

11241

58

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

PSICOPATOLOGIAS ASOCIADAS A LA ESQUIZOFRENIA EN UN GRUPO DE PACIENTES DEL INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA Y SUS FAMILIARES

ALUMNA: ROSA LENICA SANTIAGO CORDOVA

TUTOR TEORICO

[Signature]
DRA. L. ROSA DIAZ MARTINEZ

TUTOR METODOLOGICO

[Signature]
DRA. MA. SOLEDAD RODRIGUEZ VERDUGO

ASESOR TEORICO Y METODOLOGICO

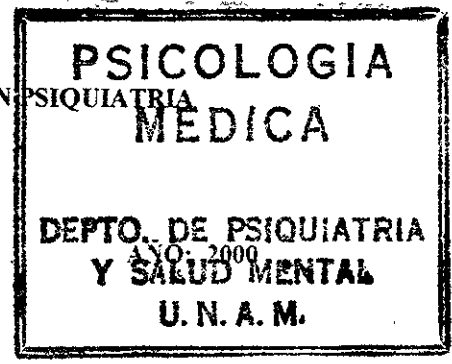
DRA. MA. LUISA RASCÓN GASCA
[Signature]

276283

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

Vo. Bo.

[Signature]
Dr. Alejandro Diaz A.





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.

INDICE

I.	Introducción	1
II.	Marco Teórico	3
	2.1. Concepto y evolución histórica	3
	2.2. Epidemiología.....	5
	2.3. Principales Trastornos Comorbidos en pacientes	5
	2.4. Patologías descritas en los familiares	14
III.	Justificación	20
IV.	Planteamiento del problema	22
V.	Objetivos.....	23
VI.	Hipótesis	24
VII.	Material y Métodos.....	25
	7.1. Tipo de estudio	25
	7.2. Universo.....	25
	7.3. Muestra	25
	7.4. Criterios de inclusión.....	26
	7.5. Criterios de exclusión	26
	7.6. Definición y operacionalidad de variables	27
	7.7. Instrumentos	27
	7.8. Procedimiento	31
	7.9. Análisis de los datos	32
VIII.	Resultados.....	33
IX.	Conclusiones.....	37
X.	Tablas y gráficas.....	39
XI.	Bibliografía.....	52
XII.	Anexos	55

I. INTRODUCCION

Es difícil encontrar alguna otra enfermedad sobre la que se haya dicho tanto y se hayan adoptado posturas tan antagónicas y alcanzado resultados tan discordantes como es la esquizofrenia.

Se trata de una enfermedad mental, generalmente crónica, progresiva y que provoca deterioro en los procesos de adaptación psicológica, individual, familiar, laboral y social, con alguna tendencia hereditaria, para la que se han documentado anomalías en el desarrollo del cerebro y de los procesos cognitivos, y que se caracteriza por un cortejo sintomático muy variado, que incluyen síntomas positivos como las alucinaciones, los delirios y la desorganización conceptual, y síntomas negativos como el aplanamiento afectivo, la apatía, la desmotivación, la incapacidad progresiva para socializar y la improductividad (1).

Sobre las manifestaciones premórbidas de la esquizofrenia, se considera que las afecciones psicosociales que conlleva, no solo se presentan al momento en el que aparecen los síntomas, sino que se pueden documentar tiempo antes de que el cuadro clínico sea florido. Se ha determinado que el individuo con pobre ajuste premórbido es el que no puede realizar una o más metas del desarrollo mental, antes de la aparición de la enfermedad (1)

La esquizofrenia ha sido estudiada desde varios puntos de vista, englobados dentro de los aspectos biogénicos, psicológicos y socioculturales; los estudios han tenido su justificación en dos aspectos principales: 1. La esquizofrenia es una de las categorías más comúnmente diagnosticadas de los trastornos mentales severos en psiquiatría. ocupa un porcentaje importante en la población psiquiátrica hospitalaria (40 a 50% de todos los pacientes psiquiátricos) y dentro de la población general en los distintos países (1%) (2), en México 0.7% en ambos sexos (35) y 2. La esquizofrenia en la actualidad sigue guardando diversos enigmas dentro de los diferentes campos en los que ha sido estudiada.(2)

En la actualidad los estudios de comorbilidad han tomado un poco más de importancia en la esquizofrenia; por un lado, en la búsqueda de explicaciones de los trastornos y sus relaciones, así como de sus posibles causas y por otro, por el interés creciente que tienen los aspectos psicosociales en cuanto a su tratamiento, evolución y pronóstico.

El presente trabajo estudia la asociación de esquizofrenia con otras psicopatologías en el paciente y sus familiares, encontrando datos similares a los reportados en la literatura.

II. MARCO TEORICO

La comorbilidad de la esquizofrenia se ha estudiado poco; sin embargo Bleuler la describió en dos apartados de su libro Demencia Precoz; cuando se refirió a la impulsividad como una manifestación que se presenta en estos pacientes, ante una necesidad de “descarga de tensión” debido a las impresiones sensoriales, así como a pensamientos que lo atormentan e irritan, con lo cual esta impulsividad es como un estado desenfrenado que lo lleva a adoptar conductas imprudentes, ataques físicos, malos tratos, súbita interrupción del trabajo y alcoholismo; y cuando, menciona ataques de dipsomanía en algunos esquizofrénicos(3).

La comorbilidad psiquiátrica definida como la coocurrencia de uno o mas trastornos psiquiátricos con un diagnóstico principal ha sido primariamente integrada en los trastornos afectivos y de ansiedad, donde se observó que afectaba con severidad el curso y la respuesta a tratamiento (Cloninger, 1991).(10)

Esta comorbilidad psiquiátrica en el espectro de la esquizofrenia y en los trastornos del afecto con elementos psicóticos han sido menos investigados por las siguientes razones:

1. La opción operacional de criterios diagnósticos ha considerado la función de que cualquier trastorno psiquiátrico concomitante que es erráticamente menor que el diagnóstico principal puede no requerir un diagnóstico adjunto.
2. Los trastornos concomitantes dentro del eje I según el DSM III R con excepción de los trastornos por abuso de sustancias pueden reportar resultados no específicos para los trastornos de psicosis, mas que una condición coocurrente distinta.
- 3 La validación de diagnósticos múltiples en la psicosis puede ser cuestionable por la presencia de confusión; como sobreposición de síntomas entre psicosis y trastornos comórbidos; efectos de tratamiento en la psicopatología y en las vías de información; sin embargo estudios epidemiológicos recientes en la población general han demostrado (22) que la comorbilidad psiquiátrica entre los sujetos con trastorno psicótico es un fenómeno sustancial con una prevalencia total, mayor de 58%; los hallazgos previos de comorbilidad en psicosis esencialmente derivan de pocos estudios conducidos en muestras clínicas. Stratowsky y cols (1993)

encontraron por ejemplo, una prevalencia total durante el tiempo de vida de comorbilidad psiquiátrica de 40.25%; el abuso de sustancias y alcohol fueron significativamente más frecuentes entre las psicosis afectivas con 28% en comparación con las no afectivas 7.4%: la prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en el trastorno bipolar con elementos psicóticos se encontró con un rango de entre 13 y cerca de 40%, con abuso de alcohol y sustancias, siendo las condiciones más comunes, seguidos de personalidad antisocial, trastorno de ansiedad, delirio, y demencia. El trastorno de pánico se encontró frecuentemente asociado con la manía psicótica con una prevalencia de 24.4% (21).

En los pacientes psicóticos con comorbilidad psiquiátrica, se encontró que tenían una larga estancia hospitalaria, menor tasa de recuperación al momento de la alta y menor respuesta al tratamiento que aquellos sin comorbilidad (21) .

Siris y cols en 1994 encontraron que el tratamiento de la depresión en el curso de la esquizofrenia puede ayudar a prevenir exacerbaciones subsecuentes de las psicosis o reaparición (24); así como en los trastornos del afecto se ha argumentado que el perfil clínico de los pacientes maníacos con otros trastornos psiquiátricos comórbidos es atípico y representa la depresión secundaria neurótica descrita por Winnacour y cols. Estos hallazgos sugieren que la comorbilidad psiquiátrica puede tener un impacto en la psicosis y provocar consecuencias respecto a los pacientes psicóticos con antecedentes de otros trastornos psiquiátricos, que pueden tener asimismo características clínicas y psicopatológicas diferentes comparados a aquellos pacientes sin comorbilidad.

Cassano (10) estudió los patrones y correlaciones clínicas de la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con un espectros de la esquizofrenia y de trastornos del estado de ánimo con factores psicóticos, encontrando que la comorbilidad psiquiátrica es un fenómeno relevante en la psicosis y parece afectar negativamente la fenomenología de la enfermedad psicótica; se necesitan estudios posteriores en poblaciones psicóticas para tener una visión más amplia de las implicaciones clínicas y terapéuticas de la comorbilidad psiquiátrica en la psicosis.

En este estudio realizado por Cassano y colaboradores en 1998, se encontró que la coocurrencia de los trastornos psiquiátricos del eje uno del DSM III-R es un fenómeno relevante en pacientes con trastornos psicóticos, estando presente en más de 56% de la cohorte (10).

En un estudio realizado por Stratowski y colaboradores se estudió la comorbilidad en una cohorte de pacientes psicóticos internos, en el cual la prevalencia total de comorbilidad psiquiátrica del eje I fue de 40.2%, el abuso de sustancias 22.5%, el trastorno obsesivo-compulsivo 7.8%, las fobias simples y social 6.9%, trastornos de pánico 5.9% y la bulimia 4.9%; estas tasas de prevalencia son menores que aquellas encontradas en el estudio de Cassano; esto parece ser debido a las diferentes características de las dos muestras: la muestra de Stratowski y colaboradores, comprendió pacientes hospitalizados que diferían de estos sujetos en sexo y distribución de raza, nivel de educación, estado de salud física y tenían una edad promedio mayor al inicio de la psicosis; por el contrario, las tasas de prevalencia de comorbilidad psiquiátrica más altas en el estudio de Cassano, se encontraron en una muestra de sujetos con psicosis no afectiva, obtenidos de una población general donde solo 7% de los sujetos con psicosis no afectiva, no recibieron al menos un diagnóstico psiquiátrico adicional, en particular la dependencia al alcohol se encontró en 43.2% de los sujetos, la dependencia de drogas 37.7%, la fobia social en 39.5%, la fobia simple en 30.8%, los trastorno de pánico en 25.5% (21).

Muchos factores pueden explicar un alto nivel de comorbilidad; primero, en un estudio realizado por Kendler y colaboradores en 1996 se evaluaron las psicosis no afectivas usando un procedimiento diagnóstico diferente; en segundo lugar, es posible que la psicosis no afectivas de la población mas bien incluían formas no tratadas de enfermedad en las cuales la comorbilidad de desorden afectivo, era mayor que en los pacientes hospitalizados del estudio de Cassano (73.4%). En tercer lugar, mientras que se evaluaron en este estudio trastornos obsesivos compulsivos la comorbilidad total resultó no directamente comparable con la de Kendler y colaboradores, ya que en el estudio de Cassano no se evaluó el trastorno por ansiedad generalizada, abuso de alcohol y

sustancias. En el estudio de Kendler los pacientes con dependencia al alcohol o abuso de sustancias, estaban representados raramente en el estudio de Cassano.

Dentro del grupo de psicosis no afectivas, la comorbilidad del trastorno de pánico se ha asociado con más frecuencia a trastornos delirantes y trastornos esquizoafectivos que a esquizofrenia, lo cual puede estar relacionado con el pequeño tamaño de la muestra; sin embargo una explicación alternativa es que los déficits de insight en esquizofrenia son más severos y parecen comprometer una condición transitoria como el trastorno de pánico, comparado con los otros dos grupos de psicóticos; esto debe ser tomado en cuenta por el clínico cuando evalúe los ataques de pánico en pacientes con esquizofrenia, ya que su reconocimiento puede tener importantes implicaciones clínicas (23).

