



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA

MANUEL VELASCO SUÁREZ

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

DEPARTAMENTO QUE PROPONE

Psiquiatría

TÍTULO DEL PROTOCOLO

***VALIDACIÓN EN ESPAÑOL DEL INSTRUMENTO DE LAS DIMENSIONES DE LA
PSICOSIS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO
ESQUIZOFRENIFORME O ESQUIZOAFECTIVO***

DIRECTOR DE ENSEÑANZA

Dr. Ricardo Colín Piana

Dirección de Enseñanza

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Dr. Pablo León Ortiz

Neuropsiquiatría

PROFESOR TITULAR DEL CURSO

Dr. Jesús Ramírez Bermúdez

Neuropsiquiatría

TUTOR PRINCIPAL

Dr. Francisco Camilo de la Fuente Sandoval

Psiquiatría Experimental

TUTOR METODOLÓGICO

Ana Fresan Orellana

Investigación Clínica (INP)



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.

COLABORADORES

Dra. Sylvana Stephano Zuñiga

Psiquiatría experimental

***VALIDACIÓN EN ESPAÑOL DEL INSTRUMENTO DE LAS DIMENSIONES DE LA
PSICOSIS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO
ESQUIZOFRENIFORME O ESQUIZOAFECTIVO***

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

“MANUEL VELASCO SUÁREZ”

TESIS DE ESPECIALIDAD MÉDICA EN PSIQUIATRÍA

DR. PABLO LEÓN ORTIZ

AGRADECIMIENTOS

Por medio de estas líneas quiero expresar mi más sincero agradecimiento por todo el apoyo que he recibido para la realización de este proyecto que culmina en la elaboración de mi tesis de especialidad médica.

Han sido muchos los que con su contribución han participado en su desarrollo, quisiera nombrar de manera especial al Dr. Camilo de la Fuente Sandoval quien con gran paciencia, profesionalismo y una gran calidad humana me asesora continuamente.

A la Dra. Sylvana Stepahno Zuñiga por su invaluable apoyo en la evaluación de los pacientes y por su constante ayuda en todas las etapas del protocolo.

ÌNDICE	PÁGINA
I. RESUMEN	7
II. ANTECEDENTES	9
a. Epidemiología	9
b. Factores de riesgo	10
c. Fisiopatología esquizofrenia y psicosis	11
d. Evolución del concepto	13
e. Definiciones actuales de esquizofrenia y psicosis	13
f. Métodos y escalas de diagnóstico	15
g. DIPI (Dimension of Psychosis Instrument)	18
III. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	20
IV. JUSTIFICACIÓN	21
V. HIPÓTESIS	23
VI. OBJETIVOS	23
VII. METODOLOGÍA	24
a. Diseño	24
b. Población y muestra	24
c. Criterios de inclusión	24
d. Criterios de exclusión	24
e. Especificaciones del instrumento de medición	25
f. Traducción de la escala y estudio piloto	26
g. Análisis factorial (análisis de contenido)	26
VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS	27
IX. RESULTADOS	28

a.	Análisis estadístico	28
b.	Características demográficas de los pacientes	28
c.	Características clínicas de los pacientes	29
d.	Gravedad sintomática al momento del estudio	31
e.	Análisis factorial del instrumento de las dimensiones de la psicosis	32
f.	Confiabilidad del DIPI	34
g.	Correlación del DIPI con la gravedad sintomática de los pacientes	35
X.	DISCUSIÓN	36
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
XII.	APÉNDICES	44
a.	PANSS	
b.	DIPI	
c.	MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional)	

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN

Las alucinaciones y las ideas delirantes pueden aparecer en diferentes patologías psiquiátricas como depresión psicótica o manía delirante, en el contexto de un trastorno bipolar o por otro lado, en intoxicaciones por drogas estimulantes o alucinógenas, como efecto secundario a fármacos, en algunas enfermedades médicas (neurológicas, reumatológicas, etc.) y de manera muy característica en la esquizofrenia; el trastorno psicótico más conocido.

En México, la esquizofrenia es uno de los trastornos psiquiátricos mas prevalentes y ocupa el 5º lugar entre las causas de discapacidad. Dada la subjetividad de los síntomas, es necesaria la evaluación de los pacientes con herramientas estandarizadas que permitan valorar la severidad de la enfermedad y el impacto del tratamiento en cada paciente. La mayoría de las escalas estandarizadas para la evaluación de la psicosis o síntomas “positivos” de la esquizofrenia, exploran el fenómeno psicótico de manera general y unidimensional. Sin embargo, de acuerdo a la literatura se pueden definir diferentes dimensiones o factores de la experiencia psicótica, al menos cinco de ellos pueden ser extraídos de manera consistente. La finalidad de éste protocolo es la validación en español del “Instrumento de las dimensiones de la psicosis” (Dimensions of Psychosis Instrument, DIPI) (Mizrahi, Kiang et al. 2006), un instrumento clínico diseñado para fundamentar a la psicosis como un fenómeno multidimensional, a través de un análisis factorial y de validez de criterio.

La encuesta engloba a las siguientes dimensiones: la preocupación cognoscitiva, el compromiso emocional, el impacto en el comportamiento, la convicción y la perspectiva externa.

En los resultados se observa que los cinco factores propuestos se agrupan de manera consistente después de realizar el análisis factorial; en conjunto, con estos se logra explicar el 79% de la varianza, siendo el factor de impacto en el comportamiento el que más contribuye (31.5% de la

Varianza total). La DIPI también mostró características psicométricas adecuadas, teniendo índices aceptables de consistencia y correlación.

Se demuestra que la experiencia psicótica puede caracterizarse adecuadamente con el uso de la Escala de las Dimensiones de la Psicosis en su versión en español, abordando al fenómeno psicótico como un constructo multidimensional que requiere de la disección fina de sus componentes para lograr un entendimiento profundo y un abordaje integral de los síntomas de psicosis.

ANTECEDENTES

Epidemiología

Cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes del mundo son psiquiátricas, entre ellas se encuentra la esquizofrenia. En México se calcula que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Actualmente debido a los problemas sociales mundiales como pobreza, violencia, adicciones y el incremento de la esperanza de vida se espera que el índice de enfermos mentales aumente. (Frenk et al 1999).

En México se estima que el 20% de los pacientes están severamente incapacitados por la enfermedad (Frenk-Mora 2005) y que existen aproximadamente un millón de personas con esquizofrenia, con una prevalencia poblacional estimada del 1% (Frenk-Mora 2005).

La esquizofrenia tiene una prevalencia del 1% en la población general, afectando a 50 millones de personas en el mundo, de las cuales 90% se encuentran en países en vías de desarrollo como México (Frenk-Mora 2005). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud más del 50% de los pacientes con esquizofrenia no reciben tratamiento, lo que da lugar a costos indirectos como pérdida de productividad por morbi-mortalidad prematura de los pacientes y cuidadores. En un estudio realizado en 5 países de Europa se reportó que los familiares pasan un promedio de 6 a 9 horas al día y 67 horas al mes cuidándolos (Magliano, Fiorillo et al. 1998). Por otro lado están los costos indirectos generados de la asociación de la esquizofrenia con las adicciones, la incidencia de actos criminales y el

costo de mantener a los que cometen crímenes en prisión (Knapp, Mangalore et al. 2004). Más aun, los costos directos que genera la enfermedad como la hospitalización constante de los pacientes, múltiples tratamientos farmacológicos y cuidados especializados representan un gasto considerable para la familia y el sistema de salud de los países (Knapp, Mangalore et al. 2004). En cuanto a la morbilidad y mortalidad asociada a la enfermedad se ha visto que los pacientes tienen 2.9 veces más riesgo de morir de causas naturales que la población general, principalmente por causas cardiovasculares. Esto debido a diversos factores; entre ellos el sedentarismo, la asociación con adicciones y el uso de antipsicóticos que contribuyen al desarrollo de síndrome metabólico y diabetes mellitus (Lambert, Cock et al. 2003). En Estados Unidos el 2.5% del presupuesto en salud se gasta en esquizofrenia. Los costos indirectos han sido calculados en 50 mil millones de dólares anuales. Cerca de 75% de las personas con esquizofrenia son incapaces de trabajar y están desempleados. La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales con mayor costo para la sociedad; por ejemplo, para los Estados Unidos durante el 2002, se ha hecho un estimado económico de alrededor de \$62.7 mil millones de dólares total (Saraceno 2002) .

