



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD CENTRO MÉDICO NACIONAL
“SIGLO XXI” HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR BERNARDO SEPÚLVEDA
GUTIÉRREZ”**

**Evaluación de la calidad de vida y funcionamiento social de los pacientes
con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría de San
Fernando.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL:
TÍTULO DE ESPECIALISTA**

PSIQUIATRIA

**PRESENTA:
DR. PEDRO FERNANDO LÓPEZ LÓPEZ**

TUTOR PRINCIPAL

Dr. Carlos Hernandez Vega

COLABORADORA

Mtra. Erendira Orozco Zagal

Ciudad de Mexico, 2024



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.

**Evaluación de la calidad de vida y funcionamiento social de los pacientes
con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría de San
Fernando**

HOJA DE FIRMAS



DOCTORA
VICTORIA MENDOZA ZUBIETA
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



DOCTOR
DAVIS COOPER BRIBRIESCA
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA



DOCTOR
CARLOS HERNANDEZ VEGA
TUTOR PRINCIPAL DE TESIS Y PROFESOR AJUNTO AL CURSO DE
PSIQUIATRIA



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3601**
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

Registro COFEPRIS **17 CI 09 015 634**
Registro CONDROFITA **CONDROFITA 09 CEI 023 2017062**

FECHA Jueves, 30 de mayo de 2024

Doctor (a) Carlos Hernández Vega

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **"Evaluación de la calidad de vida y funcionamiento social de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría San Fernando,"** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional

R-2024-3601-113

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Maestro (a) GUADALUPE VARGAS ORTEGA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3601

Impreso

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Y PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR



DATOS DEL ALUMNO Y ASESORES

Instituto Mexicano del Seguro Social
Centro Médico Nacional Siglo XXI

“Evaluación de la calidad de vida y funcionamiento social de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría de San Fernando.”

Investigadores:

- Pedro Fernando López López. Residente 4° año de Psiquiatría / E-mail: drferlolo@gmail.com / Centro Médico Nacional Siglo XXI / TEL. 5544797771
- Carlos Hernández Vega. Psiquiatra, médico adscrito en Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta. / E-mail: chv2203@hotmail.com / TEL. 55 5503 3943
- Eréndira Orozco Zagal. Psicóloga Clínica, adscrita al Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta. / E-mail: e.orozco.zagal@gmail.com / TEL: 55 2858 1243

Asesores:

- Carlos Hernández Vega. Psiquiatra, médico adscrito en Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta. / E-mail: chv2203@hotmail.com / TEL. 55 5503 3943
- Eréndira Orozco Zagal. Psicóloga Clínica, adscrita al Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta. / E-mail: e.orozco.zagal@gmail.com / TEL: 55 2858 1243

Datos de la tesis:

- Título: Evaluación de la calidad de vida y funcionamiento social de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría de San Fernando.
- Numero de paginas: 49 P
- Año: 2024
- Numero de registro: R- 2024- 3601- 113

ÍNDICE

1. Resumen

2. Marco Teórico

Capítulo 1 La esquizofrenia

1.2 Epidemiología

1.3 Etiología

1.3.1 Factores Genéticos

1.3.2 Factores Neurobiológicos

1.3.3 Factores psicosociales

Capítulo 2 Funcionamiento social y calidad de vida

3. Metodología

Pregunta de Investigación

Justificación

Objetivos

Objetivo General

Objetivo Específico

Hipótesis

Material y Métodos

Diseño del estudio

Población en estudio: selección y tamaño de muestra

-Criterios de Inclusión

-Criterios de exclusión

-Criterios de eliminación

Definición de las variables

Escalas de medición

Descripción de los instrumentos de medición

Métodos de recolección de datos

Análisis estadístico

Implicaciones Éticas

4. Resultados

5. Discusión

6. Conclusiones

7. Referencias Bibliográficas

RESUMEN

Antecedentes: La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico crónico que afecta el pensamiento, las emociones y el comportamiento de quienes la padecen. Su impacto va más allá de los síntomas clínicos, afectando significativamente el funcionamiento social y la calidad de vida de los pacientes. A menudo conlleva dificultades en la interacción social. Los pacientes pueden experimentar aislamiento, dificultades en la comunicación y estigmatización. La falta de comprensión pública sobre la enfermedad puede contribuir a la discriminación, lo que afecta negativamente las relaciones interpersonales. La calidad de vida en pacientes con esquizofrenia se ve afectada en varios aspectos. Los síntomas psicóticos, el deterioro cognitivo y las limitaciones en la función diaria contribuyen a una disminución en la calidad de vida percibida. La falta de empleo, la vivienda inestable y las dificultades en el acceso a la atención médica adecuada también son factores que impactan negativamente. Es fundamental abordar estos aspectos para mejorar la calidad de vida global de los pacientes. **OBJETIVO:** Investigar y analizar el impacto del tratamiento psiquiátrico en el funcionamiento social y la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del hospital de psiquiatría de San Fernando para determinar cuáles son los factores más importantes en el pronóstico de estos pacientes. **MATERIAL Y METODOS:** Es un estudio observacional, descriptivo y transversal de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del hospital de psiquiatría de San Fernando, en quien se va a investigar el funcionamiento social y la calidad de vida mediante la escala SQLS (Schizophrenia Quality Life Scale).

MARCO TEORICO

La definición de esquizofrenia ha evolucionado a lo largo de las seis ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR).

Las tres principales raíces se reflejan en todas las definiciones: a) el énfasis kraepeliniano en la avolición, la cronicidad y el mal pronóstico (Kraepelin, 1971); b) la incorporación de la perspectiva bleuleriana de que la patología disociativa es primaria y fundamental, con énfasis en los síntomas negativos (Bleuler, 1950); y c) el énfasis schneideriano en la distorsión de la realidad o los síntomas positivos (Schneider, 1959). (1)

EPIDEMIOLOGIA

La esquizofrenia es una enfermedad mental incapacitante y grave que afecta a todas las clases sociales y grupos raciales y étnicos, extendiéndose por todas partes del mundo. Es más frecuente en hombres y generalmente se manifiesta en la adolescencia tardía o la adultez temprana. La detección temprana por parte de todos los profesionales de la salud es importante para asegurar una derivación adecuada a la atención psiquiátrica especializada.(1)

La esquizofrenia (SZ) suele manifestarse típicamente en la adolescencia o la adultez temprana y se caracteriza por síntomas positivos, que incluyen delirios, alucinaciones y comportamiento desorganizado, así como síntomas negativos, que abarcan afecto plano y retraimiento social, además de deterioro cognitivo y discapacidad funcional social. En la esquizofrenia, una revisión propuso la percepción social y emocional como predictores clave de los resultados funcionales y otros estudios sugirieron que la Teoría de la Mente (ToM) es un predictor importante. (2)

ETIOLOGIA

No existe un factor etiológico único en la esquizofrenia, sino que su aparición depende de factores que afectan el genotipo y el fenotipo. En este sentido, se admite una predisposición genética a la adquisición de determinadas alteraciones de la estructura y el funcionamiento del sistema neuroendocrino que condicionan una vulnerabilidad al estrés. Se acepta también que el mecanismo de defensa que

el niño adquiere desde su primera infancia en relación con las personas más significativas de su entorno le permite modular, de forma más o menos adecuada, los estímulos exteriores. (3)

Los acontecimientos vitales estresantes se hallan contrarrestados por los mecanismos de apoyo comunitario (familia, redes sociales). Sólo cuando sobrepasan a éstos se hace necesaria la intervención de los mecanismos de defensa que, si no son suficientes, obligan a entrar en acción a los sistemas biológicos de adaptación. Cuando una fragilidad heredada de estos sistemas biológicos les hace incapaces de contrarrestar los estímulos estresantes se produce la esquizofrenia. (3)

Factores genéticos

Los primeros indicios de la heredabilidad de la esquizofrenia surgieron de los estudios de prevalencia que demostraron que, si el riesgo de padecimiento del trastorno es en la población general del 0,2-2%, en los padres de enfermos es del 2-12%, en los hermanos (incluidos los gemelos dicigotos) del 8-18% y en los gemelos monocigotos alcanza en algunas muestras el 86%. La concordancia entre hermanos no puede explicarse sólo por la influencia de una supuesta acción educativa nociva similar de los padres puesto que la concordancia en los gemelos monocigotos criados separados es muy elevada (77,6% en un estudio de Kallman). Sin embargo, el hecho de que esta concordancia sea superior en los criados conjuntamente (91,5%) subraya también la importancia cocausal de la interacción con los padres. (4)

Las investigaciones genéticas parecen confirmar que la esquizofrenia es un trastorno poligénico. Estudios recientes que detectaban alteraciones en el brazo corto del cromosoma 5 (trisomía o polimorfismo) no han podido ser reproducidos. Sin embargo, es sugestivo que el gen responsable de los receptores dopaminérgicos D1 se encuentre precisamente en el cromosoma 5. (4)