En el estudio de Cassano el análisis de regresión múltiple demostró que los síntomas negativos estaban fuertemente asociados con un diagnóstico de esquizofrenia, sin embargo cuando los síntomas negativos estaban evaluados en el espectro de psicosis, eran mucho más severos en sujetos con comorbilidad psiquiátrica que en aquellos que no la tenían; estos datos deben ser cuidadosamente interpretados como síntomas negativos y ser evaluados en forma cruzada sin tomar en cuenta su causa, estabilidad o duración; sin embargo, sugieren que la psicosis bipolar y unipolar con otros trastornos concomitantes del eje I pueden ser más frecuentes que aquellos con formas más puras de una enfermedad afectiva que muestre factores relacionados con la esquizofrenia.

Cassano investigó el papel de diagnósticos comórbidos específicos, encontrando que los trastornos fóbicos y el abuso de sustancias tenían una mayor asociación con la presencia de delirios y síntomas negativos, pero no de alucinaciones. Analógicamente, la comorbilidad psiquiátrica estaba asociada con una psicopatología autoreportada más severa en trastornos no afectivos que en psicosis con espectro afectivo. Tal asociación fue tomada en cuenta por la tríada consistente en comorbilidad con trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social: mientras que el abuso de sustancias parecía una expresión más bien de psicopatología; sin embargo estos datos indican que hay una proporción considerable de pacientes cuyo espectro de psicosis con esquizofrenia o de

psicosis afectiva, están estrictamente conectadas con otros trastornos psiquiátricos concurrentes, que en su oportunidad tienen un peso diferencial en él y que afecta la fenomenología de la psicosis. Las causas de tan alta causa de comorbilidad y asociaciones, pueden ser biológicas, ambientales, efectos en un trastorno o efectos en el establecimiento subsecuente de otro desorden, los cuales pueden estar teniendo cierta participación (10).

Cuando Cassano y cols investigaron la relación entre edades tempranas a la primera hospitalización y comorbilidad, encontraron una asociación positiva sólo en depresivos unipolares psicóticos pero no en otro grupo de psicóticos; además no se encontró una asociación entre la comorbilidad y el número de hospitalizaciones; sin embargo estos datos coinciden con hallazgos recientes que muestran una falta de asociación entre la comorbilidad y la edad de inicio de la esquizofrenia o un trastorno de tipo bipolar. Una explicación que fue encontrada consiste en el poder limitado de dicho estudio para detectar esta asociación. Por otro lado los análisis preliminares, llevados a cabo en un grupo mayor de pacientes psicóticos, confirmaron la falta de ésta asociación, por lo que es posible que la duración media de la enfermedad en esta muestra 10.2 años para el espectro de esquizofrenia, 11.4 años para el trastorno bipolar y 7.2 años para la depresión unipolar no fue suficientemente extensa para encontrar una correlación (10).

La relación entre insight y la comorbilidad puede ser de alguna manera tautológica, ya que sujetos con un mayor insight pueden tener simplemente una mejor expresión de su psicopatología. Sin embargo también encontramos que los trastornos comórbidos específicos, parecen jugar un papel diferente en cada uno de los pacientes, y en la autoexpresión de la psicopatología; estos hallazgos deben de contribuir a estimular la investigación en las relaciones recíprocas entre el nivel de estructura de insight, la construcción propia de su experiencia y los efectos llevados a cabo, por la formación concomitante y desarrollo de trastornos múltiples en el mismo individuo (10).

El principal objetivo de investigar la comorbilidad, es para ayudar a definir los síndromes y diagnósticos asociados a uno específico. La comorbilidad psiquiátrica en la psicosis puede ser cubierta por disturbios psicóticos prominentes o minimizada por

clínicos. cuando su intervención impone la identificación y tratamiento de síntomas más severos como los delirios, alucinaciones o anormalidades del comportamiento; sin embargo un número que va en incremento de estudios y reportes clínicos (Patel, 1997). demuestra que la evaluación de la comorbilidad psiquiátrica da a los clínicos e investigadores una construcción clínica útil para capturar componentes adicionales de la fenomenología heterogénea de la psicosis, un acercamiento que puede tener importantes implicaciones terapéuticas (10).

El objetivo del estudio realizado por Cosoff y colaboradores fue determinar la prevalencia de los trastornos de ansiedad en pacientes psiquiátricos internados, con diagnóstico de esquizofrenia del DSM IV, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar. Usó la entrevista clínica estructurada para el DSM III-R examinó 100 pacientes consecutivos internados con un trastorno psicótico con presencia o ausencia de trastornos de ansiedad; el cuestionario medía fobias, síntomas obsesivos-compulsivos y ansiedad generalizada. Encontrando la prevalencia de fobia social en un 17%, trastorno obsesivo compulsivo en un 13% y los trastornos de ansiedad generalizada en la esquizofrenia fueron relativamente altos, así como fueron la prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo en un 30% y el trastorno de pánico 15% en el trastorno bipolar. La proporción de sujetos con un trastorno de ansiedad 43 a 45% fue casi idéntica a lo largo de los 3 tipos de psicosis, con ciertas diferencias en cuanto al sexo. A pesar de que las tasas de síntomas psiquiátricos generales estaban significativamente más elevadas en aquellos pacientes con trastornos de ansiedad, las tasas de admisión hospitalaria no estaban tan elevadas.

Casi ninguno de estos pacientes con trastornos de ansiedad estaban siendo tratados para el mismo, primeramente porque la severidad de la enfermedad psicótica aguda requería un diagnóstico y atención terapéutica completa. Los pacientes fueron dados de alta tan pronto como su episodio psicótico estaba resuelto con poco reconocimiento de la presencia del trastorno de ansiedad. Dado que los trastornos de ansiedad responden relativamente al tratamiento, el estar enterados de su comorbilidad con la psicosis debe llevar a beneficios clínicos integrales.(14)

Se han descrito varios casos de pacientes con anorexia nerviosa y esquizofrenia (Bruch, 1973; Hsu y Crisp, 1981). Sin embargo, estudios de comorbilidad en la población en general de trastornos alimenticios, reportan muy poca o ninguna incidencia de esquizofrenia en trastornos alimenticios. La falla para diagnosticar bulimia, puede tener importantes consecuencias clínicas. Por ejemplo un tratamiento exclusivamente antipsicótico no necesariamente evitará la reaparición de síntomas alimenticios conforme los síntomas psicóticos desaparecen. Aún más, la falla en la detección de efectos colaterales de la medicación, como la ganancia de peso, puede exacerbar un trastorno alimenticio concurrente. Un reporte reciente indica que la clozapina puede incrementar la bulimia nerviosa. Ya que tanto la esquizofrenia como los trastornos alimenticios se asocian con altas tasas de mortalidad por suicidio, la falta en la detección de ambos trastornos puede fallar en la identificación de pacientes con un riesgo substancialmente alto de suicidio (4).

El mejoramiento de la atención en las pruebas de desempeño continuo está asociado con la psicosis en general y puede estar específicamente asociado con un trastorno positivo formal del pensamiento en pacientes con esquizofrenia.

Las pruebas de desempeño continuo han sido usadas para demostrar el déficit en la atención central funcional en la esquizofrenia y la depresión mayor. A pesar de que ningún estudio ha evaluado el desempeño en estas pruebas, específicamente en la depresión psicótica, el déficit de la depresión ha sido asociado con trastornos del pensamiento formal positivo en la esquizofrenia, pero no en la manía. El propósito del estudio realizado por Nelson y colaboradores (1998), fue determinar si los pacientes con depresión psicótica exhibían déficit en las pruebas de desempeño continuo: Asimismo examinaron si estas pruebas de desempeño continuo con déficit estaban específicamente asociadas con síntomas depresivos, síntomas psicóticos, trastornos del pensamiento o ambos, correlacionando medidas de éstos síntomas con el desempeño de las pruebas y comparando éste desempeño entre los pacientes con depresión psicótica, depresión no psicótica, esquizofrenia y voluntarios normales.

Se encontró que en las pruebas de desempeño continuo en pacientes con depresión mayor con psicosis y esquizofrenia fueron significativamente menores que aquellos pacientes con depresión mayor y psicosis y también de los voluntarios normales. Las alteraciones en el pensamiento formal positivo, fueron asociadas en este estudio con pacientes con esquizofrenia. Estos hallazgos sugieren que la atención brindada en la prueba de desempeño continuo está asociada con la psicosis en general y puede estar específicamente asociada con alteraciones en el pensamiento formal positivo en pacientes con esquizofrenia (7)

Algunos estudios han indicado un alto número de trastornos de agresión entre personas con esquizofrenia, sin embargo, la agresión sexual no ha sido ampliamente descrita. Los factores relacionados a la enfermedad, parecen tener una contribución importante al trastorno de agresión sexual en este grupo de pacientes, remarcando la necesidad de tratamiento comprensivo y vigoroso. En 12 de los 15 casos la enfermedad por conducta sexual agresiva vista en forma retrospectiva, ocurrió en el contexto de síntomas psicóticos, a pesar de que 12 de los agresores se conocían por servicios psiquiátricos. el contacto fue errático y solo 4 estaban tomando medicamento; en la evaluación aquellos con comportamiento sexual antisocial, estuvieron reportados como el doble de los reportes anteriores de interés sexual; esto puede ser de relevancia particular en cuanto a que el grupo también reporto dificultad en formar relaciones particulares estrechas (25).

Existen muchos mecanismos por los cuales la epilepsia pueda asociarse a una psicosis parecida a la esquizofrenia. Parece ser que las anomalías estructurales del cerebro, es decir, la disgenesia cortical o lesiones cerebrales difusas son comunes tanto a la epilepsia como a la psicosis y que las convulsiones modifican la presentación de la psicosis y viceversa, por lo tanto, producen un cuadro único de ambos, una afinidad y un antagonismo entre los dos trastornos (9).

El comportamiento suicida es la principal causa de muerte prematura en personas con esquizofrenia, del 10 al 13% de los individuos con esquizofrenia llegan al suicidio y 20 al 40% tienen intentos suicidas. La OMS en un estudio de seguimiento de 5 años de 1065

pacientes con psicosis concluyeron que el riesgo de suicidio en esquizofrenia es más grande que el riesgo de suicidio asociado con trastornos afectivos. Se ha estimado que el suicidio en la esquizofrenia ha costado 190 millones de dólares en 1991 como resultado de gastos médicos por intentos y consumación del suicidio, costos de investigación de la consumación de suicidios y pérdidas de la productividad. Los clínicos que trabajan con individuos esquizofrénicos están pendientes de la persistencia de la conducta suicida y las consecuencias devastadoras del suicidio por el individuo, la familia y la comunidad a la larga. La esquizofrenia es un trastorno heterogéneo caracterizado por psicosis crónica o episódica y un curso crónico de disfunción biopsicosocial sin cura. En la esquizofrenia el trastorno suicida es considerado multideterminado y no fácil predecible, a pesar de que persiste típicamente a lo largo de la vida con exacerbaciones intermitentes.