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado a la esquizofrenia como un problema de salud pública, representando la octava causa de discapacidad en el mundo (Saraceno 2002).

Factores de riesgo

A lo largo de la vida la prevalencia oscila entre 0.6 y 1.9%, siendo la misma en hombres que en mujeres, pero difiriendo en el inicio y curso de la enfermedad. La edad de inicio es más temprana en hombres (15 a 25 años) que en mujeres (25 a 35 años).

En la actualidad se desconoce la causa de la esquizofrenia. Sin embargo, se ha propuesto como una enfermedad de origen multifactorial, resultado de la combinación de cierta susceptibilidad genética y diversos factores ambientales (Kirkbride, Fearon et al. 2006; Owen, Craddock et al. 2007).

Desde el punto de vista genético se ha tratado de relacionar *loci* específicos con la patología; en sus pruebas Lewis et al (Lewis, Levinson et al. 2003) encontraron una región del cromosoma 2 fuertemente asociada. Sin embargo, se encontraron más de 3000 genes implicados. Con historia familiar presente se ha encontrado un riesgo con una razón de momios (OR) de 10. En general los estudios son inconsistentes y no se ha visto relación con alguna región genómica en más de 4 de 27 muestras. En cuanto a los factores ambientales se ha identificado que su presencia aumenta el riesgo de presentar la enfermedad; estos son: daño obstétrico del sistema nervioso central (OR 7), depresión en el embarazo (OR 6.2), infección prenatal por rubéola (OR 5.3), hipoxia neonatal (OR 3), incompatibilidad de Rh (OR 2.8), preeclampsia (OR 2.6), nacimiento en ciudad (OR 1.6) y en invierno (OR 1.2) (Sullivan 2005).

Fisiopatología esquizofrenia y psicosis

El DSM IV define a la esquizofrenia como una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de fase activa (dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos como aplanamiento afectivo, alogia o abulia) (APA 2000)

Existen varias teorías acerca de la etiología de la esquizofrenia. La teoría principal es la dopaminérgica, la cual postula que los síntomas se deben a un aumento en la neurotransmisión de dopamina (Kapur 2003).

La dopamina es un neurotransmisor producido en áreas mesencefálicas específicas. Tiene una función prominente en los mecanismos y actividad cerebral involucrada en la anticipación. Se afirma que su liberación generalmente precede a la consumación del placer. Normalmente éste neurotransmisor se libera y da la característica atractiva o desagradable a cierto estímulo externo que resulta relevante y lo hace significativo para el individuo (Kapur 2003).

Se postula que antes de experimentar un episodio psicótico existe una liberación exagerada y no modulada de dopamina independientemente de la relevancia del estímulo externo; esto da lugar a la percepción sobrevalorada de ciertos acontecimientos o ideas en los pacientes. Es probable que la persistencia de este fenómeno sea la base para la construcción del “contexto delirante” de cada paciente y para la subsecuente construcción cognitiva aberrante secundaria a un intento de darle explicación a éstas experiencias, disminuyendo entonces la ansiedad que les provoca. Las alucinaciones, en este mismo concepto podrían ser representaciones de conceptos y memorias.(Kapur 2003).

Por otro lado se ha observado que al bloquear la acción del neurotransmisor no se alivian todos los síntomas de la psicosis y aunque con tratamiento los síntomas positivos disminuyen, los niveles de receptores y metabolitos de dopamina antes y después de tratamiento, muchas veces se han encontrado en parámetros normales. Durante los episodios psicóticos agudos se ha visto que muchas personas con esquizofrenia tienen ocupados los receptores de dopamina en diferentes regiones de los núcleos de la base (Freedman 2003).

Además de la dopamina se ha visto que existen otros neurotransmisores que participan en la fisiopatología de la enfermedad, tales como el glutamato, GABA y la serotonina). Freedman (2003) sugiere que las interneuronas inhibitorias se ven particularmente afectadas en la esquizofrenia, pues existe una reducción en su número, expresión enzimática, secreción de GABA, colecistocinina y somatostatina. Las interneuronas en la corteza cerebral regulan la liberación de glutamato y la excitación de las neuronas piramidales, por medio de receptores pre sinápticos GABA-inhibitorios. Una respuesta excesiva de las neuronas piramidales puede dar lugar a un episodio de psicosis.

Evolución del Concepto

El término “psicosis” es incorporado, por primera vez a la terminología psiquiátrica a mediados del siglo XIX. A principios de este siglo los términos “insania o locura” contenían el significado clínico y legal de lo que posteriormente sería conocido como psicosis (Berrios 1987).

Como concepto, la “insania” incluía toda clase de estados delirantes, acompañados por desorganización en la personalidad y el comportamiento; es hasta el siglo XIX cuando la patología “psicótica” empieza a centrarse en aspectos más relacionados con las alteraciones del pensamiento.

De cualquier forma, el concepto final de “psicosis” no parece haber sido forjado por la observación clínica ni por la sola teoría, al parecer fue moldeado sobre la psicopatología del delirium, una entidad clínica duradera que ha sobrevivido sin cambios radicales desde la Grecia antigua (Berrios 1987).

El delirium se definía como un conjunto de delirios, alucinaciones y alteraciones conductuales, en este punto las alteraciones del estado de conciencia todavía no eran

consideradas como parte de la entidad, por lo que era fácil de definir como “insania aguda”. No es coincidencia que los médicos de la época (alienistas) tratar de identificar en otro tipo de “insanias” los mismos cambios somáticos descritos en relación al delirium (ej. Incremento del pulso cardiaco o la respiración, cambios en la función intestinal o cambios en “la composición de la orina”). De hecho el concepto que precede de manera directa al termino de psicosis fue el de “delirium sin fiebre” (Berrios 1981).

Definiciones actuales de esquizofrenia y psicosis

Las alucinaciones y las ideas delirantes pueden aparecer en diferentes patologías psiquiátricas como depresión psicótica o manía delirante, en el contexto de un trastorno bipolar o por otro lado, en intoxicaciones por drogas estimulantes o alucinógenas, como efecto secundario de fármacos, en algunas enfermedades médicas (neurológicas, reumatológicas, etc.) y de manera muy característica en la esquizofrenia.

Se consideran trastornos psicóticos todos los trastornos mentales en los que existe pérdida de contacto con la realidad. El DSM IV (APA 2000) los define como la presencia de alucinaciones e ideas delirantes, con o sin la capacidad de introspección; alteración mental que interfiere de manera importante con la realización de las demandas cotidianas y afeción importante en la prueba de la realidad. Menciona como criterios diagnósticos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos.