Factores neurobiológicos

La esquizofrenia se caracteriza por una variedad de síntomas que como aunque comunes en la enfermedad como no son específicos ni exclusivos de ella. Esta variabilidad se extiende más allá de los síntomas, incluyendo aspectos como la edad en la que aparece como la evolución clínica como los cambios en estructura cerebral como la respuesta a los tratamientos farmacológicos y los antecedentes genéticos. Además, pueden existir casos aislados se complican aún más la comprensión de esta condición diversa y compleja. (5)

Dopamina

La efectividad clínica de ciertos medicamentos está estrechamente relacionada con su capacidad para bloquear los receptores de dopamina en estudios de laboratorio (Bunney, 1978). En cambio los fármacos que aumentan la actividad dopaminérgica tienden a agravar los síntomas de la esquizofrenia (Davis et al., 1991; Kahn y Davis, 1995; Depatie y Lal, 2001). Estas observaciones refuerzan la hipótesis inicial sobre el papel de la dopamina en la esquizofrenia. (5)

No obstante, esta hipótesis tiene limitaciones para explicar ciertos hallazgos, especialmente en lo que respecta a las concentraciones de los productos de descomposición de la dopamina en el líquido cefalorraquídeo (LCR), el plasma y en estudios de receptores (Davis et al., 1991). Además es crucial reconocer que no es el único mecanismo implicado como ya que algunos pacientes no responden al tratamiento con antipsicóticos típicos como los cuales bloquean la actividad dopaminérgica

La dopamina juega un papel clave en el desarrollo de la esquizofrenia, posiblemente al alterar la función de otros sistemas de neurotransmisión. Es importante señalar que la regulación de los sistemas de neurotransmisores varía según la región del sistema nervioso central; en la esquizofrenia, por ejemplo, se ha propuesto una baja actividad de dopamina en la corteza y en exceso en las áreas subcorticales (Davis et al., 1991). La teoría dopaminérgica aún debe resolver cuál de los sistemas dopaminérgicos (nigroestriatal, mesocortical, mesolímbico o tuberoinfundibular)

contribuye más a los niveles de ácido homovanílico (AHV) en el líquido cefalorraquídeo (LCR). En estudios con primates se encontró que los niveles de AHV en la corteza frontal se correlacionaban estrechamente con los niveles en el LCR. En personas con esquizofrenia que nunca han recibido tratamiento como los niveles de a AHV en el LCR suelen ser normales e incluso bajos (Pickar et al.m 1990). (5)

Los hallazgos de un aumento en los receptores D2 en el estriado han sido difíciles de explicar dado que los antipsicóticos bloquean estos receptores en respuesta al incremento de dopamina en áreas subcorticales. (Davis et al., 1991; Silvestri et al., 2000). Grace propone un modelo para abordar esta paradoja sugiriendo que la dopamina se libera a través de 2 modos distintos: uno fásico, activado por despolarización neuronal coma y otro tónico, regulado por señales de la corteza frontal. Mientras que la liberación fásica no genera ajustes en los receptores post sinápticos la liberación tónica produce cambios. Según este modelo coma una baja de la liberación tónica de dopamina en el estriado provoca un aumento compensatorio en los receptores dopaminérgico, intensificando así la respuesta a la liberación fásica. Los antipsicóticos típicos contrarrestan este efecto al bloquear estos receptores incrementados coma lo cual ayuda a regular el sistema dopaminérgico que aparenta una actividad excesiva en presencia de una liberación de dopamina disminuida. Este enfoque permite reconciliar las aparentes inconsistencias entre los hallazgos y sugiere diferencias regionales en los niveles de dopamina en el sistema nervioso central. (5)

Interacción con serotonina

La relación de la dopamina con la serotonina (5HT) es crucial. Investigaciones han encontrado una relación alta entre sus catabolitos en el LCR. (Kahn y Davis, 1995). La serotonina al hiper polarizar las neuronas dopaminérgica en la sustancia negra coma inhibe la liberación de dopamina en áreas como el estriado y la corteza (Kapur y Remington, 1996), lo cual podría explicar la aparición de síntomas extra

piramidales al usar agonistas serotoninérgico, Como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Además, se ha vinculado a una menor transmisión dopaminérgica en la corteza prefrontal con los síntomas negativos de la esquizofrenia, y al administrar antagonistas de serotonina se aumenta la liberación de dopamina en esta zona como lo que alivia dichos síntomas. Esta es una de las razones por las cuales los antipsicóticos atípicos como la clozapina como que bloquea los receptores 5 HT_{2A}, 5 HT_{1C}, D₄ y D₂ son eficaces en el tratamiento (Ichikawa et al., 2001). Los receptores 5HT₃ también tienen importancia terapéutica: aunque los antagonistas de 5 HT₃ no afectan la dopamina basal si reducen su liberación en situaciones de estrés siendo potencialmente útiles para prevenir recaídas inducidas por estrés en pacientes con esquizofrenia.(5)

Rol del glutamato

El glutamato también tiene un papel en la esquizofrenia; de hecho el antagonista del receptor del glutamato PCP (fenilciclidina) puede desencadenar o empeorar síntomas típicos de la enfermedad al bloquear los receptores NMDA (Javitt y Zukin, 1991; Olney y Farber, 1995). La interacción entre el sistema dopaminérgico y el glutamatérgicos ha demostrado que el glutamato puede estimular o inhibir la liberación de dopamina como según el contexto. En pacientes con esquizofrenia los niveles de glutamato en el LCR en el tejido cortical suelen estar por debajo de lo normal (Tsai et al., 1995), lo cual sugiere que las alteraciones en la transmisión glutamatérgicos podrían estar relacionada con la aparición de síntomas.

En un estudio realizado por Faustman y colegas (1999), se observó una correlación inversa entre los niveles de glutamato en el LCR y la presencia de síntomas positivos en la esquizofrenia. Además, en la corteza del cíngulo de paciente esquizofrénicos se ha detectado un aumento de axones glutamatérgicos, posiblemente como una respuesta compensatoria ante una disfunción en liberación de glutamato. Esta alteración se hace evidente a través de una disminución en la liberación de glutamato en los sinaptosomas de la corteza (Tsai et al., 1995)

Acido Gamma-Aminobutírico (GABA)

Existen pruebas claras de una disfunción en el sistema gabaérgico en la esquizofrenia, como la disminución de RNAm necesario para sintetizar la enzima glutamato descarboxilasa (GAD) en la corteza cerebral de estos pacientes (Akbarian et al., Volk et al., 2000). También se ha reportado una baja en la inmunda reactividad de la enzima GAD1 en la corteza prefrontal. En estudios con penicilina, Abe y colegas (2000) hallaron que esta sustancia altera el RNAm del receptor GABAA. Además se observó un aumento en el número de receptores GABAA y una disminución en la liberación de GABA sinaptosomas cuando se estimulan con agonistas glutamatérgicos. Por otro lado, la recaptura de GABA también disminuye en regiones como la amígdala, el hipocampo y la corteza temporal (Reynolds et al., 1990; Grace, 1991; Sherman et al., 1991) (5)

Hipofunción de receptores NMDA

La activación excesiva de receptores nmda se ha relacionado con diversas enfermedades como la degeneración neuronal asociada a traumas y eventos isquémicos. Sin embargo, los antagonistas de nmda también pueden provocar neurodegeneración y síntomas psicóticos en humanos. Este efecto neurotóxico y psicogénico ocurre en sistemas nerviosos maduros y se inhibe mediante antagonista dopaminérgico. Según Olney y Farber, los receptores NMDA activan de forma tónica a las neuronas gabaérgico, que a su vez modulan la actividad de neuronas excitadoras de antagonistas NMD y disminuyen esta activación tónica en neuronas gabaérgicas, lo que lleva a una desinhibición de las neuronas excitadoras, un mecanismo que puede causar tanto neuro toxicidad como síntomas psicóticos.