En vista de la complejidad tanto de la esquizofrenia como de la conducta suicida, las investigaciones se han encontrado con obstáculos metodológicos por ejemplo, la mayoría de los estudios se basan en registros médicos o técnicas de recolección de datos no estandarizadas, haciendo difícil evaluar los factores de riesgo para la conducta suicida, en este grupo durante los estudios. Muchos estudios usan técnicas univariadas, más que multivariadas, por lo tanto identifican factores de riesgo aislados más que dar un modelo integral del entendimiento de la conducta suicida en individuos con esquizofrenia. Los factores que distinguen los intentos suicidas y los que no lo intentan con esquizofrenia, con frecuencia han sido justificados en forma inadvertida por el foco primario del estudio y siendo que este no fue el comportamiento suicida. Finalmente no hay investigación sistemática con respecto a la efectividad de las estrategias de intervención para los individuos suicidas con esquizofrenia. A pesar de estas limitaciones hay algunos datos que sugieren una evaluación y estrategias de intervención para el manejo del paciente suicida con esquizofrenia y han surgido estas intervenciones. La naturaleza crónica de la esquizofrenia y el comportamiento suicida, requieren de evaluación e intervenciones continuas. A pesar de que todavía no somos capaces de predecir quien cometerá suicidio por la reducción de síntomas específicos, relacionados con la esquizofrenia, es importante monitorizar continuamente el funcionamiento del individuo en todas las esferas y evaluar la

vulnerabilidad de la persona hacia la conducta suicida y así el riesgo de conducta suicida puede ser disminuida. (8)

Hannel et al investigaron las características clínicas y la adecuación del tratamiento antipsicótico en diferentes fases de la enfermedad y del tratamiento entre víctimas suicidas con esquizofrenia.

Los factores de riesgo suicida en diferentes fases del tratamiento en la esquizofrenia pueden diferir. El número substancial de víctimas de suicidio con esquizofrenia están recibiendo medicación neuroléptica inadecuada y no responden a la medicación antipsicótica típica. La adecuación del tratamiento psicofarmacológico particularmente en la fase activa de la enfermedad, puede ser un factor importante en la prevención del suicidio entre pacientes con esquizofrenia (12).

Una asociación entre los trastornos del comportamiento en la infancia y la esquizofrenia en la adultez ha sido observada previamente en estudios retrospectivos o de seguimiento y en estudios prospectivos. Existe una gran tasa de trastornos del comportamiento infantil se conoce que está asociada con el abuso de sustancias en la vida adulta, por lo que estos análisis deben de tener un control para el abuso de sustancias. La psicosis relacionada a la esquizofrenia puede ser seguida en forma retrospectiva hasta alteraciones del comportamiento tempranas (11).

En un estudio realizado por Mueser Kim y cols. para examinar la relación entre el trastorno de conducta en la infancia, el trastorno de personalidad antisocial y trastornos del uso de sustancias en pacientes psiquiátricos con enfermedad mental severa encontraron que el desorden antisocial de la personalidad estuvo fuertemente relacionado a todas las medidas de problemas de uso de sustancias, así como a una historia de padres con trastornos de uso de sustancias; las proporciones para el trastorno de la personalidad antisocial y desordenes de uso de sustancias, estuvieron entre 3.96 a 11.35 para el trastorno de uso de cannabis y el de cocaína respectivamente. Una menor extensión los pacientes únicamente con un trastorno de conducta en la infancia o con solo un trastorno de

personalidad antisocial en la edad adulta también estuvieron en mayor riesgo de tener trastornos de uso de sustancias comparado con los pacientes que no tenían trastornos de conductas infantiles ni de personalidad antisocial.

Los trastornos de conducta en la infancia y el trastorno de personalidad antisocial en la edad adulta, representan factores de riesgo significativos para el trastorno de uso de sustancias en pacientes con un espectro de esquizofrenia y trastornos afectivos mayores; considerando otras investigaciones que indican que los desórdenes de conducta y el trastorno de personalidad antisocial tienen una mayor prevalencia en pacientes con enfermedad mental severa; los hallazgos presentes sugieren que los trastornos de conducta en la infancia y el trastorno de personalidad antisocial pudieran reflejar un factor común que independientemente incrementa la vulnerabilidad de los pacientes tanto a los desórdenes psiquiátricos como al uso de sustancias (13).

Kenneth y cols. realizaron un estudio de relación entre esquizofrenía-depresión y antecedentes familiares psiquiátricos (1997), una prueba de desarrollo continuo en pacientes con depresión mayor con síntomas psicóticos, la cual fue similar a los pacientes con esquizofrenia; el desempeño de esta prueba en el grupo de pacientes con depresión psicótica, fue significativamente peor que en el grupo con depresión no psicótica, el cual no difirió significativamente en la comparación de sujetos en esta medida de obtención; estos hallazgos sugieren que los déficits en la prueba de desempeño continuo en la depresión mayor ocurre solo en presencia de psicosis. En este estudio se encontró que el trastorno positivo del pensamiento y el desarrollo de la prueba de desempeño continuo se correlaciona con la esquizofrenia. Chaabse y colaboradores (1996), han hipotetizado un mecanismo de alteración cognitiva en la depresión psicótica que difiere de aquella de la esquizofrenia; específicamente proponen que la psicosis en la depresión puede ser causada por incremento de los niveles de cortisol, lo que puede ser más pronunciado en la depresión psicótica, que en la depresión no psicótica, llevando a un déficit neuropsicológico mayor incluyendo disminución en la atención, observada en la depresión psicótica; sin embargo las correlaciones de pensamiento formal positivo trastornado con la prueba de desempeño continuo entre depresión psicótica y el grupo de esquizofrenia no difirieron

significativamente. En dicho estudio se evaluaron sujetos en cuanto a su atención funcional, solo durante el episodio psicótico agudo. El tamaño de la muestra también fue muy pequeño; sin embargo este es el primer reporte que compara las calificaciones de la prueba continua de desempeño entre grupos de pacientes con depresión psicótica, depresión no psicótica y esquizofrenia. (5)

Weiden y Oltson (20) realizaron un estudio para estimar el costo anual nacional por rehospitalización en pacientes esquizofrenicos externos con episodios múltiples, para determinar el costo relativo por pérdida de la eficacia de la medicación y por falta de cumplimiento de la misma; encontrando que la tasa mensual de recaída fue estimada en 3.5% para pacientes con neurolépticos de mantenimiento y 11% mensual para pacientes que lo habían discontinuado, las tasas de no cumplimiento del tratamiento en la comunidad se estimaron de 7.6% mensual; estos estimados se ingresaron a un análisis de modelo de supervivencia para determinar la verdadera tasa de recaída en el grupo estudiado; un número estimado de 257 446 pacientes esquizofrenicos con episodio múltiples fueron dados de alta de hospitalizaciones cortas menores de 90 días de unidades para pacientes internos en E.U. durante 1986. El costo estimado agregado por paciente interno por el índice de hospitalización calculado fue de \$2.3 billones dentro de los años después de alta, el costo agregado de la readmisión se acercó a los \$2 billones. La pérdida de la eficacia de los neurolépticos representó alrededor del 60% del costo de la hospitalización y la falta del cumplimiento del tratamiento alrededor del 40%.

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales que producen más dificultades a nivel familiar. El efecto negativo de la enfermedad, generalmente, recae básicamente en quienes la padecen y en las personas que conviven con ellas(17).

Las líneas de investigación sobre la esquizofrenia y la familia empezaron en los años cincuenta; entre ellas destacan las de Bateson y su hipótesis del “doble mensaje”, en el que el problema de las relaciones familiares es que el paciente está sometido a mensajes persistentes y contradictorios. Otra línea es la que sustenta el constructo “emoción

expresada”, de Brown, como estresor crónico en la evolución y como precipitante en las recaídas.

El estudio de la familia del paciente esquizofrénico se desarrolló principalmente a partir de la década de 1950. Freud (15), relacionó varios tipos de causa recíproca por medio del sistema de las series complementarias. La combinación de los factores congénitos y hereditarios y las experiencias infantiles en el ambiente familiar o social determinaban la serie de la disposición, la cual por influencia de los motivos actuales o desencadenantes condicionados a su vez por la disposición determinaban la emergencia del trastorno mental (15).

La familia con frecuencia se queja de que el enfermo es la causa del desequilibrio familiar aunque también se ha dicho que el grupo familiar es la causa del trastorno mental. Lewis (15) estableció el concepto de madre esquizofrenógena definiendo de esta manera una serie de características maternas relacionadas con el hijo esquizofrénico. La madre sobreprotectora y ansiosa puede distorsionar el sentido de las percepciones de su hijo y afirmar como verdaderas, percepciones falsas. Del mismo modo un hijo con trastorno perceptivo requiere necesariamente una madre sobreprotectora que responderá con ansiedad ante aquel. Se puede establecer la hipótesis de que cada sujeto afectado en algunas de las denominaciones nosológicas psiquiátricas, tiene una familia con características diferenciales. Por este camino podríamos obtener una clasificación de familias, la familia del esquizofrénico, la familia psicópata, la familia histérica.

Según Laing y Esterson (1967), el sistema familiar está determinado por las perturbaciones paternas, y el hijo psicótico es una víctima encerrado por la enfermedad-maldad de los padres. Los padres determinan al hijo como éste a aquellos, y la descripción sistemática debería dar cuenta de las particularidades del sistema familiar, marco en el cual se inscriben las conductas individuales.

Jackson (16), se refiere a la familia de dos maneras. Desde el punto de vista práctico se refiere a los padres y al paciente a los que entrevista en conjunto. aunque incluye a los

hermanos del paciente si conviven con sus padres y aún si viven lejos; no enfatiza el lazo consanguíneo sino la relación entre sus integrantes.

En una familia con un integrante esquizofrénico, cuando como resultado del tratamiento adquiere un modo de funcionamiento no esquizofrénico y contradice la imagen que el grupo familiar tiene de él, puede determinar reacciones en los padres que procuran inconscientemente llevarlo a la forma anterior forzándolo, sin saber, a la forma de ser esquizofrénica para restablecer un tipo de equilibrio.(15)

Un modelo explicativo sobre la esquizofrenia es el de la vulnerabilidad-estrés", de Zubin y Spring, quienes reconocen que el medio familiar y social influye en las recaídas y en las necesidades de hacer frente a los potenciadores o estresores ambientales que incide en la recaída mediante las intervenciones psicosociales.

Anderson menciona tres puntos importantes por los que es necesario estudiar a la familia de los pacientes esquizofrénicos: primero, porque se afectan todos los miembros de la familia; segundo, porque la familia experimenta estrés grave y crónico por convivir con el enfermo, y si esta no recibe asistencia ni apoyo, sus miembros serán menos capaces de continuar ayudando al paciente de manera efectiva.

Se ha estudiado poco la morbilidad en el familiar responsable del paciente esquizofrénico. Lidz señala que en los padres de los pacientes esquizofrénicos se ha encontrado psicopatología e inestabilidad(17).

Argemeyer y Matschinger (18) revisaron las creencias comunmente encontradas por familiares de pacientes esquizofrénicos con respecto a las causas de la enfermedad. se hizo una comparación de la información reunida en el curso de este estudio con el resultado de otro llevado a cabo entre el público general en Alemania y muestra que los familiares en general buscarán factores biológicos como causa de la esquizofrenia, mientras que el público en general tiende a citar factores psicosociales principalmente relacionados con el estrés para explicar el desarrollo de la enfermedad. Los factores distribuyen esta

discrepancia a la mayor exposición de los familiares al conocimiento de expertos psiquiatras así como a la lucha con sus propios sentimientos de culpa.

Ha sido ampliamente demostrado (Nuechterlein 1984, 1987) que tanto los psicóticos agudos como los esquizofrénicos remitidos, así como algunos familiares de esquizofrénicos muestran disfunciones cognitivas evaluables experimentalmente; es decir déficit de atención o de procesamiento de la información. Por tanto se asume que estos son al menos indicados potenciales para la vulnerabilidad de la esquizofrenia (19).