El CIE-10 refiere como criterios generales en el diagnóstico de esquizofrenia: el eco, inserción, robo y difusión del pensamiento; ideas delirantes de control, influencia o pasividad; voces alucinatorias; otras ideas delirantes persistentes culturalmente

inapropiadas e imposibles; alucinaciones persistentes; rotura o interpolación en el pensamiento; conducta catatónica; síntomas negativos no causados por depresión o medicación y cambio en la conducta global y consistente.

En cuanto a las manifestaciones clínicas ningún síntoma o signo clínico es patognomónico de esquizofrenia, los síntomas cambian con el tiempo y se debe tener en cuenta el nivel educativo del paciente, su capacidad intelectual y el sustrato cultural de origen.

En la historia pre mórbida los pacientes, en muchas ocasiones han tenido una personalidad esquizoide o esquizotípica y se caracterizan por ser reservados, pasivos e introvertidos. Los síntomas pueden iniciar como quejas somáticas como dolor de cabeza, dolores musculares y de espalda, debilidad, problemas digestivos etc. El paciente comienza a mostrar interés por ideas abstractas, filosofía, lo oculto o cuestiones religiosas.

La esquizofrenia se caracteriza por una disrupción en la cognición y las emociones, afectando el lenguaje, pensamiento, percepción, afecto y percepción de uno mismo. Hoy en día los síntomas se dividen en positivos y negativos e incluyen alucinaciones, especialmente auditivas, de manera característica voces que comentan el comportamiento o los pensamientos, ideas delirantes de persecución, grandiosidad, religiosas o somáticas, neologismos, mutismo, la pérdida de asociaciones, deterioro de la atención, pobre contenido de pensamiento, poca capacidad de abstracción, problemas para relacionarse con la gente, aplanamiento afectivo, abulia, anhedonia, entre otros.

Métodos y escalas de diagnóstico

Ya que la sintomatología en la esquizofrenia puede ser subjetiva, es complicado evaluar la severidad y características de la enfermedad. A través de los años y desde la descripción de

Eugen Bleuler de las cuatro A's de la esquizofrenia; se han intentado diseñar distintas encuestas para la evaluación de los pacientes. Estas herramientas son de suma importancia ya que de la evaluación del paciente depende el tratamiento que se instaurará y el impacto en cada uno de los síntomas. Comúnmente estos métodos de evaluación están dirigidos a la presencia o ausencia de los síntomas (síntomas positivos y negativos) en lugar de evaluar las diversas dimensiones de los mismos. Instrumentos como el PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) (Kay, Fiszbein et al. 1987)(Apéndice B) han probado ser esenciales para la evaluación de la severidad de los síntomas incluyendo, de alguna manera distintas dimensiones, pero dando al final una escala unidimensional.

De manera específica la Escala del síndrome positivo y negativo (PANSS) (Kay, Fiszbein et al. 1987) es una escala que mide la severidad de los distintos síntomas presentes en la esquizofrenia, y permite evaluar los cambios en respuesta al tratamiento. Incluye 30 variables agrupadas en 3 subescalas: de síntomas positivos, de síntomas negativos y de psicopatología general. Tales variables son las siguientes; delirios, alucinaciones, desorganización conceptual, excitación, hostilidad, suspicacia, grandiosidad, afecto aplanado, falta de espontaneidad, retirada emocional, empatía limitada, retirada social apática, dificultades en el pensamiento abstracto, pensamiento estereotipado, preocupación, ansiedad, tensión, depresión, sentimientos de culpa, retraso motor, manierismos, falta de atención, evitación social activa, falta de juicio, alteración de la voluntad, falta de cooperación, contenido inusual de pensamiento, desorientación, deficiente control de impulsos, preocupación somática. Cada variable se califica de acuerdo a la severidad desde 1 igual a ausente, hasta 7, extremadamente severo. El punto de corte es 60.

Las diferencias entre las calificaciones positivas y negativas forman una escala compuesta que expresa el grado de predominancia de un síndrome sobre el otro. La PANSS tiene

criterios operacionales estrictos para conducir una entrevista clínica, definiciones específicas para cada uno de las 30 variables y criterios de calificación detallados para cada nivel de psicopatología.

El coeficiente alfa de Cronbach indicó una consistencia interna elevada de las subescalas: 0.73, 0.83 y 0.79 para las sub escalas positiva, negativa y general respectivamente. Los índices de confiabilidad en la prueba, re-prueba aplicada a pacientes que no remitieron su sintomatología durante un intervalo de 3 a 6 meses, fue de 0.80, 0.68, 0.60 0 para las subescalas positiva, negativa y de psicopatología general respectivamente (Kay, Fiszbein et al. 1987). Tiene una correlación elevada con el método de Andreasen para la valoración de síntomas positivos ($r= 0.77$) y síntomas negativos ($r=0.77$)(Kay and Opler 1987).

Aunque diferentes investigadores han dado evidencia de que los síntomas psicóticos comprenden múltiples dimensiones; éstas varían de un estudio a otro. Miller (Miller 1996) desarrolló una entrevista semi-estructurada que evalúa las alucinaciones en pacientes bajo tratamiento en 12 dimensiones valorando aspectos como frecuencia, duración, alteraciones del comportamiento, convicción y que tan predecibles pueden ser los síntomas psicóticos. En otro estudio (Carter, Mackinnon et al. 1995) se elaboró una entrevista para valorar la experiencia alucinatoria auditiva de 365 ítems, evaluando frecuencia, duración, forma, procesos cognitivos y cuestiones psicosociales relacionadas. Existen otras escalas como el Inventario de Maudsley para la Evaluación de las Ideas Delirantes, donde se examinan ocho dimensiones de la experiencia delirante como la convicción, la preocupación y la sistematización; o la escala de Jones & Watson (1997) que fue diseñada para evaluar ideas religiosas, paranoides, anoréxicas, etc.

Existe consenso en el hecho de que la psicosis es un fenómeno multidimensional. Las dimensiones, sin embargo han variado grandemente de un estudio a otro; son pocos los

factores que han permanecido de manera constante en los diversos abordajes. Dentro de las dimensiones más estables encontramos a la *convicción* (CO) que ha sido identificada en todos los estudios que utilizaron una aproximación multidimensional, la *preocupación cognoscitiva* (PC) que ha sido descrita por la mayoría (Appelbaum, Robbins et al. 1999) (Brett-Jones, Garety et al. 1987) (Eisen, Phillips et al. 1998) (Garety and Hemsley 1987) (Haddock, McCarron et al. 1999) (Kendler, Glazer et al. 1983; Peters, Joseph et al. 1999) (Peters, Joseph et al. 1999) (Wessely, Buchanan et al. 1993), el *impacto en la conducta* (IC), igualmente presente en la mayor parte de las escalas (Appelbaum, Robbins et al. 1999) (Brett-Jones, Garety et al. 1987) (Garety and Hemsley 1987) (Haddock, McCarron et al. 1999) (Wessely, Buchanan et al. 1993), el *compromiso emocional* con la experiencia psicótica (CE) incluido en algunas de ellas (Appelbaum, Robbins et al. 1999) (Haddock, McCarron et al. 1999) (Oulis, Mavreas et al. 1996) (Wessely, Buchanan et al. 1993) y finalmente la *perspectiva externa* (PE), definida como la visión que tienen los pacientes acerca de cómo los demás ven el fenómeno psicótico. Investigada por algunos autores (Brett-Jones, Garety et al. 1987) (Oulis, Mavreas et al. 1996; Appelbaum, Robbins et al. 1999) (Wessely, Buchanan et al. 1993).