En cuanto a la función del tálamo, este actúa como un relevo aferente y eferente de la corteza cerebral, donde las neuronas talamo corticales glutamatergicas se proyectan al núcleo reticular GABAérgico. Este núcleo ejerce una retroalimentación

inhibitoria sobre las neuronas talamo-corticales. La pérdida de neuronas reticulares causa una desinhibición de este circuito, un fenómeno que se vuelve evidente al inicio de la adolescencia tras la mielinización, generando síntomas psicóticos y daño neuronal por excitotoxicidad. (5)

Acción del glutamato en receptores no NMDA

El glutamato también actúa en receptores no NMDA, lo cual contribuye a su efecto heterogéneo, similar al de la dopamina. La “hipofunción” del núcleo reticular del tálamo, debida a una deficiencia de neuronas GABAérgicas o un estado hipoglutamatérgico, aumenta el tono glutamatérgico talamo-cortical. Cabe destacar que el efecto neurotóxico del antagonismo NMDA en ratas provoca cambios en las mismas regiones cerebrales que se alteran en la esquizofrenia, como en la corteza del cíngulo, hipocampo, giro parahipocámpico y corteza entorrinal. (5)

Factores psicosociales

La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica y severa que afecta a aproximadamente el 1% de la población mundial. Su curso está influenciado por una variedad de factores psicosociales que pueden afectar la frecuencia y gravedad de las recaídas, así como el pronóstico a largo plazo. (6)

Expresión Emocional (EE)

Uno de los factores psicosociales más estudiados en la esquizofrenia es la expresión emocional (EE). La EE es un concepto que pretende describir el nivel de crítica, hostilidad y sobreinvolucramiento emocional por parte de los familiares hacia el paciente. El concepto fue introducido y desarrollado, inicialmente, en estudios realizados desde los años 50 y ha sido identificado como un predictor significativo de recaídas en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. (7)

Componentes de la expresión emocional:

1. **Crítica:** son comentarios negativos dirigidos hacia el paciente, reflejando en la mayoría de las ocasiones desaprobación o juicio.
2. **Hostilidad:** Actitudes negativas intensas y rechazo hacia el paciente.
3. **Sobreinvolucramiento emocional:** Conductas de preocupación excesiva, protección y auto-sacrificio por parte del familiar hacia el paciente.

Varios estudios han demostrado que los pacientes con esquizofrenia que viven en ambientes familiares con alta EE tienen mayores tasas de recaída en comparación con aquellos en ambientes de baja EE. Por ejemplo, Leff y Vaughn (1985) encontraron que las tasas de recaída eran significativamente más altas en pacientes con familiares que mostraban alta EE, incluso cuando los pacientes recibían medicación antipsicótica de mantenimiento. (8)

Otros Factores Psicosociales

1. **Apoyo Social:** El nivel de apoyo social disponible para el paciente puede influir en el curso de la enfermedad. Un fuerte apoyo social se asocia con una mejor adherencia al tratamiento, menos síntomas y menos recaídas. (9)(10)
2. **Estrés Psicosocial:** Eventos estresantes de la vida, como problemas financieros, conflictos familiares o pérdida de empleo, pueden precipitar recaídas en pacientes con esquizofrenia. El modelo de estrés-diátesis sugiere que el estrés ambiental puede desencadenar episodios psicóticos en individuos con vulnerabilidad biológica. (9)(10)
3. **Estigma y Discriminación:** El estigma asociado con la esquizofrenia puede llevar al aislamiento social y dificultar la búsqueda de ayuda. La discriminación en el ámbito laboral y social también puede contribuir al estrés y empeorar el curso de la enfermedad. (9)(10)
4. **Educación y Empleo:** La capacidad de los pacientes para obtener y mantener empleo, así como su nivel educativo, puede afectar su recuperación y calidad de

vida. Programas de rehabilitación psicosocial y apoyo en el empleo son cruciales para mejorar estos aspectos. (9)(10)

5. Adherencia al Tratamiento: La adherencia al tratamiento, incluyendo la medicación y las terapias psicosociales, es fundamental para el manejo de la esquizofrenia. La falta de adherencia es una de las principales causas de recaídas. (9)(10)

FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA

Déficits en el funcionamiento social, que incluyen la comunicación con otros, el mantenimiento del empleo y el desempeño en la comunidad, se observan en muchos trastornos, pero son una característica definitoria de la esquizofrenia. De hecho, los déficits en el funcionamiento social son evidentes de manera premórbida en aquellos que desarrollan posteriormente esquizofrenia y a menudo están presentes en familiares de primer grado de individuos con esquizofrenia. El deterioro en el funcionamiento social también afecta la calidad de vida y predice el resultado en la esquizofrenia, incluyendo recaídas, un curso de enfermedad desfavorable y desempleo. Por lo tanto, la disfunción social es una característica distintiva de la esquizofrenia que tiene importantes implicaciones para el desarrollo, curso y resultado de esta enfermedad. (11)

La cognición social se refiere a los procesos cognitivos involucrados en cómo los individuos perciben, interpretan o procesan la información social e incluye la habilidad y capacidad humanas para percibir las intenciones y disposiciones de los demás. (5) En la investigación sobre esquizofrenia, los primeros trabajos que exploraron la cognición social investigaron la percepción de las emociones la teoría de la mente el estilo atribucional y el conocimiento de situaciones sociales y estos dominios siguen siendo fundamentales en los estudios de cognición social en esquizofrenia. Aunque la neurocognición y la cognición social están relacionadas en la esquizofrenia también hay evidencia, tanto en muestras clínicas como no clínicas, de que la activación neural y las vías neurales para la neurocognición y la cognición

social son separables. Esta disociación sugiere que estos dominios no se superponen y que la cognición social puede mejorar nuestra comprensión de la disfunción social en la esquizofrenia. (12)

En los últimos años, ha habido un aumento en el interés por el concepto de calidad de vida (QOL). La Organización Mundial de la Salud define la QOL como las "percepciones individuales de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones" La esquizofrenia, como trastorno crónico discapacitante con un inicio temprano, ha llamado la atención debido a sus drásticos efectos negativos en la QOL del paciente. La QOL se ha correlacionado negativamente tanto con síntomas positivos como negativos, así como con la ansiedad en pacientes con esquizofrenia. (12)

También se ha observado una correlación negativa entre la QOL y los síntomas depresivos y el deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. (13)

Estudios previos han encontrado que los síntomas depresivos predicen la calidad de vida subjetiva (QOL). Sin embargo, los síntomas depresivos en la esquizofrenia son difíciles de distinguir de los síntomas extrapiramidales negativos e inducidos por medicamentos. Recientemente, Reine et al. (2003) midieron los síntomas depresivos con el CDSS, una escala desarrollada específicamente para medir los síntomas depresivos en la esquizofrenia, y replicaron el hallazgo anterior. En el presente estudio, utilizando el CDSS y el SQLS, medidas específicas de la enfermedad para los síntomas depresivos y la QOL subjetiva, respectivamente, se confirmó aún más una asociación entre los síntomas depresivos y la QOL subjetiva. Se ha informado que la QOL objetiva está predicha por síntomas negativos y síntomas extrapiramidales. (13)

Los trastornos de ansiedad son muy comunes a lo largo del curso de la esquizofrenia. Se informó que la comorbilidad de ataques de pánico (PA) en la esquizofrenia oscila entre el 7.1% y el 63%. A pesar de la alta prevalencia de trastornos de ansiedad en pacientes con esquizofrenia, solo ha habido unos pocos

estudios que investigan el impacto de la ansiedad en la calidad de vida. Se ha sugerido que la comorbilidad de la ansiedad en pacientes con esquizofrenia tiene un impacto negativo en la calidad de vida y la función psicosocial de los pacientes. (14)

Durante las últimas dos décadas, la calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL, por sus siglas en inglés) ha ido adquiriendo cada vez más importancia como medida de resultados en ensayos clínicos, investigación en servicios de salud, manejo de pacientes y asignación de recursos. De manera similar, el desarrollo de nuevos medicamentos antipsicóticos ha llevado a que la HRQOL sea una medida esencial del éxito del tratamiento de la esquizofrenia. De manera internacional, la HRQOL ha sido definida como la salud autoinformada y autopercibida por el paciente y su capacidad para funcionar en el ámbito físico, mental y social; describe una variedad de dimensiones de vida que son afectadas por la enfermedad y las intervenciones del tratamiento. Hay otros cuestionarios específicos para la esquizofrenia, como la Escala de Calidad de Vida de Heinrichs- Carpenter, el Inventario de actitud hacia los medicamentos y el bienestar subjetivo bajo neurolepticos, que se han utilizado para evaluar la efectividad de los medicamentos antipsicóticos en la HRQOL. (15)

La escala predominantemente utilizada es la Escala de Calidad de Vida Heinrichs-Carpenter . Aunque la Escala de Calidad de Vida Heinrichs-Carpenter tiene valores históricos, es un instrumento calificado por observadores diseñado principalmente para abordar los síntomas negativos en la esquizofrenia. (15)

El control inhibitorio es fundamental para la función ejecutiva y puede estar deficiente en la esquizofrenia. Varios estudios han informado de un control inhibitorio deteriorado en la esquizofrenia. Además, dado que la mayoría de los estudios fueron conductuales, los mecanismos neurales subyacentes al control inhibitorio deteriorado en la esquizofrenia son en gran medida desconocidos. Además, no se han incluido estudios que utilicen el paradigma de inhibición cognitiva de Hasher y Zacks que está relacionado con déficits en otros dominios

cognitivos, como la memoria de trabajo. Según estos autores los mecanismos inhibitorios sirven para restringir el acceso a información relevante, suprimir información que ya no es relevante y frenar la producción de recuperación de información fuerte pero potencialmente incorrecta desde la memoria de trabajo. (16)