En la literatura el estudio de la familia psiquiátrica generalmente apoya la idea de la transmisión intergeneracional independiente de la esquizofrenia y los trastornos afectivos (26), sin embargo algunos autores opinan que estos trastornos comparten un componente de etiología genética (27). Los síntomas depresivos ocurren frecuentemente en pacientes con esquizofrenia y con frecuencia representan retos substanciales en el manejo clínico. Kenneth et al (1987), estudiaron los componentes afectivos observados algunas veces en pacientes con esquizofrenia, los cuales pueden ser relacionados con un riesgo de transmisión familiar de trastornos afectivos (5). Tomando como evidencia que la mayoría de los trastornos afectivos son de transmisión familiar, pensaron que es posible que los síntomas afectivos en la esquizofrenia puedan también ser el resultado de un riesgo familiar a trastornos afectivos.

Kenneth y cols (5) encontraron que la depresión en la esquizofrenia está asociada con una historia familiar de enfermedad afectiva. El nivel medio de pacientes externos fue significativamente relacionado a una historia familiar de enfermedad afectiva unipolar. Periodos relativamente breves de síntomas depresivos durante un episodio psicótico agudo, no estuvieron asociados con una historia familiar de trastornos afectivos. Un estudio realizado por Kendler y Hays (1986), muestra que una historia familiar de trastornos afectivos esta relacionada con la presencia de síntomas afectivos en pacientes con esquizofrenia, en ese estudio una historia familiar de enfermedad afectiva unipolar, se relacionó con un puntaje depresivo durante un periodo de seguimiento de paciente externo y una historia familiar de trastorno bipolar se relacionó con depresión prominente en el

periodo prodrómico (28). Estos hallazgos no concuerdan con el punto de vista común de que la depresión en la esquizofrenia es solamente un aspecto de la esquizofrenia misma, como una reacción a, o parte de la recuperación de un episodio psicótico.

El riesgo de desordenes afectivos, resulta en niveles incrementados de depresión en pacientes externos; es posible que este riesgo afectivo no contribuya al proceso psicótico per sé pero da una idea de la naturaleza del desorden de tal manera que incluye componentes sintomáticos afectivos mayores. Pogue-Geile (1984), refieren esto como una posible explicación de los síntomas negativos en la esquizofrenia; mientras que el síndrome negativo puede ser el resultado de otros factores independientes, pero concurrentes como la inteligencia baja que modifica la evolución de la esquizofrenia e incluye síntomas negativos. Periodos relativamente cortos de síntomas depresivos durante los episodios psicóticos no se relacionan a una historia familiar de trastornos depresivos; más bien el riesgo de trastornos afectivos familiares puede jugar un papel en el incremento del nivel bajo, pero duradero del estado depresivo en la esquizofrenia. Crow hipotetiza que la esquizofrenia y los trastornos afectivos son trastornos genéticamente determinados en un continuo de severidad con la expresión fenotípica dependiente de variaciones en la forma de los genes (29). Este punto de vista de continuidad explicaría la presencia de trastornos afectivos entre los familiares como una indicación de la presencia de los alelos relevantes de psicosis que por alguna causa podrían haber sido modificados a través de las generaciones, de tal manera que la enfermedad parezca más esquizofrenia que trastorno afectivo (5).

El proyecto de alto riesgo de Nueva York es un estudio de pacientes con esquizofrenia o enfermedad afectiva y padres psiquiátricamente normales observados prospectivamente de la infancia a la edad adulta. Se presenta la prevalencia a lo largo de la vida y las tasas de comorbilidad de los trastornos del eje I en pacientes y sus familiares de una muestra A del proyecto.

La relación familiar de la esquizofrenia y trastornos afectivos, muestra especificidad y aspectos comunes, difiriendo marcadamente una de otra en su expresión de algunos

desórdenes y compartiendo otros. Los patrones de comorbilidad son generalmente, aunque no completamente, similares a estas asociaciones.

La proporción de sujetos con comorbilidad como un todo, fue significativamente menor en el grupo de controles normales que en cualquier otro grupo de riesgo; los sujetos en este grupo control normal que tenían trastornos no psicoafectivos, ansiedad o abuso de sustancias, tendieron a tener estos trastornos sin un trastorno comorbido con mayor frecuencia que aquellos pacientes con esquizofrenia y trastornos hereditarios esquizofrénicos (HREFF), sin embargo la diferencia alcanzó significancia $P = 0.04$ solo en el grupo control normal y en el grupo de trastornos afectivos hereditarios (HRAFF) para los trastornos de ansiedad. La comorbilidad entre trastornos no psicoafectivos y trastornos de ansiedad, sería mas prevalente en el grupo de pacientes con enfermedad afectiva; esta hipótesis fue confirmada solo por la comparación con el grupo control con una $P = 0.05$, lo mismo es aplicable para la comorbilidad del trastorno de ansiedad con todos los trastornos afectivos.(6)

Estudios familiares han demostrado en forma repetida que la esquizofrenia esta *ampliamente incrementada en familiares de sujetos esquizofrénicos, comparados con familiares de sujetos control normales de la población general.* Los familiares de pacientes esquizofrénicos con frecuencia, aunque no siempre, han demostrado mayores riesgos de esquizofrenia que los familiares de sujetos con enfermedad afectiva (6).

III. JUSTIFICACION

La esquizofrenia tiene una prevalencia a nivel mundial de aproximadamente 1% (OMS, 1992). En México se estima que una tercera parte de los pacientes hospitalizados en instituciones psiquiátricas padecen esquizofrenia (De la Fuente 1982, Gutierrez 1984). En un estudio realizado en México se reporta una prevalencia del 0.7% en ambos sexos (35).

Los costos económicos, personales y sociales de la enfermedad mental severa son extraordinariamente altos: Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia ocupan el 25% de las camas hospitalarias y constituyen el 45% de los pacientes que requieren cuidado estrecho a largo plazo (Wallace 1993). En México el costo promedio de un caso de esquizofrenia es de \$1230/día-cama (36).

Se sabe que la esquizofrenia muchas veces presenta comorbilidad psiquiátrica (4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14), lo que hace más difícil su manejo. Se ha encontrado (Cassano 1998) que tienen una larga estancia hospitalaria, menos tasa de recuperación al momento del alta y menor respuesta al tratamiento que aquellos sin comorbilidad (21). Asimismo muchos familiares responsables del paciente con esquizofrenia también presentan psicopatología, lo que ocasiona a su vez problemas de manejo del paciente en el hogar y sobrecarga emocional (17), lo que dificulta el manejo del paciente esquizofrénico y favorecen las recaídas.

Algunos estudios (30) han demostrado que la atención integral de los pacientes con problemas de esquizofrenia han mejorado las condiciones de los pacientes en forma global; lo que nos ha llevado a pensar que el conocimiento de la comorbilidad tanto del paciente como de su familiar responsable nos permite instrumentar programas de prevención y tratamiento específico, ya que dicha comorbilidad podría causar más recaídas en el paciente.

También se ha demostrado que la esquizofrenia ha llegado a ser una enfermedad crónica, cuyos resultados en promedio han sido peores que cualquier otro trastorno mental.

y que además, ha estado asociada con el incremento de riesgo de suicidio (8.12), enfermedades físicas y mortalidad, y que pudieron prevenirse con el conocimiento de la comorbilidad o haber abordado el problema desde un punto de vista diferente al habitual.

Por todo lo anterior es importante estudiar la comorbilidad del paciente y sus familiares para diseñar estrategias para hacer un mejor programa de tratamiento que conduzca a la reducción de las recaídas y costos de la enfermedad.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son las psicopatologías mas frecuentemente asociadas a la esquizofrenia en un grupo de pacientes en el IMP?

¿Cuáles son las psicopatologías de familiares de pacientes con esquizofrenia?

V. METAS U OBJETIVOS

1. Conocer la comorbilidad entre esquizofrenia y otras alteraciones mentales en un grupo de pacientes y sus familiares en el IMP.

2. Conocer la psicopatología comórbida más frecuente en pacientes esquizofrénicos y sus familiares.

VI. HIPOTESIS

Hipótesis de trabajo (h-1).

1.1. Los trastornos fóbicos se asocian más frecuentemente a los pacientes con esquizofrenia.

1.2 Los trastornos afectivos se presentan frecuentemente en familiares de pacientes con esquizofrenia.

Hipótesis nula (h-0).

2.1. Los trastornos fóbicos no se asocia con frecuencia a la esquizofrenia.

2.2 Los trastornos afectivos no se presentan frecuentemente en familiares de pacientes con esquizofrenia.

VII. MATERIAL Y METODOS

7.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal, descriptivo: Se evalúa la prevalencia de otras psicopatologías existentes en pacientes con esquizofrenia y sus familiares.

7.2. UNIVERSO

Grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y sus familiares atendidos en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

7.3. MUESTRA

111 pacientes del grupo de la Dra. Rosa Díaz del Programa para el estudio, tratamiento y Rehabilitación Integral del Paciente Esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría y su familiar responsable.

7.4. CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes masculinos y femeninos entre los 16 y los 45 años de edad.

Residencia en la ciudad de México o área metropolitana.

Nivel de escolaridad: educación primaria terminada como mínimo (requisito para la mejor comprensión de las preguntas del instrumento CIDI).

Pacientes con diagnóstico principal de esquizofrenia de acuerdo a los criterios del DSM III-R y de la CIE 10.

Consentimiento informado por escrito para participar en el protocolo de estudio.

Que el paciente cuente con uno o más familiares que deseen participar en el programa, que tengan convivencia con él y que asuman la responsabilidad para el cumplimiento del proyecto.

7.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Pacientes que su estado mental no le permita participar en la valoración.

Pacientes con efectos colaterales severos del medicamento.

Pacientes con déficit cognitivo severo.

7.6. DEFINICION Y OPERACIONALIDAD DE VARIABLES

ESQUIZOFRENIA Enfermedad mental, generalmente crónica, progresiva que provoca deterioro en los procesos de adaptación psicológica, individual, familiar y social, en la que se han documentado anormalidades en el desarrollo del cerebro y de los procesos cognocitivos, caracterizada por un cortejo sintomático variado (30).

COMORBILIDAD. Asociación de dos o más patologías psiquiátricas presentes en una misma persona.

7.7. INSTRUMENTOS

CIDI.

La Cédula de Entrevista Internacional Compuesta o CIDI por sus siglas en inglés (Composite International Diagnostic Interview), surgió de la necesidad de desarrollar un “lenguaje común” para la comunicación entre los trabajadores dedicados a las ciencias de la salud. El Programa de Salud Mental (MHP, por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de la Salud ha trabajado en esta área por más de 20 años, desarrollando diversos instrumentos que permitan la valoración de trastornos mentales en diferentes culturas.

El CIDI fue desarrollado en un esfuerzo conjunto de la Organización Mundial de la Salud y de la Administración de Salud Mental y Abuso de Drogas y Alcohol de los E.U. (US Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration / ADAMHA). El programa recibió el nombre de “WHO / ADAMHA Joint Project on Diagnosis and Classification of

Mental Disorders, Alcohol and Drug-Related Problems". El CIDI es un paquete de entrevista diagnóstica totalmente estandarizado, para la evaluación de trastornos mentales selectos (31). Su consistencia y confiabilidad han sido evaluadas en diversos centros alrededor del mundo.

El CIDI esta históricamente relacionado con el DIS (Diagnostic Interview Schedule) o Cédula de Entrevista Diagnóstica. El DIS, como antecedente inmediato del CIDI y con un rango de posibilidades diagnósticas más limitado, fue diseñado en 1980 por requerimientos del Instituto Nacional de Salud Mental de los E.U. (NIMH por sus siglas en inglés), como una herramienta epidemiológica para valorar los diagnósticos del DSM-III en los E.U., y en su diseño engloba a otra de las principales entrevistas diagnósticas psiquiátricas: el PSE (Present State Examination) (32). El CIDI, descendiente directo del DIS, fue sustentado por el mismo diseño de éste, el mismo formato, el mismo modo de aplicación y también de acuerdo al sistema diagnóstico que prevalece en los E.U.

