de Vida en Esquizofrenia, SQLS).

La participación consiste en:

- a) Las entrevistas no tienen costo económico alguno y su duración aproximada es de 60 a 90 minutos, en una sola entrevista o en dos entrevistas, a preferencia del participante.
- b) Se responderán todas las preguntas acerca del procedimiento, del estudio, los riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con esta investigación.
- c) En caso de cambiar de opinión o decidir, por cualquier motivo, no colaborar en el estudio, el participante puede retirarse de él en cualquier momento que así lo decida, sin necesidad de previo aviso y sin que esto afecte su atención en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Confidencialidad:

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará el nombre de ninguno de los participantes, por lo que se les asignará un código numérico para su identificación. Ningún dato de identificación aparecerá en los reportes o publicaciones generados a partir de la investigación. La información estará bajo el resguardo de la investigadora principal y sólo los investigadores involucrados en el estudio podrán tener acceso a ella.

Beneficios:

1. El participante podría obtener un beneficio directo a través de una evaluación integral, en la que se corroboraría el diagnóstico, se identificaría el ajuste premórbido y se definiría la percepción de la calidad de vida, resultados que podría, si así lo desea, discutir con el investigador responsable y, si lo decidiera y bajo autorización explícita, se podrían compartir con su médico tratante para su abordaje posterior.

2. De manera indirecta, la participación ayudará a otros pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, ya que contribuirá en el conocimiento de cómo los antecedentes de alguien con este diagnóstico se relacionan con su evolución y su calidad de vida, y podrían influir de manera favorable en el abordaje de este padecimiento.

Riesgos:

Esta investigación tiene un riesgo mínimo, lo que quiere decir que al aplicar los cuestionarios se podría generar cierto malestar emocional en el participante. Si sucediera lo anterior, la investigadora hablará con el participante hasta que se tranquilice y se sienta en calma. Si esto no fuera suficiente, el participante podría ser canalizado al servicio de Atención Psiquiátrica Continua para su atención, cuyo costo cubriría el propio participante.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con la responsable del estudio y ha contestado a todas mis inquietudes en términos que he podido entender. Además, tengo claro que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

Entiendo que puedo suspender mi participación en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Toda la información será tratada de forma confidencial y mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento. Si tengo dudas o requiero información adicional respecto al estudio, puedo comunicarme con la investigadora principal.

Deseo conocer los resultados de la evaluación **SI** **NO**

Deseo que los resultados de la evolución sean compartidos con el médico tratante: **SI** **NO**

Nombre del Participante Firma Fecha

Nombre Testigo 1 Firma Fecha

Nombre del Testigo 2 *Firma* *Fecha*

Nombre del Investigador Firma Fecha

Dra. Adriana Vásquez Amores, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, Alcaldía Tlalpan, Tel. 41605257.

Correo electrónico consultorio1.moduloe@gmail.com.

Aprobación comité de ética



Fecha y Número de Aprobación:
Ciudad de México a 21 de octubre de 2019.
CEI/C/062/2019

Dra. Adriana Gabriela Vásquez Amores
Investigador Principal
P r e s e n t e

Por este medio, me permito informarle que el proyecto titulado: "Estudio comparativo de la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia con alto y bajo ajuste premórbido", el cual se llevará a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en calzada México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Alcaldía de Tlalpan de la Ciudad de México, ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos.

Documentos Revisados y Aprobados: Originales del Formato de inicio del Comité de Ética en Investigación y Consentimientos Informados.
Número de Registro CONBIOÉTICA-09-CEI-010-20170316

Atentamente,

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
APROBADO

Dra. Liliana Mondragón Barrios
Presidente del Comité de Ética en Investigación

ANEXOS

La presente aprobación no exime de la dictaminación del proyecto del Comité de Investigación.
C.c.p. Dra. Mónica Flores Ramos, Directora de Enseñanza y Presidente del Comité de Tesis.-Presente
Dr. Gerardo B. Ramírez Rodríguez, Secretario Técnico del Comité de Investigación.-Presente.
C.P. Alejandra Tafolla Valdovinos, Responsable de la Unidad Contable de Recursos de Terceros.-Presente.

Certificado de ética