Además, un déficit en los procesos ejecutivos en la esquizofrenia se asoció con el aislamiento social, relaciones interpersonales pobres y una baja calidad de vida. (17)

Durante mucho tiempo, la amplia variedad de variables de resultado utilizadas en la investigación médica no tomó en cuenta la opinión del paciente y se centró en cambio en síntomas clínicos, hospitalización, mortalidad, funcionamiento social y ocupacional, o apoyo social. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud, sin embargo, ha recibido una atención progresivamente creciente en la medicina. Esto ha llevado a que las percepciones individuales se introduzcan en la evaluación de la atención médica, desde una perspectiva de "medicina centrada en la persona" . (18)

En cuanto a la discapacidad, la OMS la define como "un término general que engloba las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. La discapacidad se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre individuos con una condición de salud (como parálisis cerebral, síndrome de Down, depresión) y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte inaccesible, edificios públicos inaccesibles y apoyo social limitado)". En esta definición, la discapacidad no se limita a la noción clásica y objetiva de la incapacidad funcional, ya que se refiere a la posición de un ser humano en una sociedad dada.(19)

En cuanto a la recuperación, parece ser un término polisémico con un significado situado entre dos extremos: una noción completamente operacionalizada que combina síntomas, funcionamiento y duración de una evolución positiva; y una noción existencialista donde un sujeto con una enfermedad crónica supera su

condición como paciente, "incluyendo la pobreza, el estigma, la desmoralización, la desesperanza y el aislamiento social".(12)

La calidad de vida, la discapacidad y la recuperación son tres conceptos entrelazados entre sí. (19)

La remisión se ha definido como la ausencia o un nivel mínimo de síntomas en áreas clave de la esquizofrenia durante un período de 6 meses o más. Desde entonces, esta definición de remisión sintomática se ha aplicado en varios estudios con diferentes muestras de pacientes con esquizofrenia en un intento de validarla. Estos estudios de validación aplicaron un criterio de validez externa al comparar el funcionamiento clave y los aspectos de calidad de vida de pacientes en remisión sintomática con aquellos que no estaban en remisión sintomática. (19)(20)

Los hallazgos sobre un mejor funcionamiento social para los pacientes en remisión sintomática fueron altamente consistentes (Lasser) mientras que los resultados sobre la calidad de vida fueron discordantes. (20)

Algunos estudios encontraron que los pacientes en remisión sintomática no tenían una mejor calidad de vida que aquellos que no estaban en remisión mientras que otros encontraron una diferencia en la calidad de vida entre los que estaban en remisión y los que no lo estaban. Las diferencias pueden explicarse por el uso de diferentes medidas de calidad de vida y porque algunos estudios tenían tamaños de muestra pequeños. (20)

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el impacto del tratamiento farmacológico en la calidad de vida y el funcionamiento social en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del hospital de psiquiatría de San Fernando?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema central que motiva esta investigación radica en la falta de evidencia concluyente sobre cómo el funcionamiento social y la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del hospital de psiquiatría de San Fernando. A pesar de que se conoce que existe disfunción social, como parte de la naturaleza del padecimiento, no existe todavía una comprensión clara de que factores son los que contribuyen al empeoramiento o a la mejoría en esta área de los pacientes con esquizofrenia de ese hospital.

JUSTIFICACION

La presente investigación está fundamentada en la necesidad que se tiene de abordar la brecha significativa que existe en el conocimiento actual acerca del funcionamiento social y la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del hospital de psiquiatría San Fernando y proporcionar una contribución valiosa al campo del pronóstico de estos pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo general

Investigar y analizar el impacto del tratamiento psiquiátrico en el funcionamiento social y la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del hospital de psiquiatría de San Fernando para determinar cuáles son los factores más importantes en el pronóstico de estos pacientes.

Objetivos específicos

- Evaluar la mejora en el funcionamiento social de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia después de recibir tratamiento psiquiátrico, mediante la medición de indicadores como la participación en actividades sociales, relaciones interpersonales y desempeño ocupacional.
- Analizar que impacto tiene el tratamiento psiquiátrico en la calidad de vida de los pacientes que tienen el diagnóstico de esquizofrenia, utilizando herramientas de evaluación específicas para tres distintos dominios: psicosocial, motivación y energía y aquellos relacionados con los síntomas y los efectos secundarios de los fármacos.

HIPOTESIS

- **Hipótesis Nula (H0):**

No hay efecto significativo del tratamiento farmacológico en el funcionamiento social y calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del hospital de psiquiatría de San Fernando.

- **Hipótesis Alternativa (H1):**

Existe un efecto significativo del tratamiento farmacológico en el funcionamiento social y calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del hospital de psiquiatría de San Fernando.

METODOLOGIA

Material y métodos

Tipo de estudio: Estudio observacional, descriptivo transversal

Población: pacientes con diagnostico de esquizofrenia que estuvieron hospitalizados en el hospital psiquiátrico San Fernando en el periodo de 2019 a 2023.

Tipo de muestreo y tamaño de la muestra: Muestra por conveniencia.

CRITEROS DE SELECCIÓN PARA LOS PACIENTES

Inclusión:

- Pacientes con diagnostico de esquizofrenia en el hospital de psiquiatría de san Fernando.
- Hombres y mujeres por arriba de los 18 años con diagnostico de esquizofrenia el hospital de psiquiatría de san fernando.
- Con tratamiento farmacologico antipsicótico.

Exclusión:

- Discapacidad intelectual, antecedente de evento vascular cerebral, trastornos afectivos de reciente diagnostico.
- Menores de 18 años.
- Pacientes que no acepten someterse a la aplicación del cuestionario.

Eliminación:

- pacientes que una vez iniciado el protocolo decidan abandonar.
- Pacientes que se nieguen a la firma del consentimiento informado.

Operalización de variables

Variable	Definicion conceptual	definicion operacional	Instrumen to de medicion	Escala de	Categoria s/ niveles
-----------------	------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	------------------	-----------------------------

				medic n	
Sexo	Genero del participante	Genero informado por el participante	Cuestionari o demografic o	Nominal	Masculino, femenino, otro
Edad	Numero de años cumplidos por el paciente	Edad en años del participante en el momento de la encuesta.	Cuestionari o demográfic o	Razón	Años completos
Tiempo de diagnostico	Duración desde que el participante fue diagnosticad o con la enfermedad.	Número de meses o años desde el diagnóstico inicial hasta el momento del estudio.	Historia clínica o autoinforme	Razón	Meses o años completos
Escolaridad	Nivel más alto de educación formal completado por el participante.	Máximo grado o nivel educativo completado.	Cuestionari o demográfic o	Ordinal	Primaria, Secundaria , Preparatori a, Universida d, Posgrado
Efectos secundarios	Presencia y severidad de efectos	Frecuencia y gravedad de los efectos	Cuestionari o SQSL	Ordinal / Linkert	Nunca, casi nunca, algunas

	secundarios debido a tratamiento antipsicótico	secundarios informados por el participante.			veces, a menudo, siempre
Tratamiento farmacológico con antipsicóticos	Uso de medicamentos antipsicóticos recetados	Información sobre si el participante está actualmente tomando antipsicóticos y la dosis.	Historia clínica o autoinforme	Nominal / Razón	Sí, No / Dosis específica en mg
Calidad de vida y funcionamiento social	Percepción del participante sobre su calidad de vida y habilidades sociales.	Puntuación en una encuesta estándar de calidad de vida y funcionamiento social.	Cuestionario o SQLS	Ordinal / Linkert	Puntuación de 0 a 100, Baja, Media, Alta

Método de recolección de datos: Previa firma de consentimiento informado por parte del paciente, se aplicará la Escala de calidad de vida en esquizofrenia a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (SQLS) en el servicio de Admisión continua y área intrahospitalaria del Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta.

Materiales: Escala de calidad de vida en esquizofrenia (SQLS), expediente clínico físico y/o electrónico.

Método estadístico: Se realizará una base de datos en Microsoft Excel 2021, con el fin de recabar las variables de los instrumentos aplicados. Para el análisis estadístico se utilizará el programa *Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales* (SPSS 28). Para las variables dicotómicas se analizarán por medio de tablas de contingencia, test exacto de Fisher y la prueba de Chi Cuadrada (χ^2). Para la evaluación de los estilos de apego se realizará un análisis conglomerado como método clasificatorio para establecer la calidad de vida y el funcionamiento en tres dominios, psicosocial, motivación y energía y síntomas y efectos secundarios asociados a fármacos.