Desde su planeación en 1981 por los autores del DIS y del PSE, el CIDI ha pasado por varias fases. Se han realizado estudios de campo en E.U. y a nivel internacional para explorar la aceptabilidad transcultural del CIDI, su factibilidad y confiabilidad en diferentes ámbitos y países, así como estudios de confiabilidad test-retest (la confiabilidad entre entrevistadores ha reportado en su mayoría valores de concordancia de 0.6 Kappas o mayores en los diagnósticos) (31). Su traducción al español a partir del diseño original en inglés del instrumento se llevó a cabo en Puerto Rico (31). En México se realizaron algunas adaptaciones idiomáticas, en la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Los criterios diagnósticos psiquiátricos del CIDI, inicialmente basados en la CIE-8 (8° Clasificación Internacional de Enfermedades, de la O.M.S.) y el DSM-III (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 3° Edición; de la Asociación Psiquiátrica Americana), han sido sometidos a revisión para adecuarlos a los criterios diagnósticos de la 10° revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10, OMS, 1989) (33) y de la 3° Edición Revisada

del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III-R , APA. 1987), en los que se basa la versión actual del CIDI (versión 1.0, 4º revisión, 1990) (34), la cual se encuentra disponible en 16 idiomas. El CIDI puede ser utilizado en una variedad de culturas y contextos. Primordialmente se ha destinado para ser usado en estudios epidemiológicos, pero también en estudios clínicos y de investigación.

El CIDI es una cédula de entrevista totalmente estructurada. Fue realizada para ser usada en estudios epidemiológicos principalmente, y para ser aplicada por personal no necesariamente clínico, pero capacitado en la aplicación del instrumento. La calificación y obtención de los diagnósticos del CIDI se realiza por medio de un programa computacional especialmente diseñado para tal efecto (34).

La versión básica o principal del CIDI puede expandirse o reducirse, ya que esta compuesta de módulos que cubren diferentes criterios diagnósticos y categorías adicionales (32).

La versión del CIDI que se usó en este estudio (ver “Anexos”) es la versión 1.0. 4º revisión (1990) y esta basada en los criterios diagnósticos psiquiátricos del DSM-III-R (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 3º Edición Revisada) y de la CIE-10 (10º Clasificación Internacional de Enfermedades), y cubre los siguientes datos y diagnósticos*:

- A) Datos demográficos
- B) Trastornos somatoformes
- C) Ansiedad / pánico:
 - Ansiedad generalizada
 - Fobia social
 - Fobia simple
 - Trastorno de pánico con agorafobia

Dependencia a opiáceos
Dependencia a cocaína
Dependencia a PCP
Dependencia a psicodélicos
Dependencia a inhalables
Otros

M) Memoria:

Síndrome Orgánico Cerebral

N) Disfunciones sexuales

P) Observaciones del entrevistador

- Esta versión no incluye el apartado B) (Tabaquismo)

7.8. PROCEDIMIENTO

El anteproyecto fue enviado para su aprobación a la Universidad Nacional Autónoma de México.

Se consultó a expertos en el área para que dieran su aprobación y recomendaciones acerca del anteproyecto.

Durante el periodo de estudio que dio inicio el 1 de agosto de 1999 se captaron pacientes del IMP con diagnóstico de esquizofrenia así como a sus familiares: se seleccionaron a los candidatos al estudio, se entrevistaron y se les brindó información completa sobre el estudio en que participarían . Posteriormente se aplicaron las escalas de estudio tanto a los pacientes como a sus familiares.

7.9. ANALISIS DE DATOS

Se aplicó el CIDI en una sola ocasión, durante varias sesiones (en promedio 5) a 111 pacientes del programa de Rehabilitación Integral del paciente Esquizofrenico del Instituto Mexicano de Psiquiatría, con diagnóstico de esquizofrenia según los criterios del DSM III-R y CIE-10 . El análisis de los resultados se realizó en forma individual para cada uno de los criterios del DSM-III-R.

Asimismo se aplicó el CIDI al familiar responsable del paciente diagnosticado con esquizofrenia.

Posteriormente los datos fueron analizados en el programa de Sistema Estadístico Para las Ciencias Sociales (SPSS PC) en un programa computarizado para el análisis de los datos en donde se obtuvieron los promedios y frecuencias de los diferentes diagnósticos asociados a dicha enfermedad.

Se agruparon las diferentes patologías en tres grandes grupos para conocer su prevalencia. 1. Trastornos Afectivos, donde se incluyeron a la Depresión y la Distimia; 2. Trastornos de Ansiedad donde se incluyó el Trastorno de Ansiedad Generalizada y 3. Fobias incluyendo la Fobia Social, Fobia Simple, el Trastorno de Pánico con Agorafobia y el Trastorno de Pánico sin Agorafobia.

VIII. RESULTADOS

En primer lugar se mencionaran los resultados de comorbilidad de los pacientes con esquizofrenia en ambos sexos; posteriormente de acuerdo al género y finalmente se mencionaran los datos de los familiares.

De los 111 pacientes (N=111), 86 (77.4%) fueron hombres y 25 (22.6%) mujeres. La media de edad de los pacientes esquizofrénicos fue de 29.5 años (DE 7.4) y la media de inicio de la enfermedad fue de 22.7 años (DE 6.7). (Ver tabla 1)

De acuerdo a los diagnósticos comórbidos en pacientes con esquizofrenia el más frecuente fue la Fobia Social, la cual se encontró en 29 pacientes (26.1%), seguido de la Agorafobia sin Trastorno de Pánico y el Síndrome Orgánico Cerebral, encontrados en 18 pacientes cada uno (16.25%). Posteriormente la Dependencia al Alcohol se encontró en 15 pacientes 13.5%; la Distimia en 14 pacientes 12.6%; el Trastorno de Ansiedad generalizado en 12 pacientes (10.8%); el Trastorno Depresivo Mayor único episodio con síntomas psicótico estuvo presente en 12 de los pacientes, 10.8%. La Fobia Simple se manifestó en 10 de los pacientes, 9%; el Abuso de Cannabis se presentó en 10 pacientes; el Abuso de Alcohol en 8 (7.2%); el Trastorno Obsesivo Compulsivo en 8 pacientes, es decir el 7.2%; el Trastorno de Pánico con Agorafobia se presentó en 7 pacientes, 6.3%, seguido del Dolor Somatoforme, el cual se presentó en 6 pacientes (5.4%); posteriormente el Episodio Depresivo Mayor se encontró en 5 pacientes (4.5%); seguido de la Dependencia a Cannabis. el Trastorno de Pánico sin Agorafobia y la Bulimia presentes en 4 pacientes cada uno con un 3.6%; la Dependencia a Inhalantes se presentó en 3 pacientes (2.7%); la Dependencia a Sedantes y el Trastorno Depresivo Mayor sin síntomas psicóticos estuvieron presentes en dos casos cada uno con 1.8% y finalmente la Anorexia Nervosa se encontró en un paciente .9%; todos estos con criterios diagnósticos del DSM III-R. (Ver tabla 2).

Posteriormente al formar los diagnósticos por tipo específico en 3 grupos: 1. Trastornos Afectivos: Depresión y Distimia; 2. Trastornos de Ansiedad, incluyendo el Trastorno de Ansiedad Generalizada y 3. Las Fobias: Fobia Simple, Fobia Social, Trastorno de Pánico con Agorafobia y Trastorno de Pánico sin Agorafobia, encontramos en el primer grupo una comorbilidad del 27%, en el segundo 12.6% y en el tercero 41.4%. (Ver tabla 3)

El total de sujetos que presentaron alguna comorbilidad fue de 48 sujetos (43.9%) para el DSM-III-R.

Al agruparlos por sexo, en el género masculino encontramos la Fobia Social en 21 pacientes, es decir en 24.4%; seguido de Agorafobia sin Trastorno de Pánico presente en 15 pacientes, 17.4%; la Distimia fue encontrada en 12 pacientes (14%); la Dependencia al Alcohol en 13 casos (15.1%); el Trastorno de Ansiedad Generalizada en 11 pacientes (12.8%); el Síndrome Orgánico Cerebral en 10 pacientes (11.6%); el Abuso a Cannabis y el Episodio Depresivo Mayor con síntomas psicóticos en 9 pacientes cada uno (10.5%); El Trastorno Obsesivo Compulsivo presente en 7 pacientes (8.1%); el Abuso de Alcohol y el Trastorno de Pánico con Agorafobia en 6 casos cada uno (7%); seguidos del Dolor Somatoformo y la Fobia Simple presentes en 5 casos cada uno (5.8%); posteriormente se encontró la Dependencia a Cannabis y el Trastorno de Pánico sin Agorafobia en 4 pacientes cada uno (4.7%); la Dependencia a Inhalantes y el Episodio Depresivo Mayor sin síntomas psicóticos se encontraron cada uno en 3 casos, teniendo el 3.5%; la Dependencia a Sedantes y el Trastorno Depresivo Mayor recurrente con síntomas psicóticos se presentaron en 2 casos cada uno con un 2.3% y finalmente la Bulimia estuvo presente en un paciente (1.2%) y la Anorexia Nervosa en ningún caso. (ver tabla 4)

En los Trastornos Afectivos hubo 24 casos (27.9%), en los Trastornos de Ansiedad 13 pacientes (15.1%) y en las Fobias 33 pacientes (38.4%). (Ver tabla 5)

En el género femenino, 25 pacientes, encontramos una comorbilidad más frecuente con la Fobia Social y el Síndrome Orgánico Cerebral presente en 8 pacientes cada uno (32%); seguidos de la Fobia Simple encontrada en 5 casos (5.8%); posteriormente se

encontraron a la Agorafobia sin Trastorno de Pánico, el Episodio Depresivo Mayor con síntomas psicóticos y a la Bulimia en 3 pacientes cada uno (12%); la Dependencia al Alcohol, la Distimia, el Abuso de Alcohol y el Episodio Depresivo Mayor sin síntomas psicóticos se presentaron en dos casos cada uno con un 8%; un solo caso se presentó en el Trastorno de Pánico con Agorafobia, el Dolor Somatoforme, el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Abuso a Cannabis, el Trastorno Obsesivo Compulsivo y la Anorexia Nervosa en un 4% y finalmente no se presentaron casos en mujeres de Dependencia a Cannabis, Trastorno de Pánico sin Agorafobia, Dependencia a Sedantes, Dependencia a Inhalantes y Trastorno Depresivo Recurrente con síntomas psicóticos. (Ver tabla 6)

En pacientes femeninos, en el grupo de Trastornos Afectivos se encontraron 6 casos (24%), en el de Trastornos de Ansiedad 1 caso (4%) y en el de las Fobias 13 pacientes (52%). (Ver tabla 7)

En el familiar del paciente esquizofrénico encontramos que de los 111 sujetos estudiados, 59 (53.1%) con por lo menos un diagnóstico psiquiátrico y 52 (46.8%) sin diagnóstico. El más frecuentemente encontrado fue el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el cual estuvo presente en 18 familiares, ocupando un 16.2%; seguido de la Distimia y el Dolor Somatoforme encontrado cada uno en 12 casos con un 10.8%; el Episodio Depresivo Mayor con síntomas psicóticos se encontró en 11 pacientes (9.9%); la Fobia Social y la Agorafobia sin Trastorno de Pánico presentes en 10 casos cada uno ocupando el 9%; seguidos del Trastorno de Pánico con Agorafobia y el Abuso de Alcohol en 8 casos cada uno, teniendo un 7.2%, la Dependencia al Alcohol y el Episodio Depresivo Mayor sin síntomas psicóticos en 6 pacientes (5.4%); el Trastorno Depresivo Mayor recurrente con síntomas psicóticos y la Fobia Simple en 3 casos con un 2.7%; el Síndrome Orgánico Cerebral en 2 familiares (1.8%); el Trastorno Obsesivo Compulsivo y la Dependencia a Sedantes en un paciente cada uno, ocupando un 0.9%. No encontramos ningún caso en familiares con Dependencia a Cannabis ni a inhalantes, Trastorno de Pánico sin Agorafobia, Abuso de Cannabis, Bulimia y Anorexia Nervosa. (Ver tabla 8)

Al agruparlo, encontramos los Trastornos Afectivos en 27 casos con un 24.3%; el Trastorno de Ansiedad en 19 casos con un 17.1% y las Fobias en 25, con un 22.5%. (Ver tabla 9)

IX. CONCLUSIONES

Los resultados muestran datos similares a los reportados en la literatura respecto a la alta frecuencia de comorbilidad de la esquizofrenia, referido por Kendler en un 58%. Stratowsky en un 40.25% y Cassano en un 56% entre otros. En el presente trabajo encontramos una prevalencia de un 43.9 %.