DIPI (Dimensions of Psychosis Instrument)

Aunque las diferentes dimensiones pueden inferirse de literatura pre existente, no existía ninguna nomenclatura consistente o algún instrumento para medirlas. Por ejemplo el ítem de afecto de la Escala de Evaluación de Delirios de Maudsley (un ítem dicotómico) (Buchanan and Carpenter 1994) (Wessely, Buchanan et al. 1993) mide el compromiso emocional, mientras que “el compromiso emocional con la idea delirante” (un ítem

dimensional) evaluado en el Inventario de Ideación Personal (Personal Ideation Inventory PII) (Harrow, MacDonald et al. 1995) se refiere a la “preocupación” acerca de la idea, un constructo cognitivo. Los instrumentos utilizados para la medición de estas dimensiones tienen varias limitaciones; falta de propiedades psicométricas adecuadas (Chouinard and Miller 1999) (Garety and Hemsley 1987) (Jorgensen 1995) falta de objetividad en las mediciones o longitud muy extensa cuando son combinadas con las escalas de evaluación estandarizadas.

Pocos estudios longitudinales que han utilizado escalas dimensionales, han examinado la forma en la que los aspectos de la experiencia psicótica responden al tratamiento antipsicótico. Las pocas que lo han hecho, sugieren que la resolución de la psicosis está caracterizada por tiempos distintos de mejoría para cada dimensión explorada (Brett-Jones, Garety et al. 1987) (Harrow, MacDonald et al. 1995) (Jorgensen 1995). La mayoría de los estudios, sin embargo, se limitó a valorar las ideas delirantes y solo en uno (Mizrahi, Kiang et al. 2006) se siguió a los pacientes en tiempos estandarizados.

La intención del presente trabajo de investigación es validar en español en pacientes con patología psicótica de una población mexicana el Instrumento de las Dimensiones de la Psicosis (Dimensions of Psychosis Instrument, DIPI) (Mizrahi, Kiang et al. 2006).

Ésta es una encuesta semi-estructurada basada en un modelo multidimensional que comprende los 5 factores más frecuentemente vistos en la literatura para la caracterización de la experiencia psicótica.

Para la aplicación de la encuesta el entrevistador explora los detalles de la experiencia psicótica del paciente para determinar la alucinación o idea delirante primaria. Una vez

identificado el síntoma principal el entrevistador personaliza cada pregunta. El puntaje de cada pregunta va de 0 a 3 según la severidad. (Mizrahi, Kiang et al. 2006).

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Las dimensiones propuestas y medidas por el Instrumento de las Dimensiones de la Psicosis (DIPI), aplicado de manera transversal a un grupo de pacientes con un trastorno psicótico, ¿se agruparán de manera consistente en los cinco factores propuestos, tras la realización de un análisis factorial confirmatorio?

¿Se puede caracterizar de manera confiable a la experiencia psicótica en 5 dimensiones distintas (*convicción, preocupación cognoscitiva, impacto en la conducta, compromiso emocional y perspectiva externa*)?

¿Los niveles de confiabilidad y la consistencia del DIPI serán adecuados?

¿La puntuación del DIPI correlacionará de manera directa y tendrá un índice de correlación aceptable, con las puntuaciones de la PANSS?

JUSTIFICACIÓN

Entre otras cosas, el diseño de escalas de evaluación ha intentado hacer del abordaje de la psicosis un sistema diagnóstico confiable. Debido a esto, es que se han desarrollado instrumentos que incrementan la confiabilidad y validez del diagnóstico y que por lo tanto hacen más eficaz el tratamiento y la investigación relacionada.

Por otro lado, también se han creado evaluaciones que miden específicamente la severidad de los síntomas, incluyendo de alguna manera distintas dimensiones, pero dando al final una escala general y unidimensional (por ejemplo las puntuaciones de la PANSS).

A través del tiempo, se ha puesto poca atención en la naturaleza multidimensional de los síntomas psicóticos y de la respuesta o relación de los distintos dominios al tratamiento. Se puede decir que con el advenimiento de la terapia cognitivo conductual, como coadyuvante en el tratamiento de la psicosis, se ha puesto mayor atención en los síntomas presentes en cada dimensión, principalmente en términos de identificación de blancos terapéuticos y del tipo de respuesta en cada dominio.

Los instrumentos como la PANSS han probado ser esenciales para la evaluación de la respuesta global, sin embargo este tipo de escalas no fueron diseñadas para obtener la información completa o para medir la severidad de un síntoma en particular a través de diferentes dimensiones. Así, puede decirse que este tipo de evaluaciones no tienen la capacidad de monitorizar sutil y eficazmente los cambios en la severidad de los síntomas a través del tiempo y para recolectar la información de cómo varían los síntomas de las distintas dimensiones con el tratamiento. Estas limitaciones no solo son importantes para la evaluación de la respuesta a terapias psicológicas. Un mejor entendimiento de la

variabilidad de los síntomas en cada dimensión, es invaluable para hacer una medición de la respuesta y finalmente adaptar el tratamiento farmacológico a las necesidades particulares de cada paciente.

Varios investigadores han utilizado entrevistas y evaluaciones estructuradas con enfoque multidimensional, pero principalmente para explorar la naturaleza fenomenológica de los síntomas psicóticos y no como herramientas de evaluación de resultados o de respuesta.

La aproximación estandarizada en la evaluación y el monitoreo de los distintos dominios de la psicosis será esencial para generar información precisa que refleje los cambios dimensionales secundarios al tratamiento y para entender de manera más integral y profunda la experiencia por la que atraviesa un paciente con síntomas activos, en qué áreas se su realidad impactan con mayor fuerza y probablemente en qué tipo de fenómenos concentrar la intervención no farmacológica de la enfermedad.

Son necesarias escalas capaces de evaluar las distintas dimensiones del fenómeno psicótico, que permitan explorar adecuadamente y de la manera más objetiva y replicable posible los procesos psicológicos subyacentes que promueven la expresión de un síntoma en específico.

HIPÓTESIS

De la aplicación de un instrumento de evaluación, que tendrá propiedades psicométricas aceptables, se podrán extraer 5 dimensiones distintas que caractericen adecuadamente y expliquen un porcentaje importante de la varianza de la experiencia psicótica del paciente. Las dimensiones se agruparán adecuadamente en cinco factores tras la realización de un análisis factorial.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Validar en español el Instrumento de las Dimensiones de las Psicosis (Dimensions of Psychosis Instrument, DIPI), un instrumento corto, semi-estructurado y fácilmente aplicado cuya finalidad es evaluar en forma independiente 5 dimensiones distintas de la experiencia psicótica.

Objetivos específicos

- A) Confirmar la estructura de cinco factores (Convicción, percepción externa, preocupación cognitiva, emotividad e impacto en el comportamiento) de la DIPI mediante un análisis factorial
- B) Comprobar que el instrumento tiene índices adecuados de consistencia y confiabilidad.
- C) Examinar la validez concurrente de la DIPI con las puntuaciones de la PANSS.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio:

Se trató de un estudio observacional, transversal y analítico.

Población y muestra:

Se reclutaron un total de 60 pacientes, extraídos de la Unidad de Neuropsiquiatría o de la Clínica de Esquizofrenia de la consulta externa de Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Todos los sujetos firmaron el consentimiento informado y el estudio y los procedimientos de reclutamiento fueron aprobados por el comité de ética del Instituto.

Criterios de inclusión:

- Pacientes ambos sexos entre 15 y 65 años,
- Cumplieran con los criterios del DSM-IV-TR para un trastorno psicótico (esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o esquizoafectivo). Los pacientes fueron evaluados con la aplicación de la entrevista MINI (Sheehan, Lecrubier et al. 1998).