INSTRUMENTOS:

La SQLS es un instrumento autoaplicable consistente de 30 ítems que se agrupan en los siguientes dominios: Psicosocial (15 ítems), Motivación y energía (7 ítems) y Síntomas y efectos secundarios (8 ítems). Cada uno de los ítems se puntúa con un nivel de medición ordinal, usando un formato Likert con puntuaciones que van desde 0 (nunca) hasta 4 (siempre). Para que puntuaciones mayores reflejen peor calidad de vida, algunos ítems se transforman invirtiendo sus valores. La puntuación total de la escala se calcula sumando las de los ítems para cada paciente, dividiendo esta suma por la máxima puntuación posible para cada paciente y multiplicando esta razón por 100.

PROCEDIMIENTO

Para la realización del estudio se solicitará el permiso del Comité Local de Investigación a través de un comunicado dirigido a la directora del Hospital de Psiquiatría San Fernando, la Dra. Elia Magallanes Cano. La muestra será seleccionada de entre pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que llevan seguimiento en la consulta externa del hospital que cumplan con los requisitos de inclusión y no tengan los criterios de exclusión previamente expuestos.

Las encuestas serán realizadas durante los turnos matutino y vespertino, mediante fotocopias entregadas a cada paciente que forme parte de la muestra, aplicadas por el Dr. Pedro Fernando López López. La muestra final se conformará de forma sucesiva y por conveniencia. Los recursos materiales utilizados serán fotocopias, bolígrafos y una computadora portátil, en la cual se integrarán las bases de datos en el programa Excel.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la investigación que se llevará a cabo en el futuro, se seguirán las regulaciones éticas internacionales para la investigación en seres humanos, como la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont y las pautas CIOMS, así como la Ley General de Salud en materia de investigación. Este protocolo se enviará para consideración, comentario, consejo y aprobación del comité de ética de investigación dando cumplimiento al artículo 23 de la Asociación Médica Mundial (AMM). A todos los participantes se les otorgará un consentimiento informado y se les informará verbalmente de los procedimientos a seguir, los objetivos y los lineamientos del estudio, respetando su confidencialidad y asegurando su conformidad para reportar los resultados.

El estudio es considerado de riesgo mínimo, de acuerdo con los lineamientos actuales de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Artículo 17, Sección I) que establece que la investigación sin riesgo son aquellos estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectiva, y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencional en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. Entre estos se incluyen cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se identifiquen ni se traten aspectos sensibles de la conducta de los participantes.

Al ser un estudio retrospectivo que busca únicamente el diagnóstico psiquiátrico en una población vulnerable, no existen conflictos de intereses, intercambio monetario ni de otro tipo. Durante su realización se buscará la beneficencia y la no maleficencia. "La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirvan para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Aunque el objetivo principal de la investigación médica sea generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca deberá tener primacía sobre los derechos e intereses de la persona que participe en la investigación". En todo momento se respetará la confidencialidad y solo los investigadores del estudio tendrán acceso a la información clínica.

Confidencialidad de los datos

Los datos recabados de cada paciente durante el estudio serán confidenciales, ya que sólo tendrán acceso a ellos los integrantes del equipo de investigación y las autoridades sanitarias que aprueban esta investigación, quienes se comprometerán a utilizar los datos únicamente con fines investigativos y con afán de beneficencia.

Recursos humanos y materiales, financiamiento y factibilidad

Recursos humanos

- Asesor teórico y metodológico, quien funge actualmente como médico adscrito del turno matutino en el Hospital de Psiquiatría de San Fernando.
- Médico residente de Psiquiatría, quien fungirá como investigador principal
- Pacientes con el diagnóstico corroborado de esquizofrenia, atendidos durante el periodo de estudio en el Hospital de Psiquiatría de San Fernando.

Recursos físicos

- La infraestructura hospitalaria donde se realizará el estudio pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Recursos Materiales

- Cuestionarios o instrumentos de recolección de datos,
- Bolígrafos y/o lápiz
- Escritorio
- Silla
- Consultorio
- Computadora personal

Financiamiento

- El presente trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna institución, utilizando recursos físicos y materiales del Hospital de Psiquiatría Héctor H. Tovar Acosta

Factibilidad

- El estudio fue factible al contar con los recurso físicos, materiales, personal y autorización para llevar a cabo dentro del Hospital de Psiquiatría Héctor H. Tovar Acosta.

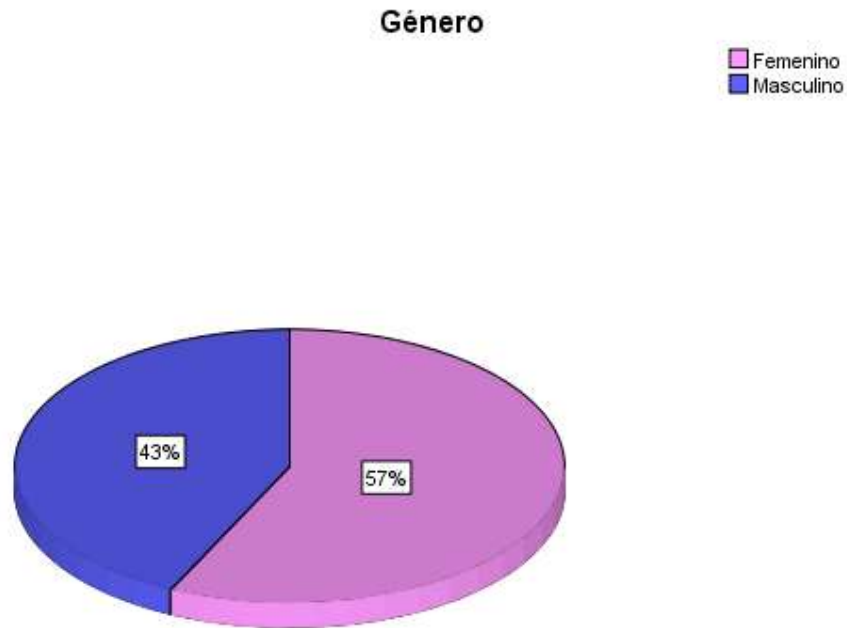
Resultados

En este estudio, se evaluaron un total de **28 pacientes** con diagnóstico de esquizofrenia, provenientes del Hospital de Psiquiatría de San Fernando, con el objetivo de analizar su calidad de vida y funcionamiento social. No se descarto ningun paciente, ya que todos cumplieron con las características necesarias para el estudio y ningun de ellos decidió por voluntad propia abandonar el estudio.

A continuación, se presentan los resultados descriptivos de las principales variables sociodemográficas y clínicas.

1. Características Sociodemográficas

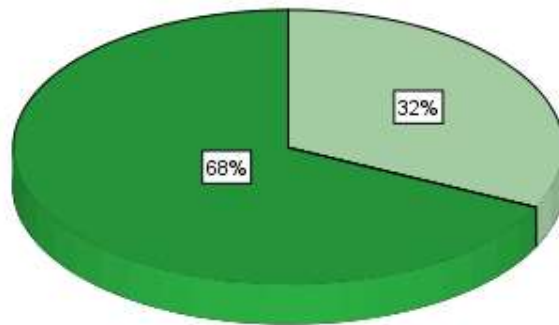
- **Edad:** La media de edad de los participantes fue de **39.59 años** (DE = 14.7), con un rango de 19 a 76 años.
- **Tiempo de diagnóstico:** La media de tiempo de los participantes fue de **12 años** (DE = 10), con un rango de 1 a 40 años.
- **Género:** Del total de pacientes, el **42.9% (12)** fueron hombres y el **57.1% (16)** mujeres.



- **Estado Civil:** La mayoría de los participantes eran solteros **67.9% (19)**, seguidos por el grupo de pacientes casados con un **32.1% (9)**.

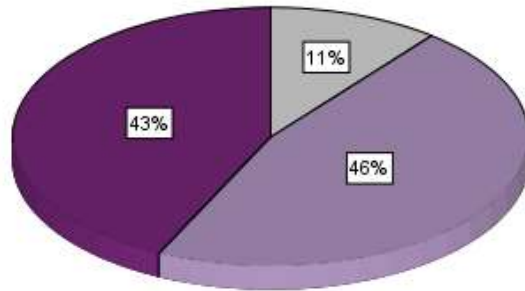
Estado Civil

Casado
Soltero



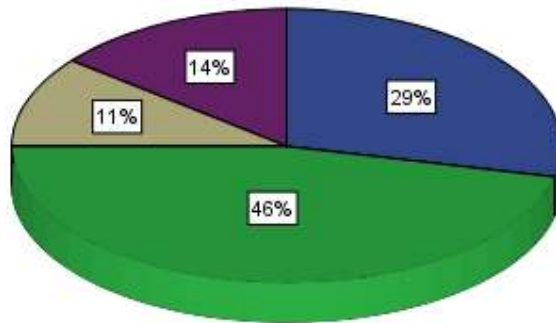
- **Nivel Educativo:** El 46.4% (13) % de los pacientes contaba con 9-12 años de estudio, el 42.9 % (12) con mayor a 12 años, y el 10.7 % (3) con estudios entre 6-9 años.