Stratowsky encontró mayor frecuencia de comorbilidad con el abuso de sustancias en un 22.5%; TOC en 7.8%, Fobias Simples y Sociales en 6.9%, Trastornos de Pánico con un 5.9% y la Bulimia con un 4.9%. Cassano encontró mayor comorbilidad con dependencia al alcohol en un 43.2%, dependencia a drogas en un 37.7%; Fobia Social con 39.5%, Fobia Simple 30.85% y Trastorno de Pánico en 25.5%. Cosoff observó mayor frecuencia de comorbilidad con el Trastorno de Ansiedad Generalizada en un 43%, la Fobia Social en un 17% y el TOC en un 13%.

Nosotros observamos datos similares a los de estos autores, encontrando en primer lugar mayor comorbilidad a la Fobia Social en un 26.1% seguido de la Agorafobia sin Trastorno de Pánico y el SOC con un 16.2%; la dependencia al alcohol en tercer lugar con 13.5% y el Trastorno de Ansiedad Generalizada con 10.8%. Al agrupar los diagnósticos por tipo específico, encontramos mayor frecuencia en las Fobias teniendo un 41.4%. los Trastornos Afectivos en un 27% y los Trastornos de Ansiedad con un 12.6%.

Al analizar la información de acuerdo al género se encontró en ambos mayor frecuencia de Fobia Social; y por diagnósticos agrupados las Fobias predominaron en ambos sexos, seguidos de los Trastornos Afectivos.

En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos de los familiares de estos pacientes, encontramos en primer lugar al trastorno de Ansiedad Generalizada, la Distimia, el Dolor Somatomorfo y el Episodio Depresivo Mayor con síntomas psicóticos con mayor frecuencia; datos similares a los encontrados por Kenneth (5) donde refiere de manera

global los Trastornos Afectivos en los familiares de pacientes con esquizofrenia. Encontrando asimismo que cuando se agruparon diagnósticos los Trastornos Afectivos predominaron en los familiares en un 24.3%.

Estos resultados muestran la necesidad de realizar programas que lleven a la identificación temprana de la comorbilidad y el tratamiento oportuno, ya que muchas veces se trata a la esquizofrenia como única enfermedad sin tomar en cuenta que puede estar asociada a otras patologías psiquiátricas, que como hemos visto es frecuente. El dar un manejo global tomando en cuenta esta comorbilidad, brindaría la oportunidad de que el paciente mejore su evolución y en última instancia su pronóstico.

Asimismo sabemos que muchos familiares responsables del paciente con esquizofrenia tienen patologías psiquiátricas, predominantemente de tipo afectivo. Que muchas veces también influyen en la evolución y manejo del paciente; por lo que sería conveniente tomarlo en cuenta para dar un manejo integral y así tener una mejor evolución en el paciente.

Los resultados encontrados en el presente estudio también dan origen a nuevas líneas de investigación como las siguientes:

1. ¿Cuál es el valor predictivo de la comorbilidad en el primer episodio psicótico sobre diferentes variables como números de recaídas, número de hospitalizaciones y rehabilitación psicosocial?
2. ¿Cuál es la correlación existente entre la psicopatología de los familiares y el número de recaídas del paciente esquizofrénico?
3. ¿Cuál es la relación entre la patología del familiar responsable y la falta de apego al tratamiento del paciente?

X. TABLAS

TABLA 1
Por sexo

PACIENTES	N	%
Hombres	86	77.4
Mujeres	25	22.6
Total	111	100

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

TABLA 2
Diagnósticos de comorbilidad
de pacientes con esquizofrenia

No. 111

DIAGNOSTICO	N.	% *	X	DVS
Fobia Social	29	26.1	1.7	0.4
Agorafobia sin trastorno pánico	18	16.2	1.8	0.3
SOC	18	16.2	1.8	0.3
Dependencia al alcohol	15	13.5	1.8	0.3
Distimia	14	12.6	1.8	0.3
T. de ansiedad generalizada	12	10.8	1.8	0.3
Episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos	12	10.8	1.8	0.3
Fobia Simple	10	9	1.9	0.28
Abuso cannabis	10	9	1.9	0.28
Abuso alcohol	8	7.2	1.9	0.2
T. Obsesivo Compulsivo	8	7.2	1.9	0.2
T. de panico con agorafobia	7	6.3	1.9	0.2
Dolor Somatomorfo	6	5.4	1.9	0.2
E. Depresivo mayor	5	4.5	1.9	0.2
Dependencia a cannabis	4	3.6	1.9	0.1
T de pánico sin agorafobia	4	3.6	1.9	0.1
Bulimia	4	3.6	1.9	0.1
Dependencia a inhalantes	3	2.7	1.9	0.16
Dependencia a sedantes	2	1.8	1.9	0.1
T. depresivo mayor recurrente	2	1.8	1.9	0.1
Anorexia Nervosa	1	0.9	1.9	0.09

* Porcentajes obtenidos de 111 pacientes.

TABLA 3
Diagnósticos de comorbilidad de pacientes
esquizofrenicos por trastornos específicos

DIAGNOSTICO	N	%	X	DVS
Trastornos afectivos	30	27	1.7	0.44
Trastornos de ansiedad	14	12.6	1.8	0.33
Fobias	46	41.4	1.5	0.4

TABLA 4
Diagnósticos de comorbilidad en
pacientes masculinos con esquizofrenia

No. 86

DIAGNOSTICO	N	% *
Fobia Social	21	24.4
Agorafobia sin T. de pánico	15	17.4
Dependencia al alcohol	13	15.1
Distimia	12	14
T. Ansiedad generalizada	11	12.8
Sx. Orgánico Cerebral	10	11.6
Abuso a cannabis	9	10.5
E. depresivo mayor con síntomas psicóticos	9	10.5
T. Obsesivo Compulsivo	7	8.1
T. de pánico con agorafobia	6	7
Abuso de alcohol	6	7
Dolor somatoforme	5	5.8
Fobia Simple	5	5.8
Dependencia a cannabis	4	4.7
T. de pánico sin agorafobia	4	4.7
Dependencia a inhalantes	3	3.5
Episodio depresivo mayor	3	3.5
Dependencia a sedantes	2	2.3
T. depresivo mayor con síntomas psicóticos	2	2.3
Bulimia	1	1.2
Anorexia nervosa	-	-

- Porcentaje obtenido de 86 pacientes

TABLA 5
Diagnósticos de comorbilidad en pacientes
masculinos con esquizofrenia por trastornos específicos

DIAGNOSTICO	N	%
Trastornos afectivos	24	27.9
Trastornos de Ansiedad	13	15.1
Fobias	33	38.4

TABLA 6
Diagnósticos de comorbilidad en
pacientes femeninos con esquizofrenia

No. 25

DIAGNOSTICO	N	% *
Fobia Social	8	32
Sx. Orgánico Cerebral	8	32
Fobia Simple	5	20
Agorafobia sin T. de pánico	3	12
T. Depresivo mayor con síntomas psicóticos	3	12
Bulimia	3	12
Dependencia al alcohol	2	8
Distimia	2	8
Abuso de alcohol	2	8
Episodio depresivo mayor	2	8
T. de pánico con agorafobia	1	4
Dolor somatoforme	1	4
T. de ansiedad generalizada	1	4
Abuso de cannabis	1	4
T. Obsesivo compulsivo	1	4
Anorexia nervosa	-	-
Dependencia a cannabis	-	-
T. de pánico sin agorafobia	-	-
Dependencia a sedantes	-	-
Dependencia a inhalantes	-	-
T. depresivo mayor con síntomas psicóticos	-	-

Porcentaje obtenido de 25 pacientes

TABLA 7
Diagnósticos de comorbilidad en pacientes femeninos
con esquizofrenia por trastornos específicos

DIAGNOSTICO	N	%
Trasrtornos Afectivos	6	24
Trastornos de Ansiedad	1	4
Fobias	13	52

TABLA 8
Diagnósticos psiquiátricos en familiares
de pacientes con esquizofrenia

No. 111

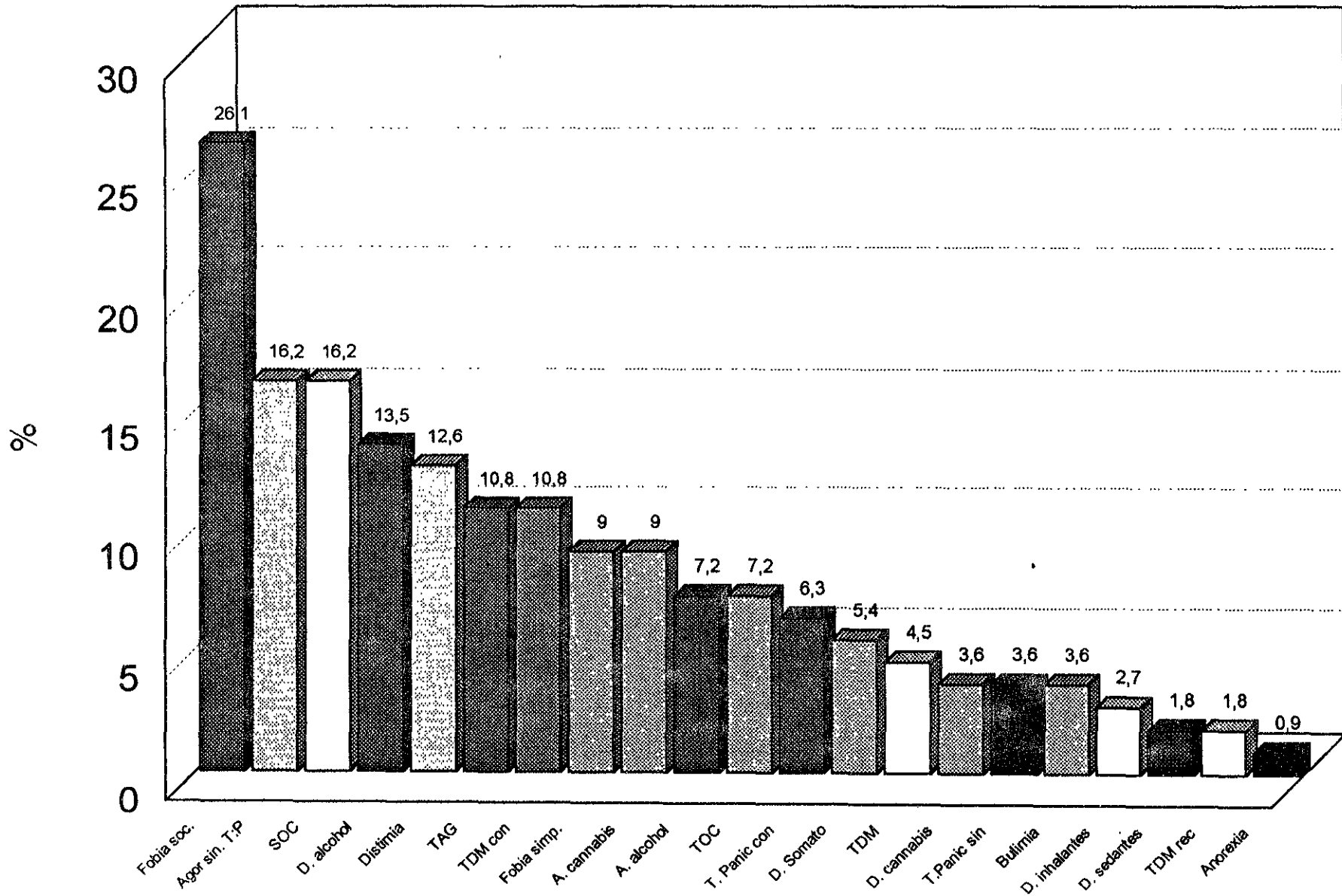
DIAGNOSTICO	N	% *	X	DVS
T. de ansiedad generalizada	18	16.2	1.8	0.3
Distimia	12	10.8	1.8	0.3
Dolor somatoforme	12	10.8	1.8	0.3
E. depresivo mayor con sint. Psicóticos	11	9.9	1.9	0.3
Fobia Social	10	9.0	1.9	0.2
Agorafobia sin T. de pánico	10	9.0	1.9	0.2
T. de pánico con agorafobia	8	7.2	1.9	0.2
Abuso d alcohol	8	7.2	1.9	0.2
Dependencia al alcohol	6	5.4	1.9	0.2
Episodio depresivo mayor	6	5.4	1.9	0.2
T. depresivo mayor con sint psicóticos	3	2.7	1.9	0.1
Fobia Simple	3	2.7	1.9	0.1
SOC	2	1.8	1.9	0.09
T. Obsesivo Compulsivo	1	0.9	1.9	0.08
Dependencia a sedantes	1	0.9	1.9	0.08
Dependencia a cannabis	-	-	-	-
T. pánico sin agorafobia	-	-	-	-
Abuso de cannabis	-	-	-	-
Dependencia a inhalantes	-	-	-	-
Bulimia	-	-	-	-
Anorexia nervosa	-	-	-	-