Criterios de exclusión:

- Pacientes incapaces de cooperar totalmente en la aplicación del Instrumento.
- Dependencia a alcohol u otras sustancias (excepto cafeína y nicotina)
- Enfermedad sistémica severa o descontrolada :
 - 1) Diagnóstico de enfermedad neurológica
 - 2) Falla hepática o renal

- 3) Enfermedades neoplásica, cardiovasculares o pulmonares.
- 4) Diabetes 1 o 2 descontrolada
- 5) Hipotiroidismo o hipertiroidismo descontrolados
- 6) Hipertensión arterial sistémica descontrolada etc.

Especificaciones del instrumento de medición

El Instrumento de las dimensiones de la psicosis (DIPI) (Mizrahi, Kiang et al. 2006) es un instrumento novedoso de 10 ítems, semi-estructurado, aplicado por un clínico, diseñado para evaluar la psicosis desde una perspectiva dimensional. Los ítems del DIPI se derivaron de una revisión de la literatura que provee diferentes dominios para el estudio del fenómeno psicótico, tal y como se describe en la introducción.

Antes de aplicar el DIPI, el clínico debe explorar los detalles de la experiencia psicótica de cada paciente, con el fin de determinar el complejo psicótico principal (por ejemplo, la principal experiencia perceptual y/o el principal complejo delirante). Una vez que el principal síntoma ha sido determinado junto con el paciente, las preguntas del instrumento serán adaptadas a este.

Los síntomas no solo incluyen ideas delirantes, también pueden incluir fenómenos alucinatorios; por ejemplo, si el paciente afirma que por medio de las voces en su cabeza, sabe que los vecinos quieren dañarlo, entonces toda la experiencia psicótica será evaluada a través de este complejo sintomático principal. El DIPI proporciona una estructura base para cada pregunta, ejemplo: ¿Qué tan seguro está acerca de ____? ¿Tiene alguna duda acerca de ello?. El entrevistador ajusta la pregunta para cada paciente relacionándola con el complejo sintomático principal identificado previamente.

Esto permite concentrarse en el principal complejo sintomático de los pacientes, en una forma individualizada. Las puntuaciones van de 0 a 3, siendo 3 la máxima severidad. La descripción del instrumento se da en el apéndice A.

Traducción de la escala y estudio piloto

Se realizaron tres traducciones del inglés al español de una versión de la DIPI con puntos de anclaje. Las traducciones fueron hechas por personas que tienen el español como lengua materna y que hablan y escriben fluidamente el inglés, estas fueron verificadas por un lingüista. En forma posterior, un comité conformado por tres clínicos con experiencia en evaluación y tratamiento de cuadros psicóticos, ajustó una versión preliminar teniendo como base las tres versiones traducidas. En la fase del estudio piloto participaron de nueva cuenta, tres clínicos expertos en entrevista psiquiátrica, quienes aplicaron la versión ajustada del instrumento a diez pacientes que recibían tratamiento intrahospitalario, con el fin de detectar dificultades en la aplicabilidad e interpretación de la escala. Finalmente, los autores junto con el comité ajustaron la versión definitiva, teniendo en cuenta las dificultades detectadas en la aplicación de la escala durante la prueba piloto. La versión final se tradujo del español al inglés con el fin de evaluar su concordancia con la escala original (back-translation).

Análisis factorial (análisis de contenido)

Se consideró adecuado incluir 60 pacientes en esta fase, dada la recomendación para el cálculo del tamaño de muestra para estudios factoriales, en donde se considera indispensable incluir a 5 sujetos como mínimo, por cada ítem que componga a la escala (Streiner 1994). El instrumento fue aplicado por dos clínicos expertos y se incluyeron

pacientes que recibían atención psiquiátrica por consulta externa u hospitalización y que cumplieron criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o esquizoafectivo. El diagnóstico fue confirmado por una entrevista psiquiátrica estructurada (MINI).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En todos los casos se firmó una carta de Consentimiento Informado por el paciente y por su familiar responsable. La aplicación de todas las evaluaciones clínicas siguió los estándares internacionales de manejo y estuvieron en concordancia con las Guías de Manejos Clínicos para pacientes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN). No existe conflicto con lineamientos internacionales bioéticos, por ejemplo la Declaración de Helsinki en su última versión (Edimburgo 2000). El protocolo fue revisado y aprobado por los comités de Investigación Clínica y bioética del INNN.

RESULTADOS

Análisis Estadístico

La descripción de las características demográficas y clínicas de los pacientes se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar para las variables continuas.

Para evaluar la validez de constructo del DIPI se realizó un análisis factorial confirmatorio mediante el método de componentes principales y rotación varimax. Todos aquellos reactivos con comunalidad mayor a 0.40 fueron incluidos en el análisis. La confiabilidad del DIPI fue evaluada mediante la consistencia interna, obtenida mediante el Alpha de Cronbach.

Adicionalmente se determinó la asociación lineal entre la gravedad sintomática y las puntuaciones del DIPI mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson. El nivel de significancia estadística se fijó con una $p < 0.05$.

Características demográficas de los pacientes

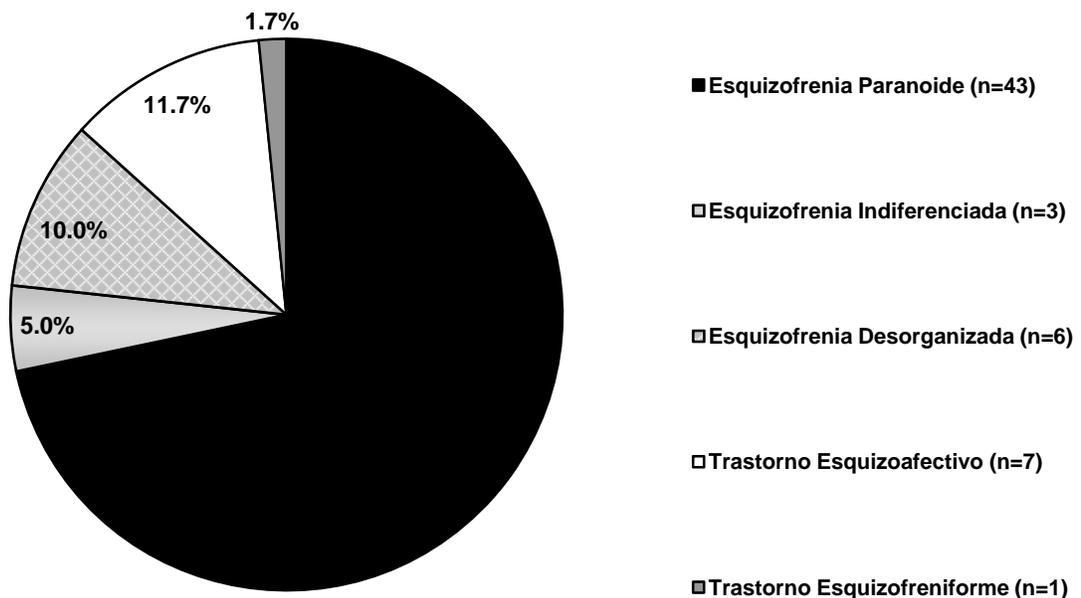
Se incluyeron un total de 60 pacientes, de los cuales el 63.3% (n=38) fueron hombres y el 36.7% (n=22) restante, fueron mujeres. La edad promedio de la muestra fue de 32.8 ± 13.3 años (rango 16-67 años). La mayoría de los pacientes se encontraba sin pareja al momento del estudio (n=49, 81.7%).