Escolaridad



- **Apoyo terapéutico psicológico:** el 50% (14) reporto contar con terapia psicológica complementaria.
- **Tratamiento farmacológico:** 46.4% (13) tenían tratamiento farmacológico con risperidona, 28.6% (8) con Olanzapina, 14.3% (4) con Clozapina y 10.7% (3) con haloperidol, el cuál fue previamente establecido y ajustado por sus médicos tratantes.

Antipsicótico



- **Tipo de dosis farmacológica:** el 67.9% (19) tenía prescrita una dosis baja mientras que el 32.1% (9) tenían prescrita altas dosis.

2. Calidad de Vida

La calidad de vida se evaluó en términos de 3 dominios diferentes (Psicosocial, Síntomas y efectos secundarios y finalmente Motivación y energía) mediante el cuestionario **Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS)**. Los puntajes obtenidos indican que:

- **Puntaje total:** La media es de 58 (DE = 17), con un rango de 20 a 81 puntos.

- **Dominio Psicosocial:** La media es de 30 (DE = 11), con un rango de 6 a 47 puntos.
- **Dominio Síntomas y efectos secundarios:** La media es de 13 (DE = 4), con un rango de 4 a 19 puntos.
- **Dominio motivación y energía:** La media es de 13 (DE = 4), con un rango de 4 a 20 puntos.

Para resumir cada ítem se deja esta tabla:

	SQLS P1	SQLS P2	SQLS P3	SQLS P4	SQLS P5
Media	2.04	1.21	1.61	1.43	1.21
Desv. típ.	1.105	1.101	1.227	1.260	1.101
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	4	4	4	3	4
	SQLS P6	SQLS P7	SQLS P8	SQLS P9	SQLS P10
Media	1.43	2.68	1.64	1.68	2.00
Desv. típ.	1.317	1.188	1.254	1.278	1.018
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	4	4	4	4	4
	SQLS P11	SQLS P12	SQLS P13	SQLS P14	SQLS P15
Media	2.25	1.36	1.93	1.36	2.04
Desv. típ.	1.041	.989	1.386	1.129	1.232
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	4	3	4	3	4
	SQLS P16	SQLS P17	SQLS P18	SQLS P19	SQLS P20
Media	2.57	2.43	2.32	2.14	1.79
Desv. típ.	1.103	1.230	1.389	1.113	1.287

Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	4	4	4	4	4
	SQLS P21	SQLS P22	SQLS P23	SQLS P24	SQLS P25
Media	1.82	2.25	2.32	2.32	1.75
Desv. típ.	1.124	1.005	1.307	1.020	.928
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	4	4	4	4	4
	SQLS P26	SQLS P27	SQLS P28	SQLS P29	SQLS P30
Media	2.36	2.68	1.89	1.96	1.46
Desv. típ.	1.193	1.124	1.397	1.401	1.138
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	4	4	4	4	4

3. Comparación de la calidad de vida y el funcionamiento social según características demográficas (Sexo, Edad, Escolaridad, Estado Civil)

Explore si existen diferencias significativas en la calidad de vida y el funcionamiento social según variables demográficas.

SQLS y género

		Medi a	D. E.	I. Conf. al 95%		Mínim o	Máxim o	p
				L. inferio r	L. Superio r			
SQLS	Femenino	31.63	10.887	25.82	37.43	8	47	0.483
dominio	(n=16)							
Psicosocial	Masculin o (n=12)	28.42	12.979	20.17	36.66	6	43	
SQLS	Femenino	13.81	4.549	11.39	16.24	4	19	0.792
dominio	(n=16)							
Síntomas y efectos	Masculin o (n=12)	13.42	2.778	11.65	15.18	9	17	

secundarios								
SQLS dominio	Femenino (n=16)	12.69	4.270	10.41	14.96	5	20	0.436
motivación y energía	Masculino (n=12)	14.00	4.452	11.17	16.83	4	20	
SQLS Total	Femenino (n=16)	58.13	18.239	48.41	67.84	20	81	0.985
	Masculino (n=12)	58.00	16.051	47.80	68.20	24	73	

ANOVA

SQLS y Edo. Civil

		Media	D. E.	I. Conf. al 95%		Mínimo	Máximo	p
				L. inferior	L. superior			
SQLS dominio	Casado (n=9)	33.78	11.432	24.99	42.57	8	47	0.281
Psicosocial	Soltero (n=19)	28.58	11.763	22.91	34.25	6	42	
SQLS dominio	Casado (n=9)	14.78	3.898	11.78	17.77	7	19	0.289
Síntomas y efectos secundarios	Soltero (n=19)	13.11	3.784	11.28	14.93	4	17	
SQLS dominio	Casado (n=9)	13.67	4.416	10.27	17.06	5	20	0.732
motivación y energía	Soltero (n=19)	13.05	4.378	10.94	15.16	4	20	
SQLS Total	Casado (n=9)	63.33	17.564	49.83	76.83	20	81	0.268

Soltero (n=19)	55.58	16.648	47.56	63.60	22	77	
-------------------	-------	--------	-------	-------	----	----	--

ANOVA

SQLS y Uso de terapia psicológica

	Medi a	D. E.	I. Conf. al 95%		Mínim o	Máxim o	p	
			L. inferio r	L. superio r				
SQLS dominio Psicosocial	Con terapia (n=14) Sin terapia (n=14)	23.50 37.00	12.26 6.013	16.42 33.53	30.58 40.47	6 26	41 47	0.00 1
SQLS dominio Síntomas y efectos secundario s	Con terapia (n=14) Sin terapia (n=14)	11.86 15.43	4.185 2.472	9.44 14.00	14.27 16.86	4 10	17 19	0.01 1
SQLS dominio motivación y energía	Con terapia (n=14) Sin terapia(n=14)	10.07 16.43	3.222 2.563	8.21 14.95	11.93 17.91	4 12	15 20	0.00 0
SQLS Total	Con terapia (n=14) Sin terapia (n=14)	46.57 69.57	16.57 6.513	37.00 65.81	56.14 73.33	20 55	63 81	0.00 0

ANOVA

SQLS y años de estudio

	Media	D. E.	I. Conf. al 95%	Mínimo	Máximo	p
--	-------	-------	-----------------	--------	--------	---

				L. inferior	L. superior			
SQLS dominio Psicosocial	6-9 años (n=3)	23.33	11.240	-4.59	51.25	11	33	0.182
	9-12 años (n=13)	27.69	14.233	19.09	36.29	6	47	
	>12 años (n=12)	34.75	7.047	30.27	39.23	20	43	
SQLS dominio síntomas y efectos secundarios	6-9 años (n=3)	12.00	6.928	-5.21	29.21	4	16	0.713
	9-12 años (n=13)	14.08	3.570	11.92	16.23	7	19	
	>12 años (n=12)	13.58	3.528	11.34	15.82	6	17	
SQLS dominio motivación y energía	6-9 años (n=3)	10.00	3.000	2.55	17.45	7	13	0.297
	9-12 años (n=13)	13.00	4.655	10.19	15.81	4	19	
	>12 años (n=12)	14.33	4.030	11.77	16.89	8	20	

SQLS Total	6-9 años (n=3)	45.33	20.306	-5.11	95.78	22	59	0.219
	9-12 años (n=13)	56.00	20.425	43.66	68.34	20	81	
	>12 años (n=12)	63.50	9.986	57.15	69.85	41	74	

ANOVA

SQLS y tratamiento farmacológico

	Medi a	D. E.	I. Conf. al 95%		Mínim o	Máxim o	p	
			L. inferio r	L. superio r				
SQLS dominio Psicosocial	Olanzapina (n=8)	34.25	4.590	30.41	38.09	28	42	0.02 4
	Risperidon a (n=13)	33.69	11.88 4	26.51	40.87	8	47	
	Haloperidol (n=3)	22.67	15.27 5	-15.28	60.61	6	36	
	Clozapina (n=4)	16.75	8.342	3.48	30.02	9	27	
SQLS dominio Síntomas y efectos secundario s	Olanzapina (n=8)	14.25	2.315	12.31	16.19	11	17	0.51 4
	Risperidon a (n=13)	13.31	4.644	10.50	16.11	4	19	
	Haloperidol (n=3)	16.00	1.000	13.52	18.48	15	17	