* Porcentaje obtenido de 111 familiares de pacientes

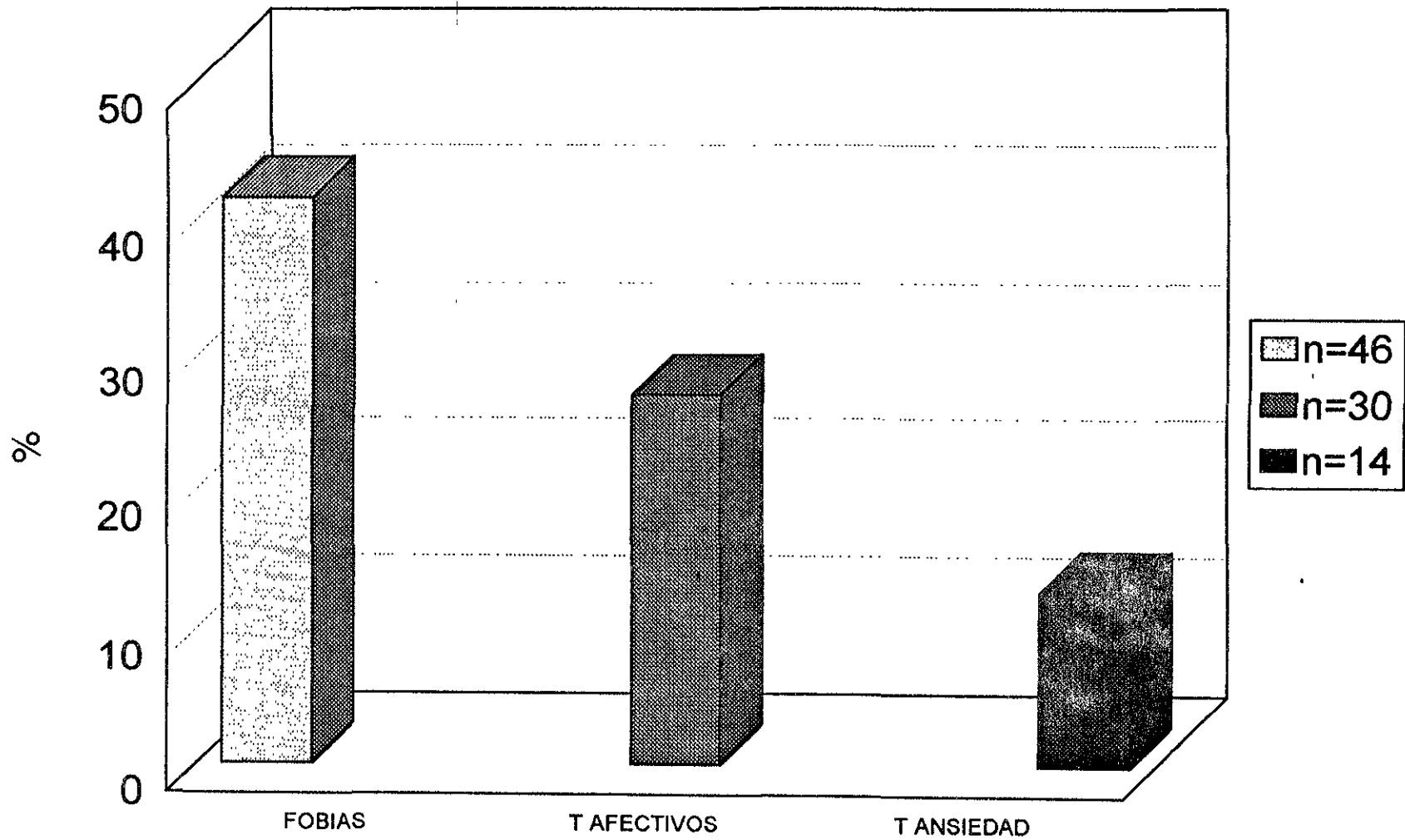
TABLA 9
Diagnósticos psiquiátricos en familiares de pacientes
con esquizofrenia por trastornos específicos

DIAGNOSTICO	No.	%	X	DVS
Trastornos afectivos	27	24.3	1.7	0.4
Trastornos de ansiedad	19	17.1	1.8	0.3
Fobias	25	22.5	1.7	0.4

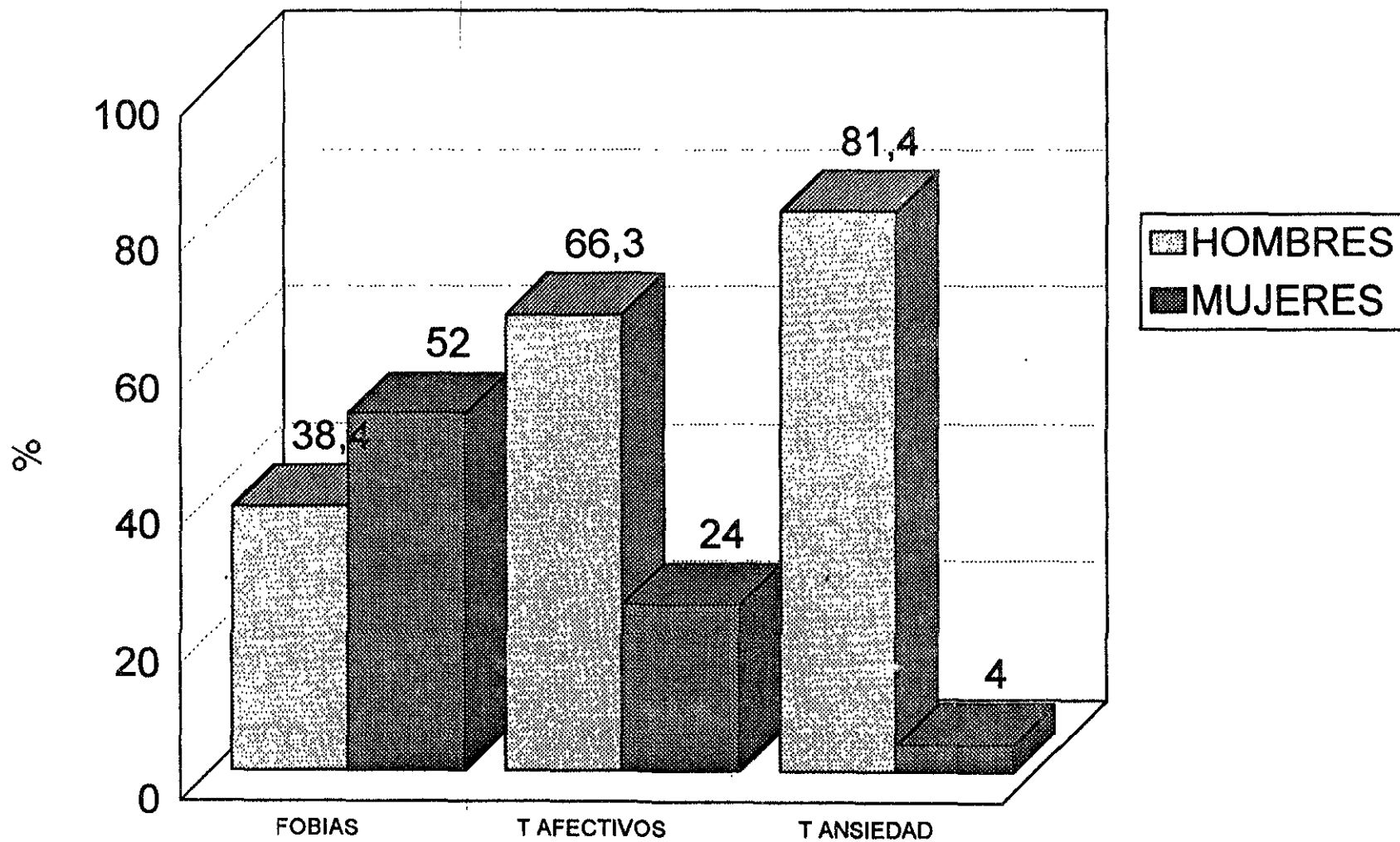
DISGNOSTICOS DE COMORBILIDAD DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.