La escolaridad promedio de los pacientes fue de 10.9 ± 3.7 años (rango 3-19 años) equivalente al primer año de bachillerato. Un mayor porcentaje de pacientes se encontraba desempleados (n=21, 35.0%), seguidos por aquellos que tenían un empleo remunerado (n=16, 26.6%), los que se dedicaban a actividades del hogar (n=13, 21.7%) o al estudio (n=10, 16.7%).

Características clínicas de los pacientes

En relación a las características clínicas de la muestra, en la Gráfica 1 se muestra la distribución de los principales diagnósticos de los pacientes incluidos en el estudio.

Gráfica 1. Distribución diagnóstica



La edad de inicio del padecimiento fue a los 24.2 ± 8.5 años (rango 15-62 años) con un tiempo de evolución de 428.4 ± 542.1 semanas (rango 3-2808 semanas). Del total de los pacientes el 91.6% (n=55) han tenido hospitalizaciones psiquiátricas previas con un promedio de hospitalizaciones de 2.5 ± 2.3 hospitalizaciones (1-15 hospitalizaciones).

La mayoría de los pacientes se encontraba siendo tratado con antipsicóticos (n=47, 78.3%), mientras que los 13 pacientes restantes (21.7%) se encontraban sin tratamiento farmacológico.

Los principales antipsicóticos empleados en los pacientes incluidos en la muestra se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Tratamiento con antipsicóticos

Antipsicótico	n	%
Olanzapina	16	26.7
Risperidona	10	16.7
Haloperidol	5	8.3
Perfenazina	3	5.0
Quetiapina	2	3.3
Trifluoperazina	2	3.3
Clozapina	2	3.3
Sulpiride	2	3.3
Ziprasidona	1	1.7
Pipotiazina	1	1.7

Paliperidona	1	1.7
Flupentixol	1	1.7
Flufenazina	1	1.7
Sin tratamiento	13	21.7

Gravedad sintomática al momento del estudio

Los pacientes incluidos en el estudio fueron evaluados con la PANSS de 5 factores y la escala de Impresión Clínica Global (CGI). En la Tabla 2, se muestran las puntuaciones obtenidas en ambas escalas en términos de gravedad sintomática.

Tabla 2. Gravedad sintomática evaluada con la PANSS

	Media	D.E.
PANSS Positivo	24.9	6.8
PANSS Negativo	22.4	6.7
PANSS Cognitivo	19.4	5.8
PANSS Excitabilidad	8.9	3.6
PANSS Ansiedad/Depresión	10.2	2.6
PANSS Total	86.5	18.9
CGI	4.3	1.1

Análisis factorial del Instrumento de las Dimensiones de las Psicosis (DIPI).

Las puntuaciones promedio de las subescalas del DIPI fueron: subescala de convicción 3.8 ± 1.3 puntos (rango 0-5 puntos), subescala de percepción externa 2.5 ± 1.8 puntos (rango 0-6 puntos), subescala de preocupación cognitiva 3.8 ± 1.7 puntos (rango 0-6 puntos), subescala de emotividad 3.6 ± 1.6 (0-6 puntos) y la subescala de impacto en el comportamiento 2.5 ± 1.9 (rango 0-6 puntos). La puntuación total del instrumento fue de 16.2 ± 5.1 puntos (rango 2-29 puntos).

Los resultados de la matriz rotada de componentes principales con sus cargas factoriales se muestran en la Tabla 3. Para cada uno de los factores, se asignó un nombre descriptivo. El análisis de componentes principales explicó el 79.02% de la varianza total, siendo el factor de “impacto en el comportamiento” aquel que tuvo un mayor porcentaje de explicación de varianza.

Tabla 3. Cargas factoriales y dimensiones del DIPI

Reactivos	Factores				
	Impacto Comportamiento	Preocupación Cognitiva	Convicción	Emotividad	Percepción Externa
Reactivo 1	0.88				
Reactivo 2	0.87				
Reactivo 3		0.84			
Reactivo 4		0.86			
Reactivo 5			0.84		
Reactivo 6			0.85		
Reactivo 7				0.88	
Reactivo 8				0.76	
Reactivo 9					0.89
Reactivo 10					0.58
Valor Eigen	3.1	1.6	1.1	1.0	0.8
Varianza	31.5%	16.6%	11.3%	10.7%	8.7%

Confiabilidad del DIPI

Tras la obtención del análisis factorial del DIPI, se determinó la consistencia interna de los 5 factores y de la puntuación total del instrumento. El instrumento mostró una adecuada consistencia interna, con un alpha de Cronbach de 0.70.

De forma general, las dimensiones de impacto en el comportamiento, preocupación cognitiva y convicción mostraron adecuados niveles de confiabilidad, mientras que las dimensiones de emotividad y percepción externa mostraron valores inferiores de confiabilidad (Tabla 4)

Tabla 4. Consistencia interna de los factores del DIPI

Dimensiones del DIPI	Alpha de Cronbach
Impacto en el comportamiento	0.85
Preocupación cognitiva	0.74
Convicción	0.69
Emotividad	0.58
Percepción externa	0.45

Correlación del DIPI con la gravedad sintomática de los pacientes

En la Tabla 5 se muestra la correlación del puntaje total del DIPI y las 5 dimensiones de gravedad sintomática y la puntuación total de la PANSS.

Se observó una asociación lineal directa del puntaje total del DIPI y las subescalas y puntuación total de la PANSS.

Tabla 5. Correlaciones de la PANSS y el DIPI

Validez concurrente

	Puntuación total DIPI r (p)
PANSS Positivo	0.59 (<0.001)
PANSS Negativo	0.47 (<0.001)
PANSS Cognitivo	0.56 (<0.001)
PANSS Excitabilidad	0.50 (<0.001)
PANSS Ansiedad/Depresión	0.29 (0.02)
PANSS Total	0.69 (<0.001)

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue examinar la estructura de cinco factores de la escala dimensional de la psicosis y la validez concurrente de los factores en una muestra de pacientes con esquizofrenia.

El análisis de las características socio demográficas de nuestra población arrojó hallazgos similares a los reportados en la literatura. Se observó que la mayoría de los pacientes se encontraban desempleados (Marwaha, Johnson et al. 2007), con una escolaridad promedio de 11 años (Fresan, de la Fuente-Sandoval et al. 2005) y en su mayoría no tenían pareja.

Se ha reportado que la tasa de desempleo para paciente con esquizofrenia es de 70 a 90% (Marwaha, Johnson et al. 2007); en nuestra población este rubro muestra una tasa mucho menor, debido a que se consideró fuera de esta clasificación a aquellos que se dedicaban al trabajo en el hogar y a los pacientes que estudiaban. La combinación de estos porcentajes genera un total igual al reportado.

En la muestra predominó el sexo masculino, lo que es similar a los reportado en varios estudios, sin embargo otros reportan una frecuencia de 1:1 (Haas and Sweeney 1992) (Vazquez-Barquero, Cuesta Nunez et al. 1995; Bailer, Brauer et al. 1996).

En la literatura se muestra que la esquizofrenia se inicia más frecuente en la adolescencia y que la mayor parte de los sujetos la inician entre los 16 y 25 años, dato que correlaciona con nuestros resultados siendo la media de edad de adultos jóvenes (Angermeyer and Kuhn 1988).

En cuanto al diagnóstico sobresalió el número de pacientes que padecían esquizofrenia. Aunque no existe epidemiología clara en cuanto a trastorno esquizoafectivo y esquizofreniforme, estos datos pueden deberse al difícil diagnóstico de éstos trastornos por lo que no se diagnostica tan frecuentemente.

En el momento del estudio la mayoría de los pacientes estaban bajo tratamiento antipsicótico por lo que se encontraban estables; esto fue necesario para responder a la escala.