	Clozapina (n=4)	11.75	4.573	4.47	19.03	6	17	
SQLS dominio motivación y energía	Olanzapina (n=8)	13.63	3.378	10.80	16.45	10	19	0.25 6
	Risperidon a (n=13)	14.46	4.737	11.60	17.32	5	20	
	Haloperidol (n=3)	11.67	2.082	6.50	16.84	10	14	
	Clozapina (n=4)	9.75	4.787	2.13	17.37	4	15	
SQLS Total	Olanzapina (n=8)	62.13	8.132	55.33	68.92	50	71	0.02 8
	Risperidon a (n=13)	61.46	19.35 0	49.77	73.15	20	81	
	Haloperidol (n=3)	63.00	2.646	56.43	69.57	61	66	
	Clozapina (n=4)	35.25	11.78 6	16.50	54.00	24	49	

ANOVA

SQLS y tipo de dosis farmacológica

	Media	D. E.	I. Conf. al 95%		Mínimo	Máximo	p
			L. inferior	L. superior			
SQLS dominio Psicosocial							
Dosis alta (n=9)	31.56	13.866	20.90	42.21	6	43	0.693
Dosis baja (n=19)	29.63	10.905	24.38	34.89	8	47	

SQLS dominio Síntomas y efectos secundarios	Dosis alta (n=9)	12.67	4.528	9.19	16.15	4	18	0.363
	Dosis baja (n=19)	14.11	3.494	12.42	15.79	6	19	
SQLS dominio motivación y energía	Dosis alta (n=9)	12.67	3.808	9.74	15.59	7	20	0.632
	Dosis baja (n=19)	13.53	4.611	11.30	15.75	4	20	
SQLS Total	Dosis alta (n=9)	60.00	15.898	47.78	72.22	22	73	0.688
	Dosis baja (n=19)	57.16	17.877	48.54	65.77	20	81	

ANOVA

Se realizaron correlaciones de Spearman para evaluar la relación entre los puntos de SQLS y la edad, debido a que los datos no presentaban una normalidad en su distribución.

En la correlación de Spearman no se encontró una relación significativa entre:

Edad y puntaje total, $r_s = -0.83$ ($p = 0.675$)

Edad y SQLS dominio Psicosocial, $r_s = -0.229$ ($p = 0.240$)

Edad y SQLS dominio Síntomas y efectos secundario, $r_s = -0.110$ ($p = 0.576$)

Edad y SQLS dominio motivación y energía, $r_s = -0.231$ ($p = 0.238$)

4. Análisis de la relación entre tiempo de diagnóstico, uso de terapia y calidad de vida

Para ver si el tiempo de diagnóstico influye en la calidad de vida, así como si el uso de terapia psicológica mejora el funcionamiento social. Se realizó una correlación de Spearman para el tiempo de diagnóstico y la puntuación total de SQLS.

En la correlación de Spearman no se encontró una relación significativa entre:

Tiempo de diagnóstico y puntaje total, $r_s = -0.013$ ($p = 0.946$)

Tiempo de diagnóstico y SQLS dominio Psicosocial, $r_s = -0.183$ ($p = 0.350$)

Tiempo de diagnóstico y SQLS dominio Síntomas y efectos secundario, $r_s = -0.200$ ($p = 0.202$)

Tiempo de diagnóstico y SQLS dominio motivación y energía, $r_s = -0.185$ ($p = 0.347$)

Además, se llevó a cabo un análisis de varianza de efectos inter-sujetos para evaluar el impacto de la terapia psicológica, el uso de antipsicóticos y el tiempo con diagnóstico sobre el puntaje total de SQLS.

Los resultados muestran un modelo significativo en conjunto ($F(11,16) = 4.213, p = .005$), explicando aproximadamente el 74.3% de la varianza en el SQLS Total ($R^2 = .743$).

- **Efecto principal de la terapia psicológica:** Se encontró un efecto significativo de la terapia psicológica en el puntaje de SQLS Total ($F(1,16) = 4.799, p = .044$).
- **Efecto del tipo de antipsicótico (Antipsicótico A):** No se encontró un efecto significativo del tipo de antipsicótico en SQLS Total ($F(3,16) = 2.632, p = .086$), aunque el valor se acercó al nivel de significancia convencional.
- **Efecto del tiempo con diagnóstico (Tiempo con Diagnóstico):** No se observó un efecto significativo del tiempo con diagnóstico ($F(1,16) = .292, p = .597$).
- **Interacciones:**
 - **Terapia psicológica y tipo de antipsicótico:** La interacción entre terapia psicológica y tipo de antipsicótico no fue significativa ($F(2,16) = .899, p = .427$).

- **Terapia psicológica y tiempo con diagnóstico:** No se encontró un efecto significativo en la interacción entre la terapia psicológica y el tiempo con diagnóstico ($F(1,16)=1.132, p=.303$)($F(1, 16) = 1.132, p = .303$)($F(1,16)=1.132, p=.303$).
- **Tipo de antipsicótico y tiempo con diagnóstico:** Tampoco se observó una interacción significativa entre el tipo de antipsicótico y el tiempo con diagnóstico ($F(2,16)=1.741, p=.207$)($F(2, 16) = 1.741, p = .207$)($F(2,16)=1.741, p=.207$).
- **Interacción triple entre terapia psicológica, tipo de antipsicótico y tiempo con diagnóstico:** La interacción triple no fue significativa ($F(1,16)=1.293, p=.272$)($F(1, 16) = 1.293, p = .272$)($F(1,16)=1.293, p=.272$).

Lo que mis resultados sugieren es que la terapia psicológica tiene un efecto significativo en el puntaje total de SQLS, mientras que los efectos de tipo antipsicótico y del tiempo de diagnóstico así como sus interacciones no alcanzaron una significancia estadística.

Los resultados también sugieren que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en el hospital de psiquiatría de san Fernando de san Fernando, presentan importantes limitaciones en la calidad de vida y el funcionamiento social, especialmente en aquellas áreas relacionadas con la interacción social y las habilidades para la vida diaria. Estos hallazgos subrayan la importancia de realizar intervenciones integrales que no sólo aborden el manejo de los síntomas psicóticos sino que también promuevan la rehabilitación social y emocional para poder mejorar el bienestar general de esta población

Discusión:

Los resultados de diversos estudios han dejado en evidencia que el estado civil y conyugal en los pacientes que tiene el diagnóstico de esquizofrenia, tiende a

ocasionar una mejor funcionalidad social y una calidad de vida mas adecuada. Esto se ha demostrado por el hecho de que los pacientes que se encuentran casados, o bien, en una relación estable, suelen tener un mejor apoyo social lo cual contribuye positivamente en su bienestar emocional y funcionamiento cognitivo.

Una investigación llevada a cabo en México en el año 2023, encabezada por Ricardo Ignacio Audiffred Jaramillo, se observó que la mayoría de los pacientes con esquizofrenia eran solteros, lo que se asocia con peor funcionamiento social y menor calidad de vida. Otro estudio, realizado por Alejandra Caqueo y colaboradores en la Universidad de Terapáca, Chile, concluye que el estado civil y el apoyo social son factores determinantes para tal desarrollo autónomo y la mejora en la calidad de vida de las personas con esquizofrenia. Cabe destacar que la cantidad de pacientes incluidos en dichos estudios eran similares a la obtenida en este protocolo (N=49 y N= 30, respectivamente); sin embargo, el presente estudio no mostró significancia estadística, destacando que el número de pacientes solteros de la muestra duplicó a la de los pacientes cuyo estado civil se reportó como casados. Del presente estudio, por lo tanto surge la interesante posibilidad de realizar otros protocolos derivados, intentando obtener misma cantidad de pacientes en ambos grupos.

Los resultados que obtuvimos también demuestran que los pacientes con esquizofrenia que se encuentran en terapia psicológica tienen una mejor calidad de vida y mejor funcionamiento social que los que solo se encuentran en tratamiento farmacológico, lo cual concuerda con las investigaciones realizadas por Francisco Javier Muñoz Molina y Silvia Liliana Ruiz Cala, publicadas en la revista Colombiana de Psiquiatría, en donde se concluye que la terapia cognitivo conductual brinda herramientas que pueden potenciar el tratamiento convencional y se ha asociado con la disminución de síntomas psicóticos, principalmente los positivos. Estos resultados concuerdan con lo también reportado por Oscar Vallina Fernandez y Serafín Lemos Giraldez, en el Hospital Sierrallana de Cantabria, quienes mediante una revisión sistemática concluyen que las intervenciones psicológicas integradas,

donde se incluyen la terapia cognitivo conductual, habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales, han mostrado ser beneficiosas.

Esto es importante dado que se ha visto que una gran parte de los pacientes, no solo con diagnóstico de esquizofrenia, si no con otros trastornos mentales, perciben como menos importante la terapia psicológica que la farmacológica, según lo reportado en el años 2012 por Vanessa Ferreres en la revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría.