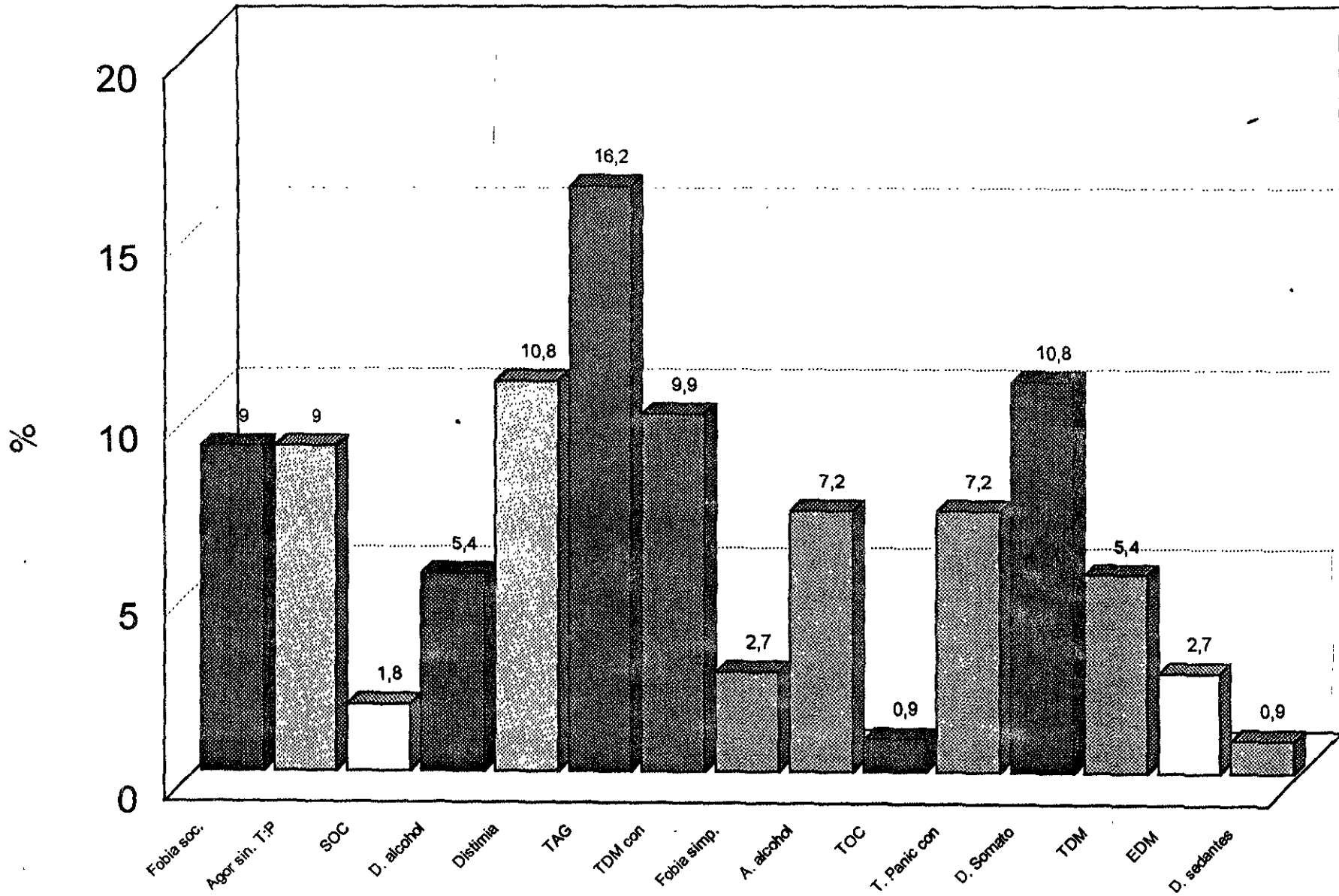
DIAGNOSTICOS DE COMORBILIDAD DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS POR TRASTORNOS ESPECIFICOS



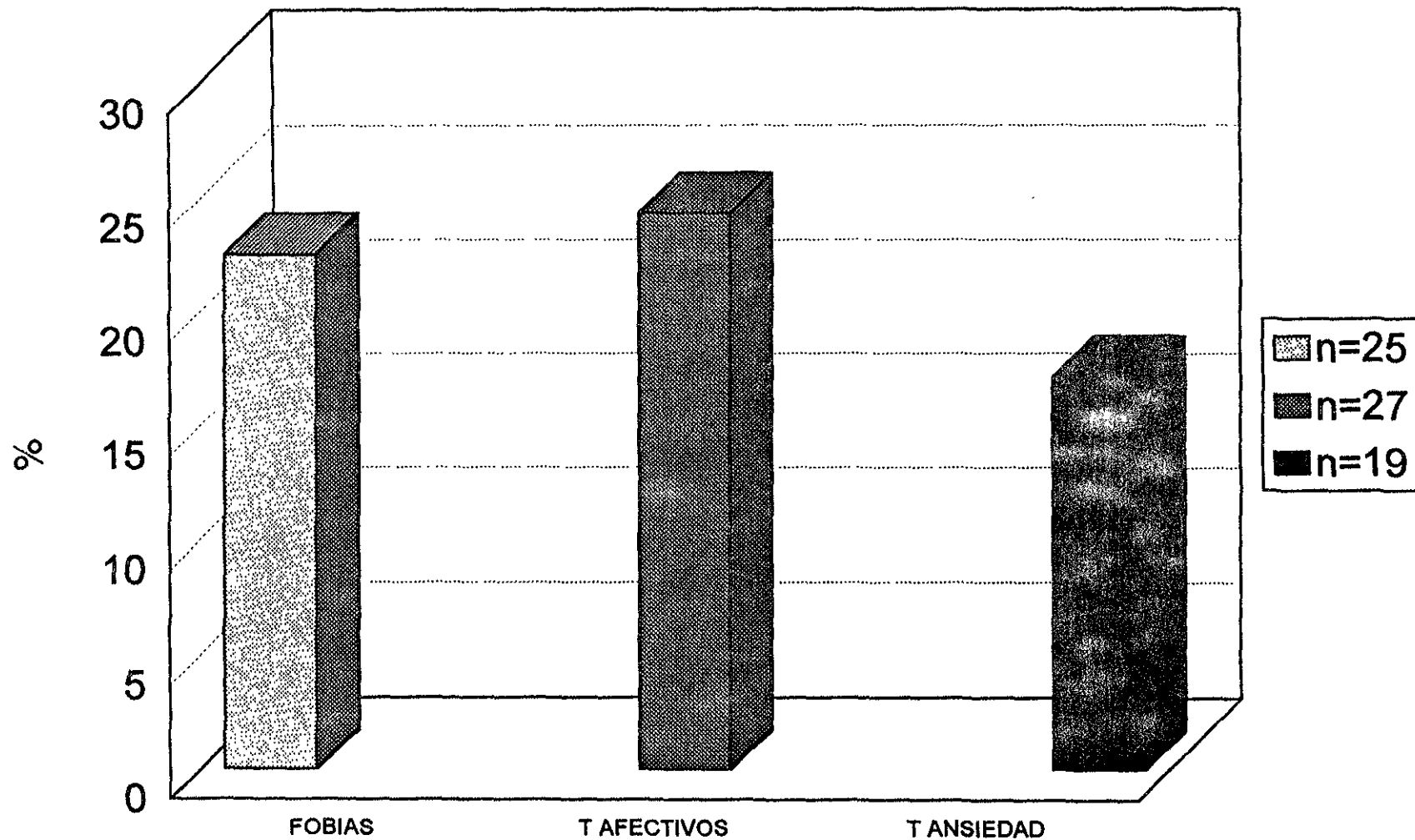
DIAGNOSTICOS DE COMORBILIDAD DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA POR SEXO Y TRASTORNOS ESPECIFICOS



DIAGNOSTICOS PSIQUITRICOS DE FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.



DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA POR TRASTORNOS ESPECIFICOS



XI. BIBLIOGRAFIA

1. Kaplan H, Sadock BJ: Sinopsis de Psiquiatría. 7ª ed; Panamericana 1996: 471-500.
2. Brossein F: Esquizofrenia. *Programa de Actualización Continua*. 1ra Ed. Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C. 1997: 9-38.
3. Bleuler E: Demencia Precoz. 2da ed; Lumen 1993: 9-239
4. Deckelman MC, Dixon LB, Conley RR: Comorbid Bulimia Nervosa and Schizophrenia. *Int J Eat Disord* 1997; 22:101-5.
5. Kenneth, L. et al: Depressive Symptoms in the Early Course of Schizophrenia: Relationship to Familial psychiatric Illness. *Am J psychiatry* . 154(11) . November 1997. 1551-6.
6. Erlenmeyer,L. Et al: The New York High-Risk project. Prevalence and Comorbidity of Axis I Disorders in Offspring of Schizophrenic Parents at 25 year Follow-up. *Arch Gen Psychiatry*. 1997. 54: 1096-1102.
7. Nelson EB, et al: Attentional Performance in Patients with Psychotic and Nonpsychotic Major Depression and Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998; 155:137-9.
8. Harkavy JM, Nelson E: Management of the Suicidal Patient with Schizophrenia. *The Psych Clin North Am* 1997; 20 (3):625-39.
9. Sachdev P: Schizophrenia-Like Psychosis and Epilepsy: The Status of the Association. *Am J Psychiatry* 1998; 155 (3): 325-36.
10. Cassano GB, et al: Occurrence and Clinical Correlates of Psychiatric Comorbidity in Patients with Psychotic Disorders. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(2):60-8.
11. Amminger GP, et al: Relationship Between Childhood Behavioral Disturbance and Later Schizophrenia in the New York High-Risk Project. *Am J Psychiatry* 1999; 156(4):525-
12. Heila H, et al: Suicide Victims with Schizophrenia in Different Treatment Phases and Adequacy of Antipsychotic Medication. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(3):200-8.
13. Mueses KT, et al: Conduct Disorder, Antisocial Personality Disorder and Substance Use Disorders in Schizophrenia and Major Affective Disorders. *J Stud Alcohol* 1999; 60:278-84.
14. Cosoff SJ, et al: The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 1998 feb; 32(1): 67-72.

15. Bereintein, I: Familia y Enfermedad Mental. Edit Paidós, BS. As 1976.
16. Jackson D. Weakland, J: Terapia Familiar Conjunta: Consideraciones sobre teoría, técnica y resultado". Interacción Familiar. Ed. Buenos Aires. 1971.
17. Rascón M, Díaz Rosa et al: La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental* V.2º suplemento, Julio 1997. 55-68.
18. Angermeyer Mc, et al: Relatives' beliefs about the causes of schizophrenia *Acta pchiatr Scand.* 1996: 93. 199-204.
19. Wolfgang B, et al: Vulnerability-linked Deficiencies, psychopathology and Coping Behaviour of Schizophrenics and their Relatives. *British J of Psychiatry.* 1989, 155(5): 128-135.
20. Weiden P; Olton M; et al: Cost of Relapse in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin,* 1995. 21(3): 419-429.
21. Stratowsky SM, et al: Comorbidity in psychosis at first hospitalización. *Am J Psychiatry* 1993; 150:752-757.
22. Kendler KS, et al: Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 1022-1031.
23. Cutler JL, Siris SG: "Panic-like" symptomatology in schizophrenic and schizoaffective patients with post psychotic depression: Observations and implications. *Compr Psychiatry* 1991; 32: 465-473.
24. Siris SG, Bermanzohn PC: Depression as a model in associated psychiatric syndromes in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;149: 564-9.
25. Phillips SL, et al: Sexual Offending and Antisocial Sexual Behavior Among Patients With Schizophrenia. *J Clin psychiatry* 1999; 60:3 170-4.
26. Coryell W, Zimmerman M: The heritability of schizophrenia and schizoaffective disorder. *Arch Gen psychiatry* 1988; 45: 323-327.
27. Taylor M: Are Schizophrenia and affective disorder related? *Am J Psychiatry* 1992; 149: 22-32.
28. Kendler KS, Hays P: Schizophrenia subdivided by the family history of affective disorder. *Arch Gen psychiatry* 1983; 40: 951-955.

29. Crow TJ: Nature of the genetic contribution to psychotic illness: a continuous view point. *Acta Psychiatry Scand* 1990; 81: 401-408.
30. Díaz LR y cols: Evaluación de un programa de rehabilitación del paciente esquizofrénico. *Rev Fac Med. UNAM* 1998; 41(2): 51-59.
31. Sartorius N. CIDI: An international instrument for diagnosis and classification of mental and behavioral disorders. *DIS Newsletter* 1991; 8(1): 1-4.
32. Robins LN, et al: The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen psychiatry* 1988; 45: 1069-1077.
33. Sartorius N, et al: Progress toward achieving a common language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO Classification of Mental and Behavioral Disorders in ICD-10. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:115-124.
34. World Health Organization. CIDI-CORE Computer Manual for Data Entry and Diagnostic Programmes for the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Version 1.0, Rev 4, 1990. WHO, 1990.
35. Caraveo J y cols: La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental*, 1996; 19 (3): 14-21.
36. Rascón R y cols: Una aproximación al costo del tratamiento de las enfermedades mentales en México: depresión y esquizofrenia. *Salud Mental*; 1998, 21 (1): 43-47.