Nuestros resultados apoyan el modelo pentagonal propuesto en la DIPI, que explica el 79.02% de la varianza. Los factores identificados en nuestro estudio fueron Impacto en el comportamiento, preocupación cognitiva, convicción, emotividad y percepción externa. Los resultados muestran que la consistencia global de la DIPI es buena (alpha cronbach global de .70). Esto demuestra que la versión en español de la escala, captura en forma adecuada a las cinco dimensiones, tiene propiedades psicométricas aceptables.

El factor de impacto en el comportamiento contribuye de manera prominente a la varianza total explicada por el instrumento (31.5%). Este factor es de los reportados de manera más consistente en la literatura y escalas previas (Applebaum 1999, Haddock 1999), permanece relativamente estable a lo largo de estudios que abordan de manera dimensional al fenómeno psicótico. Más aún el alto porcentaje de contribución indica congruencia entre la observación clínica y la manera en la que los pacientes perciben alteraciones en su conducta resultantes de los síntomas psicóticos.

Su alta consistencia interna (alpha de Cronbach 0.85) sugiere que el impacto en el comportamiento es una dimensión homogénea.

La preocupación cognitiva fue la segunda en orden de importancia, su consistencia interna fue alta (alpha de Cronbach 0.74); la dimensión refleja que tan presente se encuentra, en los pensamientos del paciente, la idea delirante.

El tercer factor fue la convicción, esta contiene ítems que exploran el compromiso o que tan real considera el paciente a la idea delirante.

En cuanto a las dimensiones de emotividad y percepción externa encontramos menores niveles de consistencia y menor contribución a la varianza total explicada por la escala, siendo la percepción externa la que presentó menor correlación entre sus ítems (alpha de Cronbach 0.45).

Se probó la validez concurrente de la puntuación total de la DIPI con el modelo de cinco factores de la PANSS (Positivo, negativo, cognitivo, excitabilidad, ansiedad/depresión), siendo estadísticamente significativa con todos ellos.

La aproximación fenomenológica dimensional difiere, en varios sentidos, de las escalas disponibles y ampliamente utilizadas actualmente para el estudio de la psicosis (p.ej. PANSS).

En primer lugar, escalas como la PANSS, en su versión original, tratan de capturar de manera global el cuadro sintomático de los pacientes con esquizofrenia, dedicando una gran cantidad de reactivos a los fenómenos no psicóticos de la enfermedad, mientras que la DIPI se enfoca exclusivamente en la experiencia psicótica. Segundo, escalas como la PANSS han sido divididas en tres o hasta cinco factores distintos, sin embargo muchos de los análisis factoriales realizados colocan siempre a la psicosis en un solo grupo o dimensión. Más aún la manera en que se mide a la sintomatología puede confundir el contenido, el impacto y la severidad de síntomas psicóticos particulares.

En la mayoría de las escalas utilizadas se tiende a visualizar al fenómeno psicótico como un constructo unidimensional, entremezclando, por ejemplo, características como la severidad de los síntomas y su impacto en el comportamiento. Si bien esto puede resultar de utilidad para obtener puntajes acumulados y generales que determinen la severidad de la psicosis, no resultan útiles para conocer de manera detallada y específica las diferentes facetas (dimensiones) de la experiencia psicótica, lo cual brinda la posibilidad de enfocarse en varios marcadores o procesos que pueden ser usados para incrementar el entendimiento de la psicosis en sus distintas dimensiones, en conjunto con otras escalas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Angermeyer, M. C. and L. Kuhn (1988). "Gender differences in age at onset of schizophrenia. An overview." Eur Arch Psychiatry Neurol Sci **237**(6): 351-64.
2. APA (2000). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC, American Psychiatric Association.
3. Appelbaum, P. S., P. C. Robbins, et al. (1999). "Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses." Am J Psychiatry **156**(12): 1938-43.
4. Bailer, J., W. Brauer, et al. (1996). "Premorbid adjustment as predictor of outcome in schizophrenia: results of a prospective study." Acta Psychiatr Scand **93**(5): 368-77.
5. Berrios, G. E. (1981). "Delirium and confusion in the 19th century: a conceptual history." Br J Psychiatry **139**: 439-49.
6. Berrios, G. E. (1987). "Historical aspects of psychoses: 19th century issues." Br Med Bull **43**(3): 484-98.
7. Brett-Jones, J., P. Garety, et al. (1987). "Measuring delusional experiences: a method and its application." Br J Clin Psychol **26 (Pt 4)**: 257-65.
8. Buchanan, R. W. and W. T. Carpenter (1994). "Domains of psychopathology: an approach to the reduction of heterogeneity in schizophrenia." J Nerv Ment Dis **182**(4): 193-204.
9. Carter, D. M., A. Mackinnon, et al. (1995). "The development and reliability of the Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Schedule (MUPS): an

- instrument to record auditory hallucinatory experience." Schizophr Res **16**(2): 157-65.
10. Chouinard, G. and R. Miller (1999). "A rating scale for psychotic symptoms (RSPS): part II: subscale 2: distraction symptoms (catatonia and passivity experiences subscale 3: delusions and semi-structured interview (SSCI-RSPS)." Schizophr Res **38**(2-3): 123-50.
 11. Eisen, J. L., K. A. Phillips, et al. (1998). "The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity." Am J Psychiatry **155**(1): 102-8.
 12. Freedman, R. (2003). "Schizophrenia." N Engl J Med **349**(18): 1738-49.
 13. Frenk-Mora, J. (2005). Alucinaciones, delirio y paranoia, síntomas de esquizofrenia. S. d. Salud. Mexico.
 14. Frenk-Mora, J. (2005). "Alucinaciones, delirio y paranoia, síntomas de esquizofrenia." Comunicado de Prensa #341 de Secretaria de Salud, Mexico.
 15. Fresan, A., C. de la Fuente-Sandoval, et al. (2005). "[Sociodemographic features related to violent behavior in schizophrenia]." Actas Esp Psiquiatr **33**(3): 188-93.
 16. Garety, P. A. and D. R. Hemsley (1987). "Characteristics of delusional experience." Eur Arch Psychiatry Neurol Sci **236**(5): 294-8.
 17. Haas, G. L. and J. A. Sweeney (1992). "Premorbid and onset features of first-episode schizophrenia." Schizophr Bull **18**(3): 373-86.
 18. Haddock, G., J. McCarron, et al. (1999). "Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS)." Psychol Med **29**(4): 879-89.

19. Harrow, M., A. W. MacDonald, 3rd, et al. (1995). "Vulnerability to delusions over time in schizophrenia and affective disorders." Schizophr Bull **21**(1): 95-109.
20. Jorgensen, P. (1995). "Recovery and insight in schizophrenia." Acta Psychiatr Scand **92**(6): 436-40.
21. Kapur, S. (2003). "Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia." Am J Psychiatry **160**(1): 13-23.
22. Kay, S. R., A. Fiszbein, et al. (1987). "The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia." Schizophr Bull **13**(2): 261-76.
23. Kay, S. R. and L. A. Opler (1987). "The positive-negative dimension in schizophrenia: its validity and significance." Psychiatr Dev **5**(2): 79-103.
24. Kendler, K. S., W. M. Glazer, et al. (1983). "Dimensions of delusional experience." Am J Psychiatry **140**(4): 466-9.
25. Kirkbride, J. B., P. Fearon, et al. (2006). "Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study." Arch Gen Psychiatry **63**(3): 250-8.
26. Knapp, M., R. Mangalore, et al. (2004). "The global costs of schizophrenia." Schizophr Bull **30**(2): 279-93.
27. Lambert, T. J., N. Cock, et al. (2003). "Measurement of antipsychotic-induced side effects: support for the validity of a self-report (LUNSERS) versus structured interview (UKU) approach to measurement." Hum Psychopharmacol **18**(5): 405-11.