En el presente estudio, no tenía como objetivo indagar en la percepción de los pacientes acerca de la terapia psicológica, sino mas bien si esta era parte o no de su tratamiento actual, por lo que queda abierta otra posible línea de investigación la cual podríamos sugerir fuera abordada en un futuro inmediato.

Otro punto a destacar es el reportado por Dulce Romero Ayuso y Jose García Arenas en la revista Interamericana de Psicología en el cual demuestran una posible relación entre el nivel educativo y la gestión emocional en pacientes con esquizofrenia, haciendo evidente que el funcionamiento social, en el cual se incluyen habilidades emocionales, tiende a ser un aspecto problemático para estos pacientes. Se concluye por lo tanto que aun no se ha explorado exhaustivamente si el nivel educativo impacta directamente en la inteligencia emocional en esta población. En este estudio, las puntuaciones mas altas (graves) en la escala SQLS se obtuvieron en aquellos que tenían 12 o mas de años de estudio (nivel medio superior superior y hasta licenciatura), aun que los resultados no fueron estadísticamente significativos.

Vale la pena ampliar esta línea de estudio, con una muestra mas grande.

En cuanto al tratamiento farmacológico, en el presente estudio se corrobora la eficacia y supremacia de clozapina sobre sus otros fármacos antipsicóticos para el tratamiento los síntomas de la esquizofrenia. Si bien es cierto que en nuestra población estudiada es pequeño el número de pacientes que utiliza clozapina como tratamiento en comparación con los que utilizan otros fármacos antidopaminérgicos, el puntaje obtenido en los 3 dominios del cuestionario SQLS es considerablemente menor en los pacientes que están en tratamiento con

clozapina, nuevamente comparándolo con los que utilizan otros antipsicóticos; esto es concordante con otros estudios, en los cuales se incluye una revisión sistemática de Cochrane en 2009, que analizó ensayos clínicos sobre la efectividad de la clozapina en comparación con otros antipsicóticos para tratar síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, concluyendo que, en general, los pacientes reportaron una mayor satisfacción con el tratamiento con clozapina debido a sus efectos positivos en la reducción de síntomas persistentes y en la mejora del funcionamiento general. También, concuerda con las conclusiones de Diana Rey Souto, publicadas en la revista de psiquiatría y salud mental, en Barcelona en el año 2014: los pacientes en tratamiento con clozapina presentaron menos recaídas afectivas y necesitaron menos hospitalizaciones, lo cual apoya su uso en el control de los síntomas a largo plazo; también concluyeron que clozapina tiene un efecto “estabilizador” que ayuda a reducir la dependencia a otros fármacos.

Conclusiones:

- La calidad de vida y el funcionamiento social de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que son atendidos en el hospital de psiquiatría de San Fernando, es mejor en aquellos que toman psicoterapia que en aquellos que no lo hacen.
- En cuanto al nivel en la calidad de vida y el funcionamiento social, obtenidos mediante puntajes con clinimetría en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que son atendidos en el hospital de psiquiatría de San Fernando y que están en manejo farmacológico con clozapina, fueron considerablemente menores en todos los dominios en la escala SQLS (psicosocial, motivación y energía y síntomas y efectos secundarios asociados a fármacos).
- El dominio psicosocial que implica la interacción social y las habilidades para la vida diaria, es el más afectado en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que se atienden en el hospital de psiquiatría San Fernando, resaltando la necesidad de crear y dar continuidad a programas de abordaje integral.

Bibliografía

1. Tandon R, Gaebel W, Barch DM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S, et al. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res.* 2013;150(1):3–10. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.028>
2. Queirós T, Coelho F, Linhares L, Telles-Correia D. Schizophrenia: What non-psychiatrist physicians need to know. *Acta Med Port.* 2019;32(1):70–77. <https://doi.org/10.20344/amp.10768>
3. Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: A review. *Schizophr Bull.* 2006;32(Suppl 1). <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl029>
4. Pinkham AE, Penn DL. Neurocognitive and social cognitive predictors of interpersonal skill in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2006;143(2–3):167–178. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.09.005>
5. Graff-Guerrero A, Apiquián R, Fresán A, María García-Anaya. Perspectiva neurobiológica de la esquizofrenia. *Salud Mental [Internet].* 2022;24(6):36–42.
6. Leff, J., & Vaughn, C. (1985). *Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness.* Guilford Press.
7. Wu, J. C., Buchsbaum, M. S., & Bunney, W. E. (2000). *Adolescent schizophrenia: Selective enhancement of prefrontal cortex activation.* *The American Journal of Psychiatry,* 157(1), 45-51.
8. Olney, J. W., & Farber, N. B. (1995). *Glutamate receptor dysfunction and schizophrenia.* *Archives of General Psychiatry,* 52(12), 998-1007.
9. Jentsch, J. D., & Roth, R. H. (1999). *The neuropsychopharmacology of phencyclidine: from NMDA receptor hypofunction to the dopamine hypothesis of schizophrenia.* *Neuropsychopharmacology,* 20(3), 201-225.

10. Sharp, F. R., Jasper, P., & Okada, Y. (2001). *A rat model of schizophrenia based on chronic phencyclidine administration*. *Neuropsychopharmacology*, 24(3), 305-319.
11. Aki H, Tomotake M, Kaneda Y, Iga JI, Kinouchi S, Shibuya-Tayoshi S, et al. Subjective and objective quality of life, levels of life skills, and their clinical determinants in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2008;158(1):19–25. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.017>
12. Sota TL, Heinrichs RW. Demographic, clinical, and neurocognitive predictors of quality of life in schizophrenia patients receiving conventional neuroleptics. *Compr Psychiatry.* 2004;45(5):415–421. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.06.010>
13. Ulas H, Akdede BB, Ozbay D, Alptekin K. Effect of thought disorders on quality of life in patients with schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2008;32(2):332–335. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2007.08.033>
14. Ulaş H, Polat S, Akdede BB, Alptekin K. Impact of panic attacks on quality of life among patients with schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2010;34(7):1300–1305. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2010.07.014>
15. Taha NA, Ibrahim MI, Rahman AF, Shafie AA, Rahman AH. Validation of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 among Chronic Schizophrenia Patients in Malaysia. *Value Health Reg Issues.* 2012;1(1):82–86. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2012.03.006>
16. Gigaux J, le Gall D, Jollant F, Lhuillier JP, Richard-Devantoy S. Cognitive inhibition and quality of life in schizophrenia: A pilot study. *Schizophr Res.* 2013;143(2–3):297–300. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.11.019>
17. Bozikas VP, Kosmidis MH, Kiosseoglou G, Karavatos A. Neuropsychological profile of cognitively impaired patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 2006;47(2):136–143. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.05.002>
18. Wilson-d’Almeida K, Karrow A, Bralet MC, Bazin N, Hardy-Baylé MC, Falissard B. In patients with schizophrenia, symptoms improvement can be

- uncorrelated with quality of life improvement. *Eur Psychiatry*. 2013;28(3):185–189. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.10.002>
19. Lasser RA, Nasrallah H, Helldin L, Peuskens J, Kane J, Docherty J, Toledo Tronco A. Remission in schizophrenia: Applying recent consensus criteria to refine the concept. *Schizophr Res*. 2007;96(1–3):223–231. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.05.003>
20. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Harvey BH. The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2013;13:50. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-50>

ANEXOS

Escala SQLS

Su calidad de vida

Nos interesa conocer cuál ha sido su calidad de vida

EN LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS.

Por favor, responda a todas las preguntas y enunciados siguientes marcando una casilla para cada enunciado.

Sus respuestas serán confidenciales.

Nos interesa conocer cuál ha sido su calidad de vida **EN LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS**.
 Por favor, responda a todos los enunciados siguientes marcando una casilla para cada enunciado.

1. Me falta energía para hacer cosas.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estoy preocupado por mis temblores.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me siento inseguro al caminar.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estoy enfadado.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me preocupa tener la boca seca.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No se me puede molestar para hacer las cosas.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me preocupa mi futuro.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me siento solo.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. No tengo esperanza.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tengo rigidez en los músculos.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EN LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS:

11. Me siento muy inquieto y nervioso.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Soy capaz de llevar a cabo mis actividades cotidianas.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Participo en actividades divertidas.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Interpreto mal lo que me dice la gente.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Me gusta planificar el futuro.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Tengo dificultades para concentrarme.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Tiendo a quedarme en casa.		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me resulta difícil relacionarme con la gente.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Me siento abatido y deprimido.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Me siento con fuerzas para hacer frente a las cosas.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

EN LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS:

21. Tengo visión borrosa.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Me siento muy confuso e inseguro de mi mismo.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Mi sueño es desapacible.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Tengo altibajos en mi estado de ánimo.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Tengo espasmos musculares.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Me preocupa no poder mejorar.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Las cosas me preocupan.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tengo la sensación de que la gente me evita.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Pensar en el pasado me afecta.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Tengo mareos.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>