28. Lewis, C. M., D. F. Levinson, et al. (2003). "Genome scan meta-analysis of schizophrenia and bipolar disorder, part II: Schizophrenia." Am J Hum Genet **73**(1): 34-48.
29. Magliano, L., A. Fiorillo, et al. (1998). "[Family burden in schizophrenia: effects of socio-environmental and clinical variables and family intervention]." Epidemiol Psichiatr Soc **7**(3): 178-87.
30. Marwaha, S., S. Johnson, et al. (2007). "Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany." Br J Psychiatry **191**: 30-7.
31. Miller, L. J. (1996). "Qualitative changes in hallucinations." Am J Psychiatry **153**(2): 265-7.
32. Mizrahi, R., M. Kiang, et al. (2006). "The selective effect of antipsychotics on the different dimensions of the experience of psychosis in schizophrenia spectrum disorders." Schizophr Res **88**(1-3): 111-8.
33. Oulis, P. G., V. G. Mavreas, et al. (1996). "Formal clinical characteristics of delusional beliefs." Psychopathology **29**(4): 201-8.
34. Owen, M. J., N. Craddock, et al. (2007). "The genetic deconstruction of psychosis." Schizophr Bull **33**(4): 905-11.
35. Peters, E. R., S. A. Joseph, et al. (1999). "Measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory)." Schizophr Bull **25**(3): 553-76.

36. Saraceno, B. (2002). "The WHO World Health Report 2001 on mental health." Epidemiol Psichiatr Soc **11**(2): 83-7.
37. Sheehan, D. V., Y. Lecrubier, et al. (1998). "The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10." J Clin Psychiatry **59 Suppl 20**: 22-33;quiz 34-57.
38. Streiner, D. L. (1994). "Figuring out factors: the use and misuse of factor analysis." Can J Psychiatry **39**(3): 135-40.
39. Sullivan, P. F. (2005). "The genetics of schizophrenia." PLoS Med **2**(7): e212.
40. Vazquez-Barquero, J. L., M. J. Cuesta Nunez, et al. (1995). "The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings." Acta Psychiatr Scand **91**(3): 156-62.
41. Wessely, S., A. Buchanan, et al. (1993). "Acting on delusions. I: Prevalence." Br J Psychiatry **163**: 69-76.

APÉNDICE A

Escala de las Dimensiones de la Psicosis (DIPI)

1. ¿Qué tan seguro está usted acerca de X, tienen alguna duda de ello?, ¿está seguro de que es cierto?
 0. El paciente está completamente seguro de que X es falso.
 1. El paciente cree que X es falso, pero considera que hay una pequeña posibilidad de que sea cierto.
 2. El paciente cree que X es cierto, aunque existe algún elemento de duda.
 3. El paciente está completamente seguro de que X es cierto y no hay elemento de duda.
-
2. ¿Algunas veces piensa que X es cierto, pero después piensa que, en realidad, es parte de una enfermedad?
 0. El paciente no cree más en X, y lo considera como parte de una enfermedad psiquiátrica.
 1. El paciente no cree en la mayor parte de X, pero cree que pudo haber sido cierto, aun cuando él/ella reconoce estar sufriendo una enfermedad psiquiátrica que implica psicosis.
 2. El paciente sostiene fuertemente a X y no lo considera como parte de una enfermedad psiquiátrica.
-
3. ¿Sus familiares o amigos consideran a X como algo extraño o inusual?
 0. Completamente
 1. Moderadamente
 2. Levemente
 3. No en lo absoluto

4. Si le contáramos su historia a otra persona, ¿Usted piensa que esta le creería?

0. Ninguna o esta persona, creería ninguna parte de ella.
1. Algunas o esta persona, creerían solo una parte de ella.
2. La mayoría de la gente o esta persona creería la mayor parte de ella.
3. Todos o esta persona, creerían toda la historia.

5. ¿En la última semana, que tan seguido ha pensado acerca de X?

0. Nunca
1. Ocasionalmente
2. Frecuentemente
3. Siempre

6. ¿Esta X muy presente en sus pensamientos o se encuentra, digamos, en “la parte trasera u oculta” de ellos? ¿Encuentra difícil poner a X fuera de sus pensamientos? ¿Usted se distrae por X cuando está tratando de hacer algo más?

0. No en lo absoluto
1. X se encuentra ahí, pero esta en “la parte trasera” de los pensamientos del paciente
2. X se encuentra muy presente en los pensamientos del paciente pero es posible, con esfuerzo, ponerla fuera de ahí.
3. X esta todo el tiempo muy presente en los pensamientos del paciente e interfiere con todas sus actividades.

7. ¿X lo hace sentir triste, deprimido, enojado, asustado, preocupado o feliz? ¿Qué tanto?

0. No en lo absoluto
1. Levemente
2. Moderadamente
3. Completamente

8. ¿X es emocionalmente significativo para usted? ¿X afecta su estado de ánimo?

0. No en lo absoluto
1. Levemente
2. Moderadamente
3. Completamente

9. ¿En la última semana, ha hecho algo en particular debido a X? ¿Qué tan seguido?

0. Nunca
1. Ocasionalmente
2. Frecuentemente
3. Siempre

10. ¿En la última semana, X lo ha detenido para hacer alguna cosa? ¿Qué tan seguido?

0. Nunca
1. Ocasionalmente
2. Frecuentemente
3. Siempre

Apéndice B

PANSS

1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
Escala positiva (PANSS-P)	Puntuación directa:			Percentil:			
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
Escala negativa (PANSS-N)	Puntuación directa:			Percentil:			
	1	2	3	4	5	6	7
Escala compuesta (PANSS-C)	Puntuación directa:			Percentil:			
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos/posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de <i>insight</i>	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
Psicopatología general (PANSS-PG)	Puntuación directa:			Percentil:			
	1	2	3	4	5	6	7

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

**Versión en Español
5.0.0 DSM-IV**

**EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M.
Sheehan** University of South Florida, Tampa

**FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J.
P. Lépine** Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto
University of South Florida, Tampa Asesores de
traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

△ **Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.**

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

**MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview,
MINI)**

Nombre del paciente: _____ Número de protocolo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Hora en que inició la entrevista: _____ Nombre del entrevistador: _____ Hora en que terminó la entrevista: _____ Fecha de la entrevista: _____ Duración total: _____

<i>Módulos</i>	<i>Período explorado</i>	<i>Cumple los criterios</i>	<i>DSM-IV</i>	<i>CIE-10</i>
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)		299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante		296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)		296.20-296.26 episodio único	F32.x
			296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)			
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)		300.4	F34.1
	Riesgo: leve moderado alto			
D EPISODIO MANÍACO	Actual		296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado			
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual		296.80-296.89	F31.8- F31.9/F34.0
	Pasado		300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)			
	De por vida		300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual			
G FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	Actual (último mes)		300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)		300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)		309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses		303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses		305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses		304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses		304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida		295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual		297.3/293.81/293.82	

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se han realizado estudios de validez y de confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos que requieren unas respuestas de sí o no.

PRESENTACIÓN:

La MINI está dividida en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos) se presentan en un **recuadro gris** una o varias preguntas «**filtro**» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

CONVENIOS:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (➔) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «**NO**» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

Frasas entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse SÍ en la MINI. La MINI Plus tiene preguntas que exploran estos problemas.

: