

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

MAESTRIA CIENCIAS DE LA SALUD  
CAMPO SALUD MENTAL PÚBLICA

**CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y SU ASOCIACIÓN CON LA  
DISCAPACIDAD Y LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN  
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA**

ALUMNO

**ZAYRA BERENICE URIBE ZAMORA**

TUTOR

**DR. MARCELO VALENCIA COLLAZOS**

CO- TUTOR

**DRA. CORINA BENJET**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

<b>Resumen .....</b>	<b>3</b>
<b>I. Introducción.....</b>	<b>4</b>
<b>II. Marco Teórico.....</b>	<b>5</b>
A. Esquizofrenia .....	5
B. Conciencia de enfermedad .....	15
C. Discapacidad .....	25
D. Sintomatología depresiva .....	31
<b>III. Antecedentes .....</b>	<b>33</b>
A. Antecedentes de conciencia de enfermedad .....	33
B. Antecedentes de discapacidad .....	35
C. Antecedentes de sintomatología depresiva .....	37
<b>IV. Planteamiento del problema .....</b>	<b>38</b>
<b>V. Justificación .....</b>	<b>39</b>
<b>VI. Metodología.....</b>	<b>41</b>
<b>VII. Resultados.....</b>	<b>45</b>
<b>VIII. Discusión.....</b>	<b>56</b>
<b>IX. Conclusiones .....</b>	<b>65</b>
<b>X. Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>66</b>
<b>XI. Anexos .....</b>	<b>70</b>

## RESUMEN

**Introducción:** La falta de conciencia de enfermedad es un aspecto común en la esquizofrenia, y se ha relacionado con un peor pronóstico. El objetivo del presente trabajo es estudiar el nivel de conciencia de enfermedad que tienen los pacientes con esquizofrenia y su asociación con la discapacidad, sintomatología depresiva, así como con variables clínicas y sociodemográficas.

**Método:** Se seleccionaron 67 pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos que cumplieran con los criterios de inclusión. Se evaluó su nivel de conciencia de enfermedad, su sintomatología depresiva y su nivel de discapacidad con: la Escala de valoración de la no conciencia de los trastornos mentales (SUMD), la Escala de Calgary para la depresión en esquizofrenia (CDS) y la Escala para evaluar la discapacidad (WHO-DAS II).

**Resultados:** Los resultados obtenidos indican que la escolaridad, el diagnóstico y el nivel de sintomatología depresiva se relacionan con el nivel de atribución en los síntomas individuales (conciencia de enfermedad) donde aquellos pacientes con un nivel de escolaridad de secundaria tuvieron una menor conciencia de enfermedad; una atribución alta de la enfermedad se relaciono con un mayor número de síntomas depresivos, y finalmente, aquellos pacientes con un diagnóstico esquizoafectivo tuvieron una alta conciencia de enfermedad.

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que una parcial conciencia de enfermedad es común en estos pacientes lo cual contrasta con la idea tradicional de que las personas con esquizofrenia no tienen conciencia de enfermedad. Además los participantes tuvieron mayor conciencia de su enfermedad global que de sus síntomas particulares. La atribución que hacen de sus síntomas se relaciona con su sintomatología depresiva pero no con su nivel de discapacidad. Se necesita investigaciones posteriores para evaluar sus relaciones con otras variables.

## INTRODUCCION

La esquizofrenia, es una enfermedad incurable que genera un deterioro progresivo y que ocupa el séptimo lugar de las enfermedades que generan mayor discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 1998). Debido a su cronicidad, quienes la padecen, no sólo tienen que lidiar con la sintomatología denominada sintomatología positiva en el caso de alucinaciones y delirios y sintomatología negativa como la anhedonia o el aplanamiento afectivo propia de la esquizofrenia, sino con la discapacidad que esta genera en todas sus áreas (OMS, 2003), la ausencia de conciencia sobre la enfermedad (David, 1990) y la presencia de sintomatología depresiva (Addington, Addington & Shissel, 1990; Addington, Addington, Tyndale & Joyce, 1992).

En general, en los pacientes con esquizofrenia, existe un intenso desagrado y una reducida capacidad para las relaciones estrechas (APA, 1994, 2001). Necesitan tomar medicamentos de por vida, pero también, tienen que luchar con los efectos secundarios de estos, con la adherencia al tratamiento, con las recaídas y las rehospitalizaciones (Valencia et al., 2003).

Las características clínicas propias de la esquizofrenia, dificultan las relaciones familiares y, en conjunto con la sintomatología depresiva, aumentan el aislamiento social de estos pacientes, lo que se traduce en un mayor deterioro en su funcionamiento social ya que, interfiere con su funcionamiento laboral, escolar así como en su funcionamiento en el propio hogar (OMS, 2003; Norholm & Bech, 2006). Así, la sintomatología depresiva aumenta el nivel de estrés y se convierte en un factor adicional de angustia, tanto para el paciente como para su familia, llegando a considerarse como un factor precipitante de la exacerbación de la sintomatología psicótica y de las rehospitalizaciones (Rascón, et. al., 1997). Aunado a esto, el desgaste que se da en la familia es mayor, pues se encuentra también la carga oculta de estigma y discriminación, así como la evaluación negativa que se tiene de una enfermedad como la esquizofrenia. Aún más, los pacientes con esquizofrenia, parecen tener dificultades en la percepción, pues muchas veces, no se dan cuenta de lo que sucede con ellos, y no distinguen entre los síntomas propios de su enfermedad y su realidad. Finalmente, se sabe que la mayoría de los pacientes con esquizofrenia, presentan un episodio de depresión mayor durante el curso del padecimiento, lo que les genera mayor discapacidad en todas las áreas de su funcionamiento, mayor cronicidad, mayor deterioro cognitivo y además, se asocia con un peor pronóstico general (Drake, Pickles, Bentall, et. al., 2004; Apiquian, Fresán, Ulloa, et. al., 2001).

## MARCO TEORICO

*"Tengo algo que no me deja estar en la realidad y me distrae, creo que tiene que ver con el cambio de Alemania a Argentina. Como si fuera algo que me tapara los ojos y yo estoy como en el aire y voy caminando y no puedo ver las cosas como cuando era chica. Ahora no puedo entender lo que me pasa, hay una cosa que me hace caminar lento, rápido, como si estuviera en un puente que no termina, como si hubiera un vidrio y yo quiero salir de ese vidrio. Ver las cosas como veía antes y poder disfrutarlas. En la escuela me siento más o menos. Todos los días me siento así, como en un vidrio, como polvos o pequeñas cosas que me contienen y no me dejan ver bien. Muy pocas veces puedo romperlo y me vuelvo a encerrar, como un pimpollo de flor que se abre y se cierra, pero se queda cerrado".*

*Paciente con esquizofrenia*

### **Esquizofrenia**

La esquizofrenia es un padecimiento crónico, altamente incapacitante y debilitante. Se caracteriza principalmente, por la presencia de sintomatología psicótica, sintomatología negativa, déficit cognitivo y dificultades en el funcionamiento psicosocial y familiar (APA, 1994, 2001). Es el carácter incapacitante de la esquizofrenia, el causante de las discapacidades en la vida diaria de quien la padece ya que, estos pacientes, pueden permanecer largos periodos de tiempo sin realizar ningún tipo de actividad, encerrados en su habitación, sin buscar y rechazando cualquier tipo de contacto social y, al carecer de asertividad, cuando se enfrentan a problemas interpersonales son incapaces de generar respuestas verbales apropiadas (Jarne, 2000).

Debido a su naturaleza multifactorial, en el proceso de la esquizofrenia intervienen aspectos biológicos, psicológicos y sociales. De manera adicional a los aspectos biológicos, es necesario investigar los factores psicosociales, ya que se ha documentado que estos juegan un papel importante sobre todo en la evolución de la enfermedad (Valencia, Ortega- Soto et al., 2004; Valencia, Rascón & Quiroga; 2003). Se sabe que estos factores psicosociales discapacitan e impiden que el paciente pueda cumplir con una serie de demandas impuestas por la sociedad con respecto a ser un individuo productivo, socialmente integrado, con vínculos afectivos y significativos, y con relaciones familiares satisfactorias. Es así, que la discapacidad en los pacientes con esquizofrenia, afecta áreas tales como el área personal, el área social, el área ocupacional, el área de pareja y el área familiar (Valencia, Ortega-Soto, Rascón & Gómez, 2002).

Por ejemplo, el paciente muchas veces se encuentra discapacitado en actividades tan sencillas como el uso de transporte, la resolución de operaciones o el comprometerse en actividades recreativas, lo que conlleva una carga considerable para los cuidadores de estos pacientes. No obstante, se ha encontrado que aquellos pacientes que reciben un tratamiento integral (farmacológico y servicios clínicos comunitarios) con un mínimo de tres meses, reducen hasta en un 70% el nivel de discapacidad (Srinivasa, Murthy et. al., 2005).

Es importante mencionar, la enorme discapacidad que sufren estos pacientes, debido a la sintomatología psicótica propia de la esquizofrenia, y el déficit cognitivo que se va dando por su cronicidad y curso progresivo, pero también, cómo todo ello tiene repercusiones en su conciencia de enfermedad. Otro elemento importante a considerar, es la posible ausencia de conciencia de enfermedad en estos pacientes. Ésta, se puede entender como parte de su distorsión psicótica de la realidad ya que, el término psicosis, hace referencia a perder contacto con la realidad; es una ruptura con ésta, con entender cuáles son los acontecimientos que se viven día a día, y cuales pertenecen a su propia enfermedad, y a la necesidad de tratamiento.

Finalmente, la presencia de alucinaciones auditivas, visuales, y con menor frecuencia, olfativas, ocasiona que quién la padece pierda por momentos, el contacto con su realidad tangible, y por el contrario, se ve inmerso en pensamientos y delirios propios de la historia de cada paciente. Cuando el paciente se encuentra en una fase aguda, no reconoce que es lo que está sucediendo a su alrededor, no distingue entre sus delirios y su realidad, no se ubica en dimensiones de tiempo y espacio, y mucho menos, atribuye estas conductas delirantes a su propio padecimiento.

### Características clínicas

La esquizofrenia presenta una sorprendente variedad de síntomas: desde las alucinaciones y la conducta delirante, hasta el aislamiento social. Estos, afectan toda la gama de habilidades que caracterizan el comportamiento humano, la cognición, la emoción, la percepción, el pensamiento, el lenguaje, la voluntad y hasta la capacidad creativa.

A nivel mundial, existe un consenso sobre las principales características clínicas de la esquizofrenia, el DSM-IV menciona: sintomatología positiva, sintomatología negativa, déficit cognitivo, pensamiento y comportamiento desorganizado (APA, 2001; Vahia & Cohen, 2008; Cullberg, 2006; Csernansky, 2002).

### *Sintomatología Positiva*

Son los síntomas más reconocidos, que se asocian con la sintomatología psicótica, y que se componen de distorsiones de la percepción y del pensamiento. En un inicio, no se encuentran presentes sino hasta la manifestación de la enfermedad. Hacen referencia a la exageración o desorganización de las funciones existentes en los pacientes, en comparación con el resto de la gente. Entre los más frecuentes se encuentran los delirios y las alucinaciones. En la esquizofrenia, los delirios y las alucinaciones pueden llegar a convertirse en fijaciones permanentes, e individualmente, son síntomas de primer grado de enfermedad (APA, 2001).

Los delirios son ideas falsas en las que el paciente cree firmemente, y están relacionados con la interpretación errónea de la percepción o de la experiencia, y representan un grave deterioro en la percepción de la realidad. Algunos ejemplos son:

A. Delirios de referencia: El paciente cree que las cosas corrientes y casuales tienen un significado especial. Algunos pacientes creen que los acontecimientos que tienen lugar a su alrededor están relacionados directamente con ellos. Por ejemplo, pueden pensar que el comentarista del clima en la televisión les esté mandando mensajes especiales (transmisión del pensamiento) o que alguien le está poniendo pensamientos en el cerebro (inserción de pensamiento). Cuando el paciente cree que sus pensamientos son conocidos o compartidos por otros, pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas sobrenaturales capaces de influir a menudo de manera bizarra, en sus actos y pensamientos.

B. Delirios paranoicos: Son las ideas de que se les está persiguiendo. Las personas que padecen estos delirios, creen que se les está constantemente acosando o que están en peligro. Tienen estos temores aunque no existan pruebas que respalden sus creencias. A menudo, los pacientes con delirios paranoicos viven con miedo y ansiedad constante. Por ejemplo, puede que teman comer algo que no está empaquetado, ya que creen que otras personas están tratando de envenenarlos, o no responder a preguntas porque el gobierno de cierto país los está espiando y no quieren verse inmersos en temas políticos.

C. Delirios somáticos: Son las ideas de que algo anda terriblemente mal en su cuerpo. Algunos pacientes, tienen la creencia de tener algo grave en su cuerpo, aunque estén sanos y el médico les refiera que no puede encontrar ningún problema de salud. Por ejemplo, puede que crean que alguien les ha extirpado el corazón y lo ha reemplazado



con máquinas que funcionan con computadoras, o que su cabeza estalla por las noches y sus ojos van muriendo.

D. Delirios de grandeza: Los pacientes creen que controlan el tiempo, el movimiento de los planetas o que son Dios u otro ser importante digno de ser adorado. En ocasiones, las personas creen que pueden volar o que son inmunes al peligro y esto los lleva a tener consecuencias trágicas (APA, 2001; Csernansky, 2002).

Por su parte, las alucinaciones son percepciones o sensaciones exclusivamente experimentadas por el paciente y no por otras personas, siendo el resultado de la agudeza extrema de los sentidos. Son muy parecidas a lo que ocurre en los sueños, pero se presentan cuando la persona está alerta y despierta. Los diferentes tipos de alucinaciones son:

1. Alucinaciones auditivas: son las que con mayor frecuencia experimentan estos pacientes, y se refieren a oír voces o sonidos que otros no oyen. Generalmente, la escucha de estas voces son de referencia, de daño, de amenaza, de insultos y en muy pocos casos, temas referentes a chistes o cosas graciosas (Torrey, 1995). Por ejemplo, el paciente con esquizofrenia puede referir que oye voces de sus compañeros de la escuela de secundaria riéndose de él y diciendo que es un tonto, o le pueden decir que deje de tomarse las pastillas, que se aviente de un tercer piso, o que se haga daño con un cuchillo.

2. Alucinaciones visuales: son cuando el paciente ve cosas que otras personas no ven. Pueden ser visiones o imágenes no específicas, o pueden ser visiones completamente formadas de personas, animales u objetos.

3. Alucinaciones relacionadas con el tacto o el olfato: las alucinaciones del tacto incluyen la sensación de que hay algo en su piel, por ejemplo, los pacientes a menudo refieren insectos. Las alucinaciones olfativas a menudo son sensaciones de olores desagradables. Estas alucinaciones son menos frecuentes que las alucinaciones auditivas o visuales, pero pueden presentarse. Las percepciones distorsionadas de partes del cuerpo que se han desprendido, el desfiguramiento, la noción del propio cuerpo fundiéndose con otro, o el encontrarse el paciente afuera de su propio cuerpo, etc... son alucinaciones comunes que generan un sentido alterado de sí mismo en la esquizofrenia (Torrey, 1995).

Finalmente, los síntomas positivos son una gran distracción dado que pueden interferir a la hora de realizar un trabajo o hacer la tarea de la escuela, es decir, interfieren con su atención. El paciente sólo puede prestar atención a ellos, por lo que todas sus demás actividades quedan de lado. Por ejemplo, los delirios pueden generar cierta dificultad para poder relacionarse con otras personas, sobre todo en pacientes cuyos delirios son de paranoia. Además, su pensamiento se caracteriza por ser vago, con ideas repetitivas de tipo delirantes como por ejemplo, las ideas de querer ser controlado, de estar influenciado por alguien más, o ideas de pasividad o con contenido religioso, donde los pacientes pueden creerse capaces de controlar el mundo o algún suceso específico (Vahia & Cohen, 2008; Cullberg, 2006).

### *Síntomas negativos*

Fue en relación con la esquizofrenia que los síntomas negativos con los escritos de Bleuler (1911) quedarían "Muchos esquizofrénicos...con sus rostros inexpresivos, desafectados, la imagen de la indiferencia. Ellos permiten ser vestidos y desvestidos como autómatas, ser acostados en su sitio de descanso y permanecer inactivos en el desorden total, y volver allí sin ninguna expresión ni signo de satisfacción o insatisfacción..." De un modo similar, Kraepelin (1919) comentaba que sus "pacientes habían perdido toda inclinación independiente para el trabajo o la actividad; se sentaban como perezosos, haciendo hacia sí, problemas por nada, si ir a trabajar, indiferentes a las obligaciones más urgentes, más allá; que ellos eran capaces de desarrollar actividades en una forma propia si eran estimulados externamente.

Los síntomas negativos reflejan la pérdida de los atributos que eran parte de la personalidad del paciente antes de enfermarse, una verdadera pérdida de función. Se manifiestan al comienzo y en la fase residual de la enfermedad. Éstos, son los aspectos a largo plazo que presentan mayor dificultad para manejarse, tanto para el paciente como para la familia (APA, 2001). Por ejemplo, las personas con esquizofrenia quieren tener amigos o ser activos, sin embargo, su sintomatología negativa no les permite realizar esas actividades pues con frecuencia, se presenta una pérdida de motivación o de funcionamiento, es decir, una pérdida de habilidades en diversas áreas. Algunos de los síntomas negativos más comunes son:

A. Aplanamiento afectivo: La persona no muestra sentimientos, existen una pérdida de la capacidad de evaluar el estado emocional de otras personas (incapacidad de sentir empatía) (Torrey, 1995). Los pacientes que presentan este síntoma no se

ríen con las bromas, ni muestran tristeza si se les comunica por ejemplo, la muerte de un amigo. En apariencia, el paciente con esquizofrenia, no manifiesta emociones.

- B. Apatía: la persona no tiene ganas de hacer nada y tiene muy poca energía. El esquizofrénico no realiza acciones pragmáticas no por falta de voluntad (es decir, no le falta capacidad de ejecución) sino por falta de interés. Un ejemplo común podría ser alguien que se queda en la cama todo el día aunque no tenga sueño. El paciente no tiene ganas de salir a algún lado, no le interesa, no está motivado. Esto puede resultar muy frustrante para la familia ya que el paciente podría pasar como alguien con “pereza” o que la persona no pone mucho esfuerzo para hacer las cosas. Cabe mencionar que la apatía, reiteradamente descrita en la literatura de la psicopatología esquizofrénica, suele confundirse con el síndrome amotivacional por tener características similares sin embargo, son dos aspectos distintos. Por un lado, el síndrome amotivacional, se define como un estado de pasividad e indiferencia, que se caracteriza por una disminución generalizada de las capacidades cognitivas, sociales e interpersonales, debido al consumo excesivo de cannabis (Gold, 1991) en dosis altas y por un periodo no menor a los seis meses. La sintomatología característica de este síndrome se compone por un estado crónico de letargo, falta de motivación, labilidad emocional y volitiva, aislamiento, introversión, conformismo, indiferencia ante los estímulos del medio ambiente, falta de interés por el cuidado personal; y a su vez, disminución de la concentración, la atención, la memoria, la capacidad de cálculo así como disminución de la capacidad de hacer juicios, y finalmente, se caracteriza por una falta de interés en las cosas (apatía). La persona se vuelve apática, pierde energía e interés en las cosas, suele ganar peso y da la apariencia de ser extremadamente perezoso (Reilly & Didcott, 1998). Por ejemplo, un muchacho que antes de consumir marihuana era sociable y extrovertido, se convierte en un individuo aislado, solitario y ensimismado. Se aísla sobre todo de la familia, con la que deja de comunicarse; empieza a cambiar su forma de vestir, se vuelve descuidado y desaseado, sus atuendos frecuentemente son estafalarios o bizarros.
- Por el otro, la apatía es un síntoma negativo de la esquizofrenia, y hace referencia a la falta de motivación para comportamientos dirigidos hacia un objetivo (APA, 2001). Así como los demás síntomas negativos, tiene un continuum generando un deterioro social, laboral y físico en el paciente, lo cual a su vez influye en que este tenga un menor logro educativo y un empeoramiento de la calidad de vida.

- C. Anhedonia: La persona no siente placer. Pareciera que el paciente no siente nada, como si se encontrara bajo los efectos de una anestesia emocional. Por ejemplo, el paciente no tiene una actividad o un programa de televisión favorito y no está interesado en divertirse.
- D. Abulia: Existe una incapacidad para iniciar y persistir en las actividades planeadas, demuestra escaso interés por participar en actividades laborales y sociales.
- E. Alogia: Los pacientes muestran un escaso uso del lenguaje, no existe una fluidez en él, más bien, es de tipo lacónico, y sus respuestas generalmente, son vacías, y puede llegar a la falta de coherencia en la comunicación.
- F. Aislamiento social: Existe una incapacidad para relacionarse con otras personas, el paciente no se muestra interesado en tener amigos ni en las relaciones sociales. El paciente con esquizofrenia, frecuentemente se caracteriza por el aislamiento social que experimenta, el que quiera estar sólo, el que no tolere que la gente lo toque o que lo vea, sobre todo cuando sus delirios tienen que ver con ideas de paranoia o ideas de referencia y, esto a su vez, repercute de manera negativa en su funcionamiento global al igual que todos los demás síntomas negativos (APA, 2001; Cullberg, 2006; Csernansky, 2002).

### *Déficit cognitivo*

El déficit cognitivo es de tipo orgánico. Va afectando paulatinamente al individuo y con el transcurso de los años, la capacidad intelectual del paciente se ve disminuida. Incluye desde procesos elementales como la simple atención hasta procesos más complejos como el pensamiento abstracto y la resolución de problemas de alto grado. Lo que usualmente suele pasar en el paciente con esquizofrenia, es que debido al mismo trastorno, el paciente tiene una dificultad enorme para poder pensar con claridad, debido a la característica principal de los síntomas psicóticos. El paciente, no puede clasificar los estímulos que recibe ni sintetizar los mensajes visuales, auditivos y emocionales para formar un conjunto coherente, muchos tienen dificultad para concentrarse y no pueden ver películas ni programas de televisión donde hay que seguir simultáneamente las imágenes, el sonido, la trama, etc... (Torrey, 1995). Este déficit cognitivo, repercute invariablemente en la capacidad de aprender.

Algunos de los síntomas que se presentan debido a este déficit son:

- Dificultad para concentrarse: al paciente le cuesta mucho trabajo prestar atención, fijarse y concentrarse. Por ejemplo, el paciente no puede seguir actividades que ante los demás aparecen como sencillas pero que a ellos se les dificultan, como el relato de un programa de televisión, la lectura de un libro, o simplemente, seguir una conversación.
- Dificultad para aprender cosas nuevas: al paciente le cuesta trabajo asimilar la información nueva o adquirir nuevas habilidades. Un ejemplo es cuando el paciente, aunque estudie algo una y otra vez, no logre entenderlo.
- Dificultad para planificar bien las cosas: al paciente se le dificulta poder planear y pensar de antemano, por ejemplo, el decidir qué pasos se deben tomar para realizar un trabajo, o cuando el paciente desee cocinar algo, se le dificulta el poder deducir todos los ingredientes (Savla, Moore & Palmer, 2008; Csernansky, 2002).

#### *Pensamiento y comportamiento desorganizado*

El pensamiento desorganizado se refiere a la desorganización y discontinuidad dando como resultado un discurso fragmentado e ilógico y una conducta extremadamente desorganizada. Existen dos síntomas característicos de este tipo de pensamiento: trastorno en la forma y trastorno en el contenido. En general, se caracteriza por la desorganización y desviación, el pensamiento concreto, la pérdida de asociaciones, deterioro de la lógica, revoltijo de palabras, neologismos, pobreza en el contenido del lenguaje y habla lenta (Csernansky, 2002).

El comportamiento desorganizado puede ir desde reacciones infantiles e inapropiadas, hasta una agitación imprevisible. El paciente experimenta problemas en conductas relacionadas a objetivos específicos, y un gran número de dificultades para ejecutar tareas cotidianas. Además, su comportamiento puede ser clasificado como desequilibrado por los demás, pues no es extraño que el paciente haga muecas o gestos de desagrado, o incluso se agite, grite o insulte. Por un lado, sus conductas pueden ser bizarras y con agitación, se muestran como personas impulsivas sexual y agresivamente. Por el otro, muchas veces muestran un comportamiento catatónico como la rigidez, el letargo o el mutismo.

Es frecuente que sus movimientos seas repetitivos o estereotipados. Sus gestos y posiciones anormales, sus obsesiones o compulsiones, y su ecolalia (repetición de lo que otros dicen) sólo tienen lógica y significado para el paciente por lo que sus conductas se clasifican como extrañas o inadecuadas para los demás. En la mayoría

de los casos, su apariencia se ve afectada pues se muestran como personas desaliñadas con vestimenta excéntrica (APA, 2001).

De acuerdo con el DSM-IVTR (APA, 2001) los criterios diagnósticos para esquizofrenia son:

Criterio A. Síntomas característicos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos. Deben presentarse al menos por un mes, y con un síntoma es suficiente.

Criterio B. Disfunción social o laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, interpersonal, académico o laboral.

Criterio C. Duración: Los signos continuos de la alteración deben durar al menos seis meses, donde al menos un mes, deben presentarse síntomas que cumplan el criterio A, y puede incluir los periodos de síntomas prodómicos y residuales.

Criterio D. Se debe excluir de los trastornos esquizoafectivo y del estado del ánimo.

Criterio E. Se debe excluir del consumo de sustancias y de una enfermedad médica.

Criterio F. Se debe relacionar con un trastorno generalizado del desarrollo sólo si las alucinaciones o ideas delirantes se mantienen al menos un mes.

### Prevalencia, costo y carga global

De acuerdo con la OMS (2003) se calcula que a nivel mundial 24 millones de personas padecen de esquizofrenia y, aproximadamente, entre 121 y 150 millones de personas padecen depresión. Se ha estimado que el 60% de los pacientes con esquizofrenia presentan un episodio de depresión mayor durante el curso del padecimiento, y que existe entre un 20% y un 70% de incidencia de depresión en las personas que padecen de esquizofrenia (Apiquian, Loyzaga, Cruz, et. al., 1997; Dollfus, Petit & Menard, 1993).

En México, en el año 2000, considerando la población en riesgo de padecer esquizofrenia, que es de los 15 a los 65 años, se realizó un cálculo aproximado tomando en cuenta la información disponible del Consejo Nacional de Población, de este modo se estimó que su prevalencia es del 1% ( 619,550 personas hasta 1 millón 239,101 personas) (Valencia, 2001). En cuanto a la prevalencia de la depresión en la

esquizofrenia, los porcentajes son similares a aquéllos a nivel mundial, aproximadamente un 60% de los pacientes con esquizofrenia sufren de depresión en México (Apiquían, Fresán, Ulloa, et. al., 2001).

Los costos económicos y sociales de la sintomatología depresiva asociada a la esquizofrenia, recaen en la sociedad, los pacientes, sus cuidadores y familias. El problema económico más obvio es el de los costos directos del tratamiento debido a la cronicidad propia de la esquizofrenia, y también, porque los síntomas depresivos provocan un mayor número de recaídas y rehospitalizaciones a lo largo de la vida del paciente. Se sabe que los costos directos que genera el tratamiento de la esquizofrenia varían entre los 16 billones de dólares en E.U.A. y 1.4 billones de libras en el Reino Unido. Los costos económicos indirectos surgen sobretodo de la pérdida del trabajo y de la disminución de la productividad entre las personas que padecen esquizofrenia, sus cuidadores y sus familias. Por ejemplo, en los E.U.A., los costes indirectos de tratamiento fueron estimados en 17.1 billones de dólares, mientras que en el Reino Unido las cifras correspondientes fueron de 1.2 billones de libras (Knapp, 1997 en OMS, 2003).

Por su parte, en México, los costos directos de tratamiento tienden a ser inferiores que en los países desarrollados, principalmente, por la falta de tratamientos. Los costos indirectos de tratamiento que son atribuidos al incremento de la duración de la esquizofrenia al no ser tratada y a la discapacidad asociada, probablemente, representan una gran proporción del total de la carga económica de los trastornos mentales (Ferr, Chisholm, Ommeren & Prince, 2004). Se ha informado que la mayoría de los familiares, consideran como excesivo el costo económico, es decir, el gasto en medicamentos y su manutención, que genera el tener un paciente con esquizofrenia en la familia. Sobre los costos de los tratamientos psicoeducativos, se sabe que implican un alto costo en economía, tiempo y esfuerzo para quiénes están a su cargo (Rascón, Martínez, López & Reyes, 1997) pues la finalidad de un tratamiento psicoeducativo es la de proveer a los familiares y cuidadores, los conocimientos y herramientas necesarias para poder ayudar al paciente, a evitar el deterioro progresivo de sus capacidades cognitivas, y principalmente, de que puedan enseñar a su familiar a adquirir habilidades básicas, como el bañarse y vestirse solo, para vivir el día a día.

Con respecto a la carga emocional que genera el tener en la familia un miembro con esquizofrenia y sintomatología depresiva, se ha informado que entre los principales problemas se encuentran: la irritabilidad, angustia, problemas del sueño, sentimientos de culpa, enojo, frustración y resentimiento por parte de los cuidadores (Rascón et. al., 1997). Por otro lado, el impacto social que se genera por la presencia de sintomatología depresiva en estos pacientes, afecta de manera eminente a la familia y a sus cuidadores ya que, se ha reconocido que la presencia comórbida de ambos trastornos, produce más dificultades a nivel familiar. No sólo en términos de cuidado, sino, de una disminución en la calidad de vida del paciente y las personas que se encuentran a su alrededor (OMS, 2003).

Tanto en los países de altos ingresos como en los de bajos ingresos, la estigmatización de las personas con esquizofrenia ha persistido a lo largo de la historia. Se manifiesta en forma de prejuicios, estereotipos, miedo, vergüenza, pánico, rechazo o evitación (OMS, 2003). Por ejemplo, es común la discriminación que ejercen otras familias o la comunidad sobre la familia por tener un miembro con esquizofrenia y, también es común, la discriminación a nivel intrafamiliar, cuando algún integrante no acepta al enfermo, lo rechaza y lo discrimina, negando así el apoyo emocional tan necesario para el paciente (Valencia, 2007).

Añadido a todo lo anterior, la alta prevalencia de la sintomatología depresiva en la esquizofrenia, se asocia con una disminución en la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico, lo que conlleva a un mal pronóstico, mayor cronicidad, y un deterioro cognitivo en estos pacientes (OMS, 2003; Norholm & Bech, 2006).

### **Conciencia de enfermedad**

El “insight” es un término anglosajón que corresponde al término alemán “Einsicht” cuya traducción al español es difícil. Los vocablos españoles que se han utilizado para referirse a conductas relacionadas con lo que la palabra inglesa “insight” suele designar son: “conciencia de enfermedad”, “adherencia al tratamiento”, “cumplimiento del tratamiento”, e incluso el término psicoanalítico “negación”, ya sea de la propia enfermedad, de un conflicto o de un síntoma en concreto.

En el área de Salud Mental, se puede hablar sobre conciencia de enfermedad, donde ésta, es parte indiscutible de debate, cuando se trata de establecer un diagnóstico o



de proponer un tratamiento adecuado. Sin embargo, la forma en cómo se conciba a sí mismo el paciente, puede ser el mayor obstáculo para iniciar cualquier ayuda posible, más aún, si su conciencia le dicta que él es quien está “bien”. Es conveniente explorar la conciencia de realidad que tiene el paciente de los principales síntomas de la enfermedad, la capacidad de integrar las diferentes manifestaciones del trastorno en un concepto más o menos preciso de enfermedad, así como la necesidad percibida de recibir tratamiento y la conciencia sobre los efectos benéficos del mismo.

Dependiendo de la postura teórica que se tome, la conciencia de enfermedad se puede enmarcar dentro de diversos niveles comenzando por la negación total de la enfermedad; el tener una ligera conciencia de estar enfermo, la conciencia de estar enfermo pero culpando a los demás, a factores externos, biológicos u orgánicos; la conciencia de que la enfermedad se debe a algo desconocido, la conciencia intelectual donde el paciente admite que está enfermo, y que sus síntomas y discapacidad social, se deben a sus propios sentimientos irracionales y particulares sobre sus trastornos, pero sin aplicar este conocimiento a las experiencias futuras; y finalmente, la conciencia emocional, donde se establece una conciencia clara con contenido emocional de los motivos y sentimientos de la significación subyacente de los síntomas.

#### *Etiología sobre los modelos de insight (Conciencia de enfermedad)*

A lo largo de los últimos cien años, se han propuesto diferentes modelos etiológicos para explicar el insight en la psicosis. En primer lugar, se encuentra el modelo que contempla la falta de insight como un síntoma más de la psicosis relacionado con la propia naturaleza del trastorno, es decir que sea parte de la sintomatología propia de la esquizofrenia (Cuesta & Peralta, 1994; Collins, Remington, Coulter & Birkett, 1997); el modelo neuropsicológico que explica la falta de conciencia como resultado directo de un déficit en los sistemas que registran la percepción consciente y que se relaciona con el deterioro cerebral que se da en la esquizofrenia (Goldberg & Barr, 1991 in Larøi, Barr & Keefe, 2004), y finalmente, está el modelo psicológico donde se entiende la falta de conciencia como una defensa psicológica o como una estrategia de afrontamiento cuyo objetivo es la preservación del yo del sujeto (Lally, 1989; McGlashan & Carpenter, 1976). Sin embargo de acuerdo con Amador & Kronengold (2004), dentro de la literatura científica han predominado dos aproximaciones: la primera de ellas, y la más antigua, es la falta de insight como defensa psicológica, y la segunda, más contemporánea, la falta de insight como un déficit neuropsicológico.

### *Ausencia de insight como un síntoma de la esquizofrenia*

Se ha propuesto que la ausencia de insight puede ser un síntoma de la esquizofrenia con tres posibles vertientes. La primera hipótesis, indica que esta ausencia de insight en los pacientes no es sino un síntoma primario independiente de la esquizofrenia, esto es, sería una característica clínica (Cuesta & Peralta, 1994). La segunda posibilidad es que la ausencia de insight sea parte de los síntomas positivos (Van, Crumpton & Yale, 1976). Al respecto, Mintz y cols. (2003) encontraron una relación moderada estadísticamente significativa entre el incremento de la sintomatología positiva y la disminución en el insight, lo cual no es evidencia suficiente para tomar por verdadera dicha hipótesis. Una tercera teoría, supone una relación entre los síntomas de conducta y pensamiento desorganizado con la ausencia de insight ya que, al no tener la capacidad de abstraer y hacer comparaciones, el paciente con esquizofrenia carece de un concepto de coherencia y normalidad de su exterior lo que conlleva a una ausencia de insight (Collins et. al., 1997). Por último, está la hipótesis que plantea que la ausencia de insight forma parte de la sintomatología negativa, donde la ausencia se puede explicar como una retirada de la capacidad mental para comprender las propias experiencias del mundo. Aunque existe evidencia acerca de esta asociación en el estudio de Mintz y cols. (2003), sus hallazgos no tienen la fuerza estadística suficiente para corroborar la hipótesis.

### *Ausencia de insight como déficit neuropsicológico*

Una de las teorías con mayor atención, es aquella que sugiere que la ausencia de insight está relacionada con una disfunción en el lóbulo frontal. Propone la existencia de un sistema de monitoreo erróneo compuesto por: 1) la representación interna de un resultado deseable; 2) la retroalimentación sobre el resultado; y 3) la comparación entre el resultado deseado y la retroalimentación sobre el resultado obtenido (Goldberg & Barr, 1991 in Larøi, Barr & Keefe, 2004).

Por ejemplo, uno de los trastornos del lóbulo frontal que se relacionan con la falta de insight es la agnosia auto-noética. Ésta, se refiere a la incapacidad de identificar los eventos mentales autogenerados. Algunos de los síntomas de este trastorno son las alucinaciones, delirios, y la falta de insight, dado que el insight, incluye la capacidad del individuo de verse a sí mismo con exactitud en el contexto del mundo externo, así como de poder moverse sin confusión entre las perspectivas externas e internas. Además, bajo esta perspectiva, se ha propuesto que la ausencia de insight se da a diferentes niveles: global o específico (de ciertos síntomas o discapacidades). El paciente no sólo puede carecer de insight sobre la severidad de los síntomas, sino también puede carecer de la habilidad para tomar la perspectiva de observador de él

mismo. Así, tanto las alucinaciones, los delirios, como la falta de insight, son una ruptura en el flujo mental de la conciencia, dando como resultado una alteración para poder identificar correctamente los eventos generados internamente de aquellos generados externamente (Larøi, Barr & Keefe, 2004).

#### *Ausencia de insight como defensa psicológica*

Finalmente, esta la teoría que sugiere que la falta de insight es un mecanismo de afrontamiento adaptativo. Osakute, Ciesla, Kasckow y cols. (2008) han indicado que la falta de insight es un acto de autoprotección o un medio para afrontar las dificultades que conlleva el tener una enfermedad como la esquizofrenia. Por ejemplo, se ha identificado una relación entre la depresión post-psicótica y la negación de la enfermedad como defensa primitiva. El paciente, al darse cuenta de las circunstancias trágicas en las que se encuentra por su enfermedad, es más propenso a la depresión (McGlasahn & Carpenter, 1976).

Dado la complejidad de la naturaleza de la ausencia de insight, es difícil aceptar sólo una teoría y descartar las otras. Por ello, se siguen realizando investigaciones que ayuden y aporten mayores elementos para llegar a un consenso. Además la relación entre el insight y otros síntomas de la esquizofrenia, aún es confusa.

#### Modelos de conciencia de enfermedad

Marková & Berrios (1995), propusieron que la conciencia de enfermedad “insight” supone “un subtipo de autoconocimiento relativo a la enfermedad y a las consecuencias de ésta, en relación con el mundo” y han clasificado a las distintas maneras de concebir el “insight” en dos grandes grupos:

- Categorical: la conciencia de enfermedad es vista como un fenómeno todo- nada, o bien, descrita como presente o ausente. Algunas investigaciones la categorizan de esta manera dificultando así su valoración (WHO, 1973; Wilson, 1986). Sin embargo, esta clasificación categórica no explora la complejidad en que algunos pacientes pueden reconocer un síntoma pero no otro, como por ejemplo, reconocer el deterioro de las relaciones sociales y no reconocer la anhedonia como un síntoma de su enfermedad.
- Continuo (dimensional): la conciencia de enfermedad se concibe como un fenómeno mental continuo, situándose cada paciente en punto dentro de una

escala unidimensional que va desde la plena conciencia de enfermedad hasta su ausencia absoluta.

Dando un paso adelante dentro de estas formas de concepción de la conciencia de enfermedad como un fenómeno categórico o continuo, cabe otra clasificación en función de la forma de concebir dicho fenómeno (Amador & Kronengold, 2004):

- Modelo unitario: Se concibe la conciencia como una función mental homogénea.
- Modelo multidimensional: Se entiende la conciencia de enfermedad como una función mental compleja, con distintos componentes que en caso de deterioro, explicarían también conductas dispares. Quienes adoptan esta postura (en su mayoría), entienden la conciencia de enfermedad como algo multifactorial.

En la práctica clínica diaria se aprecian situaciones muy variadas, como ciertas conductas de los pacientes relacionadas con su manera de apreciar en sí mismos los cambios producidos por la enfermedad, y que pueden ser atribuidas a un supuesto déficit de conciencia de enfermedad. A partir de su heterogeneidad, se puede entender la necesidad de utilizar métodos continuos y multidimensionales. Por ejemplo, pacientes que niegan sufrir enfermedad mental alguna, que niegan cualquier cambio en ellos ocasionado por una supuesta enfermedad, y que niegan la necesidad de ayuda o de tratamiento. Es el caso más extremo de todos, y el que suele definirse como ausencia completa de conciencia de enfermedad.

#### *Dimensiones de conciencia de enfermedad*

En general, existen dos modelos multidimensionales con los que se evalúa la conciencia de enfermedad. Por un lado, David (1990) propuso un modelo que se compone de tres dimensiones: conciencia de tener una enfermedad, conciencia de re-etiquetar los síntomas psicóticos como síntomas patológicos, y el rechazo del tratamiento (David, 1990). Y por el otro, Amador y cols. (1993, 1994) establecieron las siguientes dimensiones: conciencia de tener un trastorno, conciencia de los efectos del tratamiento y la conciencia de las consecuencias sociales del trastorno (Amador et. al., 1993; Amador et. al., 1994). Es así que en la esquizofrenia, la conciencia de enfermedad se refiere a darse cuenta de tener un trastorno mental, a darse cuenta de la necesidad de los tratamientos y darse cuenta de las consecuencias sociales del trastorno, pero también, hace referencia a la capacidad para reconceptualizar o re-etiquetar los síntomas psicóticos que presenta el paciente como patológicos o realizar una atribución adecuada de los mismos.

Sin embargo, existe un modelo más complejo que los dos anteriores, que es aquél propuesto por Marková y Berrios (1992) quienes definen a la conciencia de enfermedad como : “el grado de conciencia y comprensión que el paciente tiene de que está enfermo” y se compone de: la aceptación de la necesidad de hospitalización, la aceptación de estar sufriendo una enfermedad mental, la percepción de los cambios sufridos en uno mismo, la percepción de control sobre la situación, la percepción de los cambios sufridos en el entorno, y el deseo de entender la situación en la que el propio paciente se encuentra. Es decir, no sólo abarca el auto-conocimiento del propio individuo sobre la condición que le afecta, sino también en términos de cómo su condición o enfermedad afecta su interacción con el mundo (Marková, Roberts, Gallager, 2003).

#### *Definición de conciencia de enfermedad*

Existen muchas definiciones y modelos a seguir para el estudio de la conciencia de enfermedad, sin embargo, para fines de este estudio, se tomo aquella de Amador y cols. (1991) quienes propusieron el término “Unawareness” para el estudio de la no conciencia de enfermedad en los trastornos mentales, definiéndolo como “la falla del individuo para reconocer la presencia de un déficit o signo específico de la enfermedad, aún cuando un examinador lo confronta a ello”.

#### *Evaluación de la conciencia de enfermedad*

Las escalas más frecuentemente utilizadas han mostrado altos niveles de correlación y, por tanto, presentan validez concurrente, dejando ver que se trata de un fenómeno que, aunque parcialmente, puede ser medido y replicado. A continuación, se describen brevemente las principales escalas desarrolladas para medir la conciencia de enfermedad (Amador & Kronengold, 2004):

#### *Insight and Treatment Attitudes Questionnaire, ITAQ (Mc Evoy, 1981)*

El cuestionario sobre conciencia de enfermedad y actitudes hacia el tratamiento de la conciencia es una entrevista semiestructurada con 11 ítems. Cada ítem puntúa de 0 (no conciencia) a 2 (buena conciencia). El cuestionario incluye un análisis del reconocimiento de trastorno mental (los primeros 5 ítems) y de las actitudes respecto a la medicación, a la hospitalización y el seguimiento psiquiátrico. Esta escala está especialmente indicada en los estudios de cumplimiento del tratamiento antipsicótico.

#### *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (Amador, Strauss & Yale, 1993)*

La escala de valoración de la no conciencia de los trastornos mentales (SUMD, Amador et. Al., 1993) es una entrevista semiestructurada con 20 ítems que analizan la conciencia de enfermedad global, la conciencia respecto a la enfermedad y la atribución respecto a los síntomas. Esta escala incluye tres puntuaciones para la conciencia global: 1) conciencia general de tener una enfermedad mental, 2) necesidad de tratamiento psiquiátrico y 3) consecuencias sociales de la enfermedad. Se evalúan en dos distintos momentos: la enfermedad en el pasado y en la actualidad.

#### *Schedule for the Assessment of Insight & Schedule for the Assessment of Insight-R*

Inicialmente, esta escala constaba de 7 preguntas (Schedule for the Assessment of Insight, SAI; David, 1990) y de 12 en la segunda y última versión SAI-R (Kemp & David, 1997). Evalúa la conciencia de enfermedad, la capacidad de reconocer experiencias psicóticas y el cumplimiento del tratamiento. La versión extensa incluye ítems con respecto a los problemas secundarios a la enfermedad y a los síntomas clave.

#### *Insight Scale, (Beck, 2004)*

La escala para evaluar conciencia: Insight Scale, IS (Beck, 2004) es una escala que consta de 30 ítems, basada en un concepto heptadimensional de la conciencia de enfermedad. Sin embargo, su aplicación, no es susceptible a todos los pacientes, dado que exige un esfuerzo cognitivo por parte del paciente, así como de que el paciente tenga cierto nivel cultural.

#### *Conciencia de enfermedad y Esquizofrenia*

La esquizofrenia es un trastorno en el que los individuos experimentan toda una constelación de síntomas que incluyen, entre otros, una disfunción en la interpretación de las percepciones (síntomas positivos y negativos, que habitualmente se solapan), déficits cognitivos y disfunciones emocionales (Vahia & Cohen, 2008; Cullberg, 2006). Muchos pacientes, no tienen conciencia de la naturaleza del trastorno que padecen, ni de sus síntomas, ni de sus consecuencias sociales, ni de la necesidad de tratamiento.

La cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSMIV- TR (APA, 2001) se refiere a la conciencia de enfermedad en la esquizofrenia con la siguiente aseveración: *“la mayoría de los pacientes con esquizofrenia tienen un pobre insight respecto al hecho de padecer el trastorno. Las pruebas sugieren que el*

*pobre insight es más una manifestación de la enfermedad que una estrategia de afrontamiento de la misma”.*

Los estudios realizados a este respecto estiman que entre el 50 y el 80% de los pacientes con patología esquizofrenica no creen padecer ningún tipo de trastorno mental (Amador, Strauss, Yale & Gorman, 1991). La mayoría de ellos solo aceptan el tratamiento por la presión de su familia y de sus amigos. Otros pacientes, si bien pueden entender que sus experiencias psicóticas son auténticos síntomas, no aceptan que éstas obedezcan a una enfermedad mental ni que se precise de un tratamiento.

En los últimos 20 años se ha producido un desarrollo exponencial de la investigación, tanto sobre el concepto de conciencia de enfermedad en la esquizofrenia, como en lo referente a su evaluación. Además, se han explorado las relaciones de ésta con la psicopatología, la neuropsicología, el cumplimiento del tratamiento y el pronóstico de la esquizofrenia. En este sentido, son múltiples los estudios que han abordado la relación entre la conciencia de enfermedad y la psicopatología esquizofrénica, y más en particular, entre la falta de conciencia y los síntomas positivos, negativos y depresivos. En la mayor parte de dichos estudios se hipotetiza una correlación significativa entre la conciencia de enfermedad y la gravedad de la psicopatología global, positiva y negativa, mientras que se destaca una correlación positiva entre la conciencia de enfermedad y la gravedad de los síntomas depresivos. Sin embargo, los resultados no han sido concluyentes (Amador & Kronengold, 2004).

#### *Conciencia de enfermedad y sintomatología positiva*

En lo referente a la relación entre la conciencia de enfermedad y los síntomas psicóticos, los resultados de las investigaciones han sido ambiguos: mientras que algunos autores no encuentran una asociación entre ésta y los síntomas positivos, otros señalan que tan sólo algunos de los síntomas positivos: el delirio, los trastornos del pensamiento y la desorganización conceptual se asocian con una conciencia de enfermedad más baja (Amador & Kronengold, 2004).

Mintz, Dobson & Romney (2003), en un meta-análisis de 40 estudios realizados entre 1992 y 2001 sobre conciencia de enfermedad y psicopatología en la esquizofrenia, encontraron que cuanto menor es el “insight” de los pacientes más importantes es la psicopatología positiva que padecen. Esta asociación se observa entre todas y cada una de las dimensiones de la conciencia analizadas: conciencia de padecer una enfermedad mental, conciencia de las consecuencias sociales de la enfermedad,

conciencia de la necesidad de tratamiento, conciencia de los síntomas y atribución de los síntomas a la enfermedad. Por tanto, la asociación es consistente. Una explicación para esta consistencia radicaría en la propia definición de los síntomas positivos, específicamente, las alucinaciones y de los delirios. Por definición, estos dos tipos de síntomas implican una notable falta de conciencia de enfermedad. Cuando los delirios son graves, los pacientes clásicamente desarrollan creencias erróneas, por lo general basadas en una mala interpretación de las percepciones. Así, para estos pacientes es difícil entender que las alucinaciones son la consecuencia de la enfermedad que padecen y tienden a atribuir las a la realidad. Sin embargo, aunque la asociación fue estadísticamente significativa, no así su fuerza de asociación, la cual, fue moderada por lo que, no es evidencia suficiente para afirmar que existe una relación entre ambas.

La falta de conciencia de enfermedad puede estar asociada a la gravedad de las alucinaciones y delirios. Es posible, y así se observa a veces en la práctica clínica, que una vez que el episodio psicótico se resuelve, y los síntomas positivos se atenúan, los pacientes son más precisos en la interpretación de sus percepciones, pueden pensar con mayor claridad, por tanto, son más conscientes del trastorno que padecen, y secundariamente, de la necesidad de recibir tratamiento, aunque, la conciencia de enfermedad se adquiere sobre experiencias pasadas (Cuesta & Peralta, 2000), sin que afecte tanto al momento actual de la enfermedad del paciente. y De acuerdo con los resultados del estudio de Mintz y cols. (2003) los pacientes con síntomas positivos más graves apenas tienen menor conciencia que los pacientes menos graves por lo que no puede concluirse que exista una fuerte asociación entre la conciencia de enfermedad y la sintomatología positiva. Esto, indica necesariamente, que el nivel de conciencia depende de otras variables, además de la evolución de la esquizofrenia.

#### *Conciencia de enfermedad y sintomatología negativa*

La relación entre la conciencia de enfermedad y los síntomas negativos también fue revisada en el meta-análisis (Mintz, et. al., 2003) encontrándose que la relación entre ambas variables es negativa; es decir, que cuanto más grave es la psicopatología negativa, menor es la conciencia de enfermedad. Esta asociación se da entre los síntomas negativos y casi todas las dimensiones de la conciencia de enfermedad.

Una explicación para esta asociación puede extraerse del concepto de síntomas negativos. Los pacientes con sintomatología negativa importante experimentan múltiples déficits, incluidos los concernientes a funcionamiento social. La constelación



de síntomas negativos, que incluyen una notable pasividad, apatía, anhedonia y aislamiento social, puede reducir la capacidad del paciente para entender las consecuencias sociales de su trastorno (David, 2004).

#### *Conciencia de enfermedad y sintomatología depresiva*

La relación entre conciencia de enfermedad y la sintomatología depresiva es directamente proporcional, de forma que cuanto más grave es la sintomatología depresiva de los pacientes esquizofrénicos, mayor es su nivel de conciencia de enfermedad (Mintz et al., 2003).

Lo que aún se desconoce es el papel exacto y en qué momento interviene la conciencia de enfermedad en la patogénesis de la depresión dentro de la esquizofrenia. La falta de conciencia de enfermedad bien puede ser un mecanismo de defensa o de estrategia cognitiva del paciente para mantener su autoestima, y evitar en este sentido la depresión (Cuesta & Peralta, 2000). No obstante, los hallazgos de Drake y cols. (2004) se contraponen a esta teoría donde los mecanismos de defensa llevan a la paranoia o psicosis, y donde una baja conciencia de enfermedad, es consecuencia de una preservación de la autoestima y de que el individuo se proteja de los episodios depresivos.

Así, la relación de la conciencia de enfermedad con la sintomatología propia de la esquizofrenia es de interés para comprender el papel que aquélla desempeña en la enfermedad en su conjunto, así como para observar en qué medida los distintos cuadros clínicos afectan a la expresión del autoconocimiento sobre la enfermedad. Los mecanismos subyacentes a determinados síntomas (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento) pueden ser de interés para comprender los determinantes de la ausencia de conciencia de enfermedad. Todo esto indica el valor de explorar cuáles son las relaciones de este parámetro con relación a los síntomas positivos y negativos y con relación a manifestaciones clínicas concretas (Vaz, Béjar, Casado & Penasa, 1997).

La conciencia de enfermedad aparece como un fenómeno global, un fenómeno directamente influido por la severidad de la sintomatología propia de la esquizofrenia, y concebida más específicamente, como una resultante dialéctica de la interacción del sujeto con el mundo que lo rodea, es decir como un índice de discrepancia en relación con la interpretación que hace y la valoración que atribuye a tales manifestaciones. La dimensión interaccional de la conciencia de enfermedad obliga a prestar atención al

entorno que rodea al paciente con esquizofrenia ya que, dicho entorno podría ser un elemento clave en la construcción de la conciencia de enfermedad y por ello, un elemento decisivo en el proceso terapéutico (Vaz et. al., 1997).

Actualmente, en la época de los principios democráticos y el reconocimiento de los derechos de los pacientes, el estudio de la conciencia de enfermedad en la psicosis es una oportunidad para avanzar en el conocimiento de los mecanismos de la conciencia y de la subjetividad humana, y en la esfera de los derechos humanos, la búsqueda de igualdad de oportunidades y la no discriminación. Sin embargo, al respecto existen muchas ideas erróneas o estigma. Por ejemplo, las sociedades muy a menudo están organizadas de manera que no permiten que las personas con algún padecimiento mental sean capaces de ejercer plenamente sus derechos fundamentales y son excluidos socialmente, tachados por la errónea creencia de que son personas que no pueden convivir y desarrollarse en una sociedad como la nuestra. Carecen de oportunidades y acceso a los recursos sociales como un trabajo, una educación integradora, servicios sociales, actividades deportivas, productos y servicios de consumo. Por ello, muchas veces por este rechazo, las personas con esquizofrenia en específico, terminan viviendo por ejemplo, en la calle, sin acceso a medicamentos o a servicios, viviendo al margen de la sociedad. Este costo y estigma es muy alto e inaceptable.

## **Discapacidad**

### *Evolución Histórica de los modelos que fundamentan la discapacidad*

Inicialmente, la discapacidad desde el punto de vista animista, se consideraba como un castigo divino, o se consideraba a la persona discapacitada como una persona “endemoniada”. A través del tiempo, surgieron nuevos modelos explicativos que trataban de dar una respuesta al dilema de la discapacidad hasta llegar a la actual perspectiva de la OMS, la cual ha tratado de dar una respuesta al dilema, y establecer un término genérico para la discapacidad. Aún más, estos modelos han tenido una notable influencia en las actuaciones de la política sanitaria, así como un impacto en la Clasificación de Discapacidades promovida por la OMS.

Los diferentes modelos que se han propuesto son (en Vázquez B., 2003):

Modelo médico- biológico: de acuerdo con el modelo de las ciencias de la salud, la discapacidad se evaluaba como una consecuencia de la enfermedad, adquiriendo connotaciones del síntoma, y la definían como: “*La desviación observable de la*

*normalidad bio-médica de la estructura y función corporal- mental que surge como consecuencia de una enfermedad, trauma o lesión, generalmente de carácter individual” (pág. 3).*

Modelo Social: este modelo planteaba que la discapacidad no sólo era la consecuencia de los déficits existentes en la persona, sino la resultante de un conjunto de condiciones, actividades y relaciones interpersonales, muchas de las cuales están motivadas por factores ambientales. El problema radicaba en el fracaso de la sociedad y del entorno creado por el ser humano para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con discapacidad, y no en la incapacidad de dichas personas para adaptarse a las demandas de la sociedad. *“La discapacidad es un hecho social, en el que las características del individuo tienen relevancia sólo en la medida en que evidencian la capacidad o incapacidad del medio social para dar respuesta a las necesidades” (pág. 3).*

Modelo político- activista: se creó a partir de la integración del modelo social más la lucha a favor de los derechos humanos. Sugirió que las personas discapacitadas eran un grupo minoritario y discapacitado, con limitaciones debido a factores culturales y sociales. Propuso que las discapacidades con las que se enfrentaban las personas eran discapacidades en términos de educación, empleo, transporte, alojamiento, y que no eran sino la resultante de las actitudes de la población y del abandono socio-político en el que se encontraban estas personas. No obstante, este modelo perpetuó la jerarquía del médico sobre el paciente. *“La discapacidad es la inadecuada respuesta de la sociedad” (pág. 4).*

Modelo universal de la discapacidad: este modelo propuso que la discapacidad no era un atributo sino una característica intrínseca de la condición humana, que necesitaba ser contextualizada tomando en cuenta las características del individuo y del entorno. También, propuso que tanto la capacidad como la discapacidad debían ser evaluadas como extremos de un continuo en el que los límites que definen social y físicamente el cambio de una a otra se establecen en base a motivaciones políticas, culturales y sociales.

Modelo Bio-psicosocial: es el modelo que actualmente se utiliza debido a que plantea una visión integradora del nivel biológico, personal y social que sustentan a la discapacidad. Además establece una diferencia entre los diferentes componentes de la discapacidad: deficiencias, actividades y la participación en la sociedad.

### Clasificación Internacional de las deficiencias, discapacidades y minusvalías

(CIDDM; OMS, 1980)

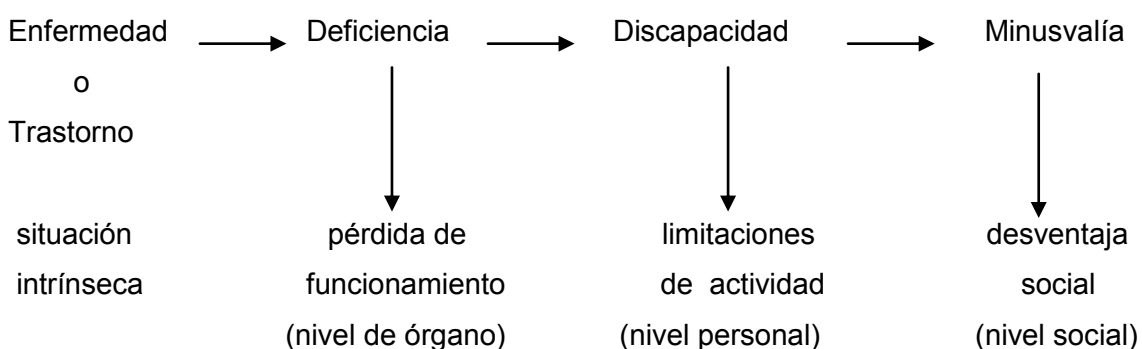
La CIDDM se elaboró como instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades y sus repercusiones en la vida del individuo. Ofrecía un marco conceptual para la información relativa a largo plazo de las enfermedades, los traumatismos y otros trastornos. Estableció los siguientes conceptos:

**Deficiencia:** Las anomalías de la estructura corporal, de la apariencia, así como de la función de un órgano o sistema cualquiera que fuese su causa. *“Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”* (pág. 2).

**Discapacidad:** La consecuencia de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo. Representaba por tanto, trastornos en el ámbito de la persona. *“Toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano”* (pág. 2).

**Minusvalía:** Las desventajas experimentadas por el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades. Este concepto, reflejaba una interacción y adaptación del individuo a su entorno. *“Una situación de desventaja para un individuo, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en función de a su edad, sexo y factores sociales y culturales”* (pág. 2).

El modelo que propuso esta clasificación fue el siguiente (OMS, 1980):



Sin embargo, debido a los diversos problemas que todavía existían para definir y utilizar adecuadamente el concepto de discapacidad, y con base en el reconocimiento de la necesidad por examinar los alcances humanos y económicos de los deterioros,

la incapacidad y la discapacidad, en el 2001, la OMS decide incorporar un nuevo sistema de clasificación para la incapacidad: *Clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad*- CIF, (WHO, 2001), así como la creación de una escala para la evaluación de la discapacidad denominado WHO-DAS (WHO, 2001).

### *La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud*

(CIF; OMS, 2001)

La CIF (OMS, 2001) agrupa en forma de dominios los componentes de salud, por ejemplo: funciones y estructuras corporales, y algunos componentes relacionados con la salud, que no se incluyen dentro del concepto de salud, pero que mantienen una estrecha relación con él. Adopta un enfoque biopsicosocial de la discapacidad y propone dos grandes áreas para su estudio:

#### a) Funcionamiento y Discapacidad

Donde funcionamiento es el término genérico que incluye funciones y estructuras corporales, actividades y participación (aspectos positivos), y discapacidad es el término genérico que incluye las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación (aspectos negativos).

#### b) Factores Contextuales

Tanto el funcionamiento como la discapacidad, se conciben como una interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales. Éstos, se componen de: funciones corporales (funciones fisiológicas de los sistemas corporales incluyendo las funciones psicológicas); estructuras corporales (partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes); deficiencias (problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa de la "norma"), actividad (la realización de una tarea o acción por parte de un individuo), limitaciones en la actividad (dificultades que un individuo con un determinado estado de salud, puede tener en el desempeño y realización de diversas actividades), participación (el acto de involucrarse en una situación vital, y representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento), restricciones en la participación (problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales), factores contextuales (factores que constituyen el trasfondo total de la vida de un individuo y de su estilo de vida), factores ambientales (constituyen el ambiente físico y social en el que las personas viven y conducen sus vidas) y finalmente, los factores personales (compuestos por las características del individuo que no forman parte de una condición o estado de salud).

Además, la CIF (WHO, 2001) no solo es importante para conceptualizar la discapacidad en el área de salud, sino también es de gran importancia en otras áreas en las que se puede presentar la discapacidad: a nivel individual, para la valoración y planeación terapéutica; a nivel institucional, para la educación, entrenamiento, planeación de recursos, evolución de resultados y comunicación entre profesionales; y a nivel social, para los requerimientos de investigación local, regional, nacional e internacional, para informar criterios de elegibilidad para el beneficio de los gobiernos y para la valorización de necesidades. Aún más, la CIF (WHO, 2001), pretender reflejar la situación real del funcionamiento humano en la que el funcionamiento y la discapacidad son vistos como consecuencia de la interacción entre la condición de salud de la persona y su entorno físico y social. No sólo se puede aplicar para entender la discapacidad entre los trastornos físicos y mentales, sino también dentro de los diferentes tipos de trastornos mentales, lo cual corrobora que las medidas de incapacidad genéricas pueden ofrecer discriminación dentro del campo de salud mental.

Finalmente, la CIF (WHO, 2001) sostiene que la discapacidad es un concepto universal que puede ser valorado con un grupo central de dominios de funciones y de actividades, tales como aprender y aplicar el conocimiento, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad, cuidado de uno mismo, vida doméstica, interacciones interpersonales, áreas mayores de la vida (por ejemplo, educación y trabajo), y comunidad, vida social y cívica (por ejemplo, recreación y espiritualidad). Para fines de esta investigación, la definición de discapacidad, congruente con aquella que maneja el CIF (WHO, 2001), se refiere a la limitación de la actividad y restricción de la participación, sin incluir el deterioro.

#### *Indicadores de la Discapacidad en la esquizofrenia*

Se sabe que las discapacidades afectan el funcionamiento psicosocial del paciente con esquizofrenia y por tanto, su desempeño global en las áreas: ocupacional, social, económica, familiar, y de pareja con su componente sexual (Valencia et. al., 2004). Añadido a esto, se ha documentado que los síntomas negativos y el inicio temprano del trastorno, habitualmente conducen a un retraimiento social y disminución de la competencia social. Esto, se debe en parte a que los síntomas negativos son los déficits de la conducta interpersonal, la cual se relaciona con las expectativas sociales y también, debido a que se ha encontrado que los síntomas negativos se asocian con un grado de discapacidad en las áreas social y ocupacional del funcionamiento psicosocial (Lieberman & Kopelowicz, 2002).

Entre las discapacidades psicosociales más frecuentes que presentan los pacientes con esquizofrenia, se encuentran la incapacidad para mantener un trabajo remunerado ya que, debido a los episodios psicóticos, o cuando la sintomatología negativa se encuentra prevalente como la anhedonia o el aplanamiento afectivo, y aún más, cuando el paciente presenta síntomas depresivos, su desempeño en el trabajo se ve afectado de manera negativa. En consecuencia, esto implica que el paciente no tenga ingresos y que por lo tanto, dependa económicamente de la familia, teniendo no sólo un impacto económico importante en la familia sino, también genera un impacto emocional ya que la dinámica familiar se ve afectada. Finalmente, las áreas de pareja y sexual se encuentran también afectadas debido a la sintomatología propia de la esquizofrenia (Jarne, 2000).

Generalmente, el paciente con esquizofrenia presenta una dificultad para establecer relaciones sociales como parte de la sintomatología negativa de la enfermedad, y esto conlleva el que su red de apoyo social sea muy reducida, pues a lo largo de su vida difícilmente establece relaciones interpersonales. Más bien, estos pacientes tienen una tendencia al aislamiento social como consecuencia de sus alucinaciones, delirios que nadie más entiende, y por el aplanamiento afectivo que muestran. Así, la dificultad para establecer vínculos afectivos lo discapacita para poder establecer relaciones de pareja. El impacto de la enfermedad en la familia también tiene una repercusión negativa en el funcionamiento del paciente, pues la mayoría de las veces se establecen relaciones familiares disfuncionales entre el paciente y su familia y, que cuando existe un ambiente de emoción expresada alta en la familia, pueden derivar en recaídas hasta en un 90% (Brown, 1985). Aún más, se ha sugerido que el 80% de los pacientes con esquizofrenia permanecen solteros y no tienen pareja habitual; en México esta cifra está entre el 90 y 95% (Valencia, et. al., 2004). Ello, es sin duda una consecuencia de las dificultades de adaptación social, sexual y cognitiva (Jarne, 2000).

Por otra parte, se ha documentado ampliamente que los medicamentos antipsicóticos son efectivos en el tratamiento de la fase aguda de la esquizofrenia y que además pueden prevenir sus recaídas. Sin embargo, no se ha demostrado que estos medicamentos por si solos, sean capaces de mejorar las discapacidades sociales y laborales. Por ello, la mayoría de los pacientes con esquizofrenia continúan con síntomas residuales y con un funcionamiento psicosocial limitado, e inclusive están propensos a tener un mayor número de recaídas a pesar de adherirse adecuadamente al tratamiento farmacológico. Aún más, los hallazgos indican que la única manera en

que el tratamiento farmacológico mejora el funcionamiento psicosocial del paciente es cuando éste, ha adquirido las habilidades sociales necesarias de las cuales pueda echar mano, antes de haber desarrollado la enfermedad (Lieberman & Kopelowicz, 2002).

### Carga global de la discapacidad

Se ha estimado que los trastornos mentales y neurológicos conforman el 12.3% de los años de vida ajustados por discapacidad, el 23.1% de los años vividos con discapacidad y 6 de las 20 causas principales de discapacidad a nivel mundial (WHO, 2001). Congruente con estas estimaciones, se ha encontrado que los trastornos neuropsiquiátricos, como la esquizofrenia, generan hasta un 31% de la discapacidad, y representan el 13% de la carga de morbilidad y discapacidad global (Gureje et. al., 2002).

### **Sintomatología Depresiva**

#### El dilema del diagnóstico

Inicialmente, no estaba claramente esclarecido hasta qué punto la depresión en pacientes con esquizofrenia se asociaba propiamente con la esquizofrenia. En pacientes con trastornos mentales, se ha encontrado que la depresión parece ser un determinante negativo de la evaluación de la calidad de vida (Norholm & Bech, 2006).

Por un lado, se ha encontrado que la afectividad del paciente con esquizofrenia puede determinar otros trastornos como el trastorno esquizoafectivo o la depresión (Jarne, 2000; Csernansky, 2002), y por el otro, se ha sugerido que la depresión en la esquizofrenia se asocia con un mal pronóstico, ya que incrementa el riesgo de recaídas, falta de respuesta al tratamiento farmacológico, una mayor cronicidad, un mayor deterioro del funcionamiento social de los pacientes e intentos de suicidio (Hausman & Fleischhacker, 2000). Sin embargo, pareciera que existe una dificultad constante para diagnosticar adecuadamente la sintomatología depresiva en la esquizofrenia. En inicio, por la dificultad para diagnosticar y diferenciar la sintomatología depresiva de los síntomas negativos de la esquizofrenia, tales como la apatía, o el aplanamiento afectivo, ya que este último pudiese encubrir el espectro de la depresión. Después, porque los síntomas extrapiramidales y otros efectos secundarios de los antipsicóticos pueden mimetizar los síntomas depresivos. Y finalmente, porque los constructos utilizados para describir la depresión en la esquizofrenia no son del todo claros, algunos de los términos utilizados para describir la depresión son: depresión post-psicótica, respuesta neurótica- depresiva, cambio



farmacogénico, depresión farmacogénica, depresión inducida por drogas, depresión aquinética entre otros. Por ejemplo, la depresión post-psicótica se refiere al síndrome de post-remisión exhaustiva (Heinrich, 1967), el cual asume que la depresión puede ocurrir como reacción de estar enfermo, cuando el paciente tiene un “insight” después de un episodio psicótico agudo (Addington et. al., 1990; Haussman & Fleischhacker, 2000). Es decir, la depresión puede ser una respuesta psicológica al estar conscientes de su enfermedad, o un miedo a la recaída.

La sintomatología depresiva es determinante en cuanto a los síntomas afectivos que se presentan, los síntomas cognitivos como los pensamientos pesimistas y los síntomas somáticos como el no querer pararse de la cama (Beck, 1961).

No obstante la controversia que se ha generado alrededor del diagnóstico. Se ha reconocido que tanto los síntomas negativos como los síntomas depresivos pueden ser evaluados de manera confiable y diferenciada con la ayuda de escalas que evalúan los síntomas depresivos. Una de ellas, es la escala de Calgary diseñada específicamente para evaluar la depresión en pacientes con esquizofrenia que, por un lado, es útil para obtener información concerniente al pronóstico, y por el otro, es un instrumento útil para discriminar entre los síntomas depresivos y los síntomas negativos propios de la esquizofrenia (Addington et. al., 1993). Por ejemplo, no es lo mismo que el paciente no se levante de la cama por falta de motivación (abolición, síntoma negativo) a que no se levante porque se encuentre triste y no le encuentra sentido a su vida (síntoma de depresión), lo cuál iría ligado a otros síntomas depresivos que esta escala también evalúa.

La evaluación específica y sensible de los síntomas depresivos en pacientes con esquizofrenia, es importante para un diagnóstico y pronóstico adecuados ya que, por razones terapéuticas los síntomas depresivos pueden utilizarse como indicadores de la efectividad de los tratamientos en estos pacientes. Añadido a esto, existe evidencia que sugiere que uno de los mejores instrumentos para evaluar los síntomas depresivos es la Escala de Calgary (Müller, Müller & Fellgiebel, 2006). En México, Apiquian y cols. (2001) documentaron que la Escala de Calgary puede ser de gran utilidad para obtener más información concerniente al pronóstico de los pacientes con esquizofrenia y con depresión.

## ANTECEDENTES

### Antecedentes de Conciencia de enfermedad

Diferentes autores han encontrado relaciones entre la conciencia de enfermedad y diversas variables, por ejemplo, con aspectos del funcionamiento (Amador, Strauss, Yale, Gorman & Endicott, 1993), y con la sintomatología positiva (Haro, Ochoa & Cabrero, 2001; Vaz, Béjar, Casado & Penasa, 1997), aunque no existe unanimidad en la clase de relación existente. La falta de consenso, podría explicarse por variaciones en la definición de conciencia de enfermedad utilizada.

Amador y cols. (1993), encontraron que un decremento en la conciencia de enfermedad tiene una fuerte correlación con un peor curso de la enfermedad, un empobrecimiento del funcionamiento psicosocial y una peor adherencia terapéutica. Además, también informaron que el curso de la enfermedad, la edad de inicio, el número de hospitalizaciones y los puntajes de cumplimiento terapéutico se correlacionaron modestamente con varias dimensiones de la conciencia. Es importante destacar que uno de los hallazgos relevantes fue que el nivel de educación no se asoció con ningún puntaje de la escala, lo que sugiere que el contexto de educación no es una variable mediadora importante en la evaluación de la conciencia de enfermedad.

Congruente con estos hallazgos, Amador, Flaum, Andreasen, Strauss, Yale, Scott, Clark, Jack & Gorman (1994), llevaron a cabo otro estudio, donde nuevamente informaron una correlación entre el grado de conciencia de enfermedad y el funcionamiento psicosocial del individuo. Aquellos pacientes con una baja conciencia de enfermedad tuvieron un pobre funcionamiento psicosocial en los últimos dos años. Por otra parte, encontraron que el 57% de la muestra de pacientes con esquizofrenia del estudio, tuvieron de moderada a severa inconsciencia de tener un trastorno mental.

Váz y cols. (1997) documentaron que es posible apreciar una relación clara entre la sintomatología negativa de la esquizofrenia como la apatía o la anhedonia, y la conciencia de enfermedad, siendo la correlación inversa en estos casos.

Por su parte, Haro y cols. (2001) encontraron que los pacientes con esquizofrenia son conscientes de la necesidad y el efecto de la medicación sobre sus síntomas. También, encontraron que los hombres tienen significativamente más conciencia de enfermedad que las mujeres. Aquellos pacientes institucionalizados presentaron

peores puntuaciones en las subescalas de conciencia de enfermedad que aquellos que se estaban viviendo en comunidad, sin embargo, el hallazgo de mayor relevancia en su estudio es que aproximadamente la mitad de las personas con esquizofrenia tiene un elevado grado de conciencia de enfermedad, lo que contrasta con la idea tradicional de que las personas con esquizofrenia no tienen conciencia de enfermedad.

Finalmente, Aceves Guzmán (2001) realizó un estudio sobre la conciencia de enfermedad en pacientes del INPRF en el encontró que la conciencia de enfermedad es un factor que prevalece entre los pacientes con esquizofrenia como Amador et. al. (1994). Otro importante hallazgo fue que ninguna de las variables sociodemográficas evaluadas (edad, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, ocupación) demostró tener influencia sobre la gravedad o mejoría de la conciencia de enfermedad en estos pacientes.

Así, dentro de la misma literatura, existen contradicciones sobre las teorías que puedan explicar el porqué de la ausencia de conciencia de enfermedad en estos pacientes. Algunas investigaciones, sugieren una relación con la psicopatología (Haro et. al., 2001; Vaz, et. al., 1997) mientras que otros han informado que no encontraron dicha asociación (Cuesta & Peralta, 1994; Amador, Strauss, Yale, Gorman & Endicott, 1993) y otras más, hablan sobre la relación de conciencia con el funcionamiento del paciente (Amador et. al, 1994; Haro et. al., 2001). No obstante, la mayoría de los estudios revisados, coinciden en que existe una alta correlación entre la conciencia de enfermedad y la adherencia terapéutica y un menor número de ingresos hospitalarios (Haro et. al., 2001; Yen et. al., 2005). También, existe una importante discrepancia en la definición de conciencia de enfermedad en los trastornos psicóticos. Diversas escalas han sido diseñadas para evaluarla (Lincoln, Lüllmann, Rief; 2007) pero, al momento de concluir, los resultados obtenidos, se contraponen unos a otros, lo que pareciera indicar, que el constructo que se mide es diferente en cada estudio.

Sobre los diversos estudios que han abordado la conciencia de enfermedad y su relación con la sintomatología, se puede concluir que se necesita una estabilidad de los síntomas psicóticos en los pacientes con esquizofrenia para poder evaluar la conciencia de enfermedad (sólo que se pretenda establecer una comparación entre aquellos pacientes con recaída y aquellos estables); que a menor conciencia de enfermedad existe mayor deterioro personal y social, y finalmente, menor adherencia terapéutica.

### Antecedentes de Discapacidad

La evaluación de la discapacidad en pacientes psiquiátricos provee información útil para el investigador clínico acerca del curso natural de los trastornos mentales, y el tratamiento más adecuado.

A nivel mundial, existen diversos estudios que han utilizado la escala WHO-DAS II (World Health Organization: Disability Assessment Schedule) (OMS, 2001) para evaluar la discapacidad en población psiquiátrica y cuyos hallazgos coinciden en que entre los trastornos más discapacitantes se encuentra la esquizofrenia, y las áreas donde los pacientes presentan una mayor discapacidad es el área ocupacional y el área de pareja (Srinivasa, Kishorekumar, Chisholm, Thomas, Sekar & Chandrashekar, 2005; Gureje, Herrman, Harvey, Morgan & Jablensky, 2002; Wiersma, Wanderling, Dragomeirecka, Ganev, Harrison, Heiden, Nienhuis & Walsh., 2000).

En un estudio longitudinal realizado por Wiersma y cols. (2000) en seis centros comunitarios europeos, donde se evaluaron siete áreas del funcionamiento para obtener el puntaje total de discapacidad: relación de pareja, autocuidado, participación en las actividades domésticas, aislamiento social, hostilidad social, área ocupacional, e intereses generales. Por un lado, se encontró que la mayoría de los pacientes con esquizofrenia tuvieron altos puntajes de discapacidad en las áreas de relación de pareja, área ocupacional y aislamiento social; y que por el otro, las áreas con menor proporción de discapacidad fueron las áreas de autocuidado y hostilidad social. Sin embargo, el hallazgo más significativo del estudio, fue que con respecto al curso de la esquizofrenia y su discapacidad, la proporción de pacientes con tratamiento psicoeducativo que inicialmente informaron discapacidad severa, disminuyó significativamente después de quince años de seguimiento, lo que establece las bases para realizar más investigaciones al respecto y saber si esto se corrobora o no. Aún más, encontraron que los pacientes con mayor discapacidad fueron aquéllos que habían estado hospitalizados durante los quince años que duro el estudio, a diferencia de quienes vivieron a lo largo del estudio con la familia o solos. ¿Es entonces la discapacidad una consecuencia del ambiente institucionalizado en el que estos pacientes vivieron, o en verdad refleja la discapacidad de los pacientes para funcionar adecuadamente en su comunidad?

En otro estudio epidemiológico en Australia, Gureje y cols. (2002) encontraron que aquellos pacientes con un pobre ajuste premórbido, esto es, con una baja adquisición de habilidades sociales antes del inicio del trastorno o del primer episodio agudo, o

con una pobre recuperación de los episodios agudos, obtuvieron el mayor puntaje de discapacidad, a diferencia de los pacientes con un mayor ajuste premórbido o una mejor recuperación.

McKibbin, Patterson & Jeste (2004) documentaron que el WHODAS-II (OMS, 2001) parece ser sensible para detectar los síntomas depresivos, y ello es congruente con el hecho de que se sabe que los síntomas depresivos se asocian con un peor funcionamiento. Otro hallazgo fue que los pacientes con esquizofrenia se encontraban menos discapacitados en el área de autocuidado comparado con otras áreas. Sin embargo, no encontraron una relación entre la discapacidad (WHODAS-II) y las características sociodemográficas de su población (sexo, educación, género).

Finalmente, en otro estudio que se llevo a cabo en la India, donde se utilizó también como instrumento de medición el WHO-DAS II (OMS, 2001), se encontró que la discapacidad que informaron los pacientes disminuyó hasta en un 70% después de un seguimiento a dieciocho meses, bajo tratamiento farmacológico y apoyo psicosocial. Las áreas con mejoras sustanciales fueron comprensión y comunicación, actividades en la vida diaria y participación en sociedad, mientras que en las áreas de autocuidado y movilidad, sólo se presentaron pequeños cambios. (Srinivasa et. al., 2005).

### Antecedentes de Sintomatología depresiva

Con respecto a la sintomatología en la esquizofrenia, diversos estudios han informado que una gran proporción de pacientes con esquizofrenia presentan síntomas depresivos (Waters, Badock & Maybery; 2006; Norholm & Bech; 2006; Apiquian et. al, 2001; Hausmann & Fleischhacker, 2000). Sin embargo, se ha informado que sólo un tercio de la población estudiada que presentan esquizofrenia, obtiene altas puntuaciones en la evaluación de la depresión, la mayoría obtiene puntuaciones entre moderada y baja (Waters et. al.; 2006).

Addington y cols. (1990, 1992) han documentado que los síntomas depresivos son aspectos regulares en la esquizofrenia, que se presentan frecuentemente en la fase aguda, y gradualmente se vuelven menos prevalentes durante el periodo de remisión. Sin embargo, pueden presentarse en cualquier fase de la esquizofrenia.

Se ha documentado en diversas investigaciones que la depresión en pacientes con esquizofrenia, se asocia con un mayor número de recaídas, más hospitalizaciones, una baja respuesta a los tratamientos farmacológicos, un empobrecimiento crónico en su funcionamiento psicosocial, así como la presencia de conductas suicidas (Apiquian et. al., 2001).

Norholm & Beck (2006) encontraron que las mujeres con esquizofrenia, informaron más síntomas depresivos que los hombres. Aún más, encontraron que en las personas con esquizofrenia, el presentar también síntomas depresivos es un predictor de una baja calidad de vida. Es importante notar que la frecuencia de los síntomas depresivos en personas sin esquizofrenia, también es mayor en las mujeres que en los hombres.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todas las investigaciones revisadas hasta el momento, no sólo no terminan de discernir las dudas sobre la conciencia de enfermedad en estos pacientes y su relación con otros factores, sino que sus hallazgos se contradicen.

Las percepciones y actitudes hacia la enfermedad mental, los mecanismos de afrontamiento, la disponibilidad de servicios médicos, las creencias y conductas con respecto a la etiología y curso de la enfermedad, sus síntomas y significados, el diagnóstico y los métodos de tratamiento, son diferentes entre localidades y culturas, lo cual seguramente impacta la conciencia y la discapacidad, y podría también explicar los hallazgos contradictorios de estudios en diferentes lugares. Por ejemplo, existen creencias culturales que se excluyen de los estándares mundiales como las creencias no occidentales, y muchas veces sólo se trabaja bajo la perspectiva médica.

Además, poca es la literatura que aclara y converge en cuanto a la fenomenología de la conciencia de enfermedad, el tipo de relación que existe entre la conciencia de enfermedad y la sintomatología depresiva, así como entre la discapacidad y su asociación con la ausencia de conciencia, por lo que surge la siguiente interrogante:

*¿Cuál es la asociación que existe entre el nivel de conciencia de enfermedad, el nivel de discapacidad, y la sintomatología depresiva en los pacientes con esquizofrenia en el contexto mexicano?*

## JUSTIFICACION

La conciencia de enfermedad, o falta de, debe ser explorada de forma sistemática y activa ya que, tiene una gran importancia práctica por su influencia en la adherencia terapéutica tanto al tratamiento farmacológico como al tratamiento psicosocial, así como en la evolución de la enfermedad que con lleva hospitalizaciones, mayor deterioro cognitivo, mayor número de síntomas, deterioro en sus relaciones interpersonales. Por otro lado, el estudio de la conciencia de enfermedad ayudaría a desvanecer las consecuencias del estigma y las creencias erróneas sobre la enfermedad mental en general.

Por ello, el estudio de la conciencia de enfermedad, es una importante contribución a la generación de más conocimiento en el área, saber cómo repercute en la aparición de diversos síntomas como los depresivos, o cómo influye en el nivel de funcionamiento que presentan los pacientes con esquizofrenia.

En México, poco se ha documentado sobre la evaluación en conjunto de la discapacidad, conciencia de enfermedad y sintomatología depresiva en pacientes con esquizofrenia. Por ejemplo, de acuerdo con la OMS (2003), los resultados obtenidos en otras investigaciones no son aplicables a la población mexicana porque: en Europa y E.U.A. desde los años 50 se implementaron tanto la atención comunitaria como los procesos para reducir el número de pacientes crónicos en los hospitales psiquiátricos estatales, y se desarrollaron alternativas bajo la forma de servicios de salud mental comunitarios (desinstitucionalización); y, porque en la mayoría de los países en vías de desarrollo, los servicios psiquiátricos son en su mayoría escasos, sólo cubren a una pequeña parte de la población y se enfrentan a una carencia aguda de recursos humanos, así como de dispositivos asistenciales apropiados.

En conclusión, aunque estos estudios aportan grandes hallazgos sobre la conciencia, la discapacidad y la sintomatología depresiva en la esquizofrenia, es difícil poder generalizar estos a población latinoamericana, específicamente a población mexicana.



## METODOLOGIA

### Objetivos

#### *Objetivo General*

Determinar cómo se relaciona la conciencia de enfermedad con el nivel de discapacidad y el número de síntomas depresivos en pacientes con esquizofrenia, independientemente de que estén con tratamiento de antidepresivos.

#### *Objetivos específicos*

1. Describir el nivel de conciencia de enfermedad en pacientes con esquizofrenia.
2. Evaluar si la conciencia de enfermedad varía según características socio-demográficas y clínicas.
3. Determinar la asociación entre el nivel de conciencia de enfermedad y el número de síntomas depresivos.
4. Determinar la asociación entre el nivel de conciencia de enfermedad y el nivel de discapacidad.
5. Determinar si el nivel de conciencia de enfermedad es mediador entre la asociación del nivel de discapacidad y el nivel de sintomatología depresiva.

### Hipótesis

#### *Hipótesis General*

A mayor conciencia de enfermedad, habrá menor discapacidad y mayor número de síntomas depresivos en pacientes con esquizofrenia, controlando por edad de inicio de la enfermedad y si está con tratamiento de antidepresivos.

#### *Hipótesis específicas*

En pacientes con esquizofrenia:

1. Quiénes tienen un mayor nivel de conciencia de enfermedad, tienen un menor nivel de discapacidad, controlando por edad de inicio de tratamiento.
2. Quiénes tienen un mayor nivel de conciencia de enfermedad, tienen un mayor número de síntomas depresivos, controlando por sexo, y por tratamiento con antidepresivos.

## **Variables**

Variables sociodemográficas:

1. Sexo
2. Edad
3. Ocupación: hogar, estudiante, trabaja, desempleado, otra (actividad no remunerada).
4. Escolaridad: Primaria, secundaria, preparatoria, carrera técnica, estudios de licenciatura, estudios de posgrado.
5. Estado civil: soltero, casado, divorciado, separado.

Variables clínicas:

1. Edad de inicio de la enfermedad: Se refiere a cuantos años tenía el paciente cuando tuvo su primer episodio psicótico.
2. Diagnóstico: De acuerdo al expediente del paciente del INPRF.
3. Sintomatología depresiva: Es el conjunto de síntomas clínicos de melancolía, pensamientos intrusivos y somatización, resultantes de un gran número de experiencias de cogniciones negativas que ocasionan que se sobrevalore la responsabilidad sobre eventos negativos (Beck, 1967). Los síntomas depresivos se evaluaron con *La Escala Calgary de Depresión para Esquizofrenia* (CDS; Addington et. al., 1990; Addington et. al., 1992).

Conciencia de Enfermedad:

Es el reconocimiento de la existencia de una sintomatología y su atribución a una enfermedad que se padece (Amador et. al., 1993). Se evaluaron con *La Escala de valoración de la falta de conciencia de los trastornos mentales* (SUMD; Amador et. al., 1993).

Discapacidad:

Es el término genérico que incluye las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Se concibe como una interacción dinámica entre las condiciones de salud y los factores contextuales (OMS, 2001).

Se evaluaron con *La Escala para evaluar la Discapacidad y la Salud* (Disability Assessment Schedule, WHO-DAS II) (OMS, 2001).

## Diseño del estudio

Es un diseño transversal, descriptivo y correlacional.

## Escenario

Clínica de esquizofrenia, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF)

## Sujetos

Se consideraron un total de 70 pacientes para el estudio, de los cuales 3 decidieron no participar en el estudio quedando una muestra de 67 pacientes. de la Clínica de Esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente INPRF

### Criterios de inclusión

- Pacientes que cumplieron con los criterios diagnósticos de esquizofrenia del DSM IV TR.
- Pacientes estables clínicamente de acuerdo a su médico tratante.
- Hombres y mujeres entre 18 y 65 años
- Sin comorbilidad neurológica.
- Que sepan leer y escribir.
- Que certifiquen por escrito y de manera voluntaria su deseo de participar en el estudio.

### Criterios de exclusión

- Tener más de 65 años.
- Comorbilidad con abuso de sustancias.
- Pacientes que no dieran su consentimiento para participar en la investigación.
- Otra enfermedad médica (DSM-IV TR Eje III).

## Instrumentos

### **Escala de valoración de la no conciencia de los trastornos mentales (SUMD)**

Amador y cols. (1990), desarrollaron la escala SUMD para evaluar la conciencia de enfermedad en los trastornos psicóticos.

Consta de 20 reactivos.

Es una escala tipo likert (0= no relevante, 1=conciencia hasta 5=no hay conciencia).

Se divide en 2 sub-escalas:

1. Sub-escala para evaluar la conciencia global de enfermedad.- se compone de tres reactivos que evalúan los tres componentes principales de la conciencia: conciencia de tener un trastorno, conciencia de los efectos de la medicación, y conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental.
2. Sub-escala de atribución de los síntomas: consta de 17 reactivos que valoran la atribución que el paciente realiza de síntomas específicos. Sólo se responde si el paciente presenta el síntoma.

Su versión en español, cuenta con validez, donde el coeficiente de correlación intraclase es de 0.94. La escala original cuenta con validez concurrente con los ítems

de Insight del Present State Examination (PSE),  $r=0.70$ , con el puntaje total del PSE,  $r=.31$ , también cuenta con validez discriminante con el ítem de insight del PANSS,  $r=.88$ . Explica el 60.2% de la varianza total (Ruíz, Pousa, Duño, Crosas, Cupra, García-Ribera, 2007).

### **Escala para evaluar la discapacidad (WHO-DAS II, OMS, 2001)**

Consta de 36 ítems. Evalúa el funcionamiento diario y la discapacidad en seis áreas de actividad: comprensión y comunicación, capacidad para moverse en su entorno, auto-cuidado, capacidad de relacionarse con otros, actividades de la vida diaria, participación social. Es una escala tipo likert que evalúa el grado de discapacidad como: 1 (ninguno), 2 (leve), 3 (moderado), 4 (severo) y 5 (extremo/ no puedo hacerlo). Su rango teórico es de 36 (mínimo) a 180 (máximo).

A través de sus 36 ítems, el WHO-DAS II permite obtener tanto a un nivel específico como general, una medida de la severidad y duración de la discapacidad que resulta de los estados de salud, aportando también información sobre los costes que genera en el individuo, la familia o la sociedad. Todo ello, convierte el WHO-DAS II en un instrumento fiable, aplicable transculturalmente y fácil de utilizar en un amplio rango de circunstancias (Vázquez-Barquero, Vázquez Bourgón, Herrera retal., 2000).

### **Escala de Calgary para la depresión en esquizofrenia (CDS; Addington et. al., 1990; Addington et. al., 1992).**

Es un instrumento de tamizaje que identifica la presencia de síntomas depresivos asociados a la esquizofrenia a través de nueve reactivos: depresión, desesperanza, autodevaluación, ideas de referencia culposas, culpa patológica, depresión matutina, despertar temprano, suicidio, depresión observada. Para los primeros ocho la escala facilita preguntas para su exploración, mientras que el último reactivo, es observacional por lo que no se proporcionan preguntas específicas. Se puntúa en escala tipo Likert (0: ausente hasta 3: severo), donde su punto de corte es: de 0 a 5: No hay depresión, y apartir de 6 a 27: Depresión. Cuenta con validez y confiabilidad en México (Ortega- Soto, Gracia, Imaz, Pacheco, Brunner, Apiquian & De la Torre, 1994). Explica el 81.5% de la varianza total.

### Procedimiento

Sensibilización y capacitación: Durante dos meses se participó como oyente en las consultas y las sesiones de caso en la clínica de esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría para sensibilizarse al manejo del paciente con esquizofrenia. Durante un

mes adicional se realizó la capacitación para la aplicación de los instrumentos también en la clínica de esquizofrenia de la Escala de Calgary para depresión en esquizofrenia (CDS; Addington, Addington & Schiessel, 1990; Addington et. al., 1993) y la Escala para valorar la no conciencia en los trastornos psicóticos (SUMD; Amador, Strauss, Yale, Flaum, Endicott & Gorman, 1993)

Trabajo de Campo: El trabajo de campo se llevó a cabo durante dos meses en las instalaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría y los pacientes fueron referidos por los médicos tratantes de la clínica de esquizofrenia. Primero, se le invito al paciente a participar en el estudio. En todos los casos, se solicitó la presencia de un familiar que corroborara la información proporcionada por el paciente. Después, se le facilito el consentimiento informado en un lenguaje simple y sencillo, para que lo leyera con detenimiento. El contenido del consentimiento incluye el explicar de qué se trata el estudio, así como la indicación de que éste, no tendría ningún costo. También se especificó que el paciente podía preguntar cualquier duda que tuviera, y que en el momento que él lo deseara, se podría retirar del estudio sin que esto tuviera repercusión alguna en su tratamiento dentro del instituto. La aplicación de los instrumentos se inició con la Escala de Calgary de depresión para esquizofrenia (CDS; Addington, Addington & Schiessel, 1990; Addington et. al., 1993), seguido por la Escala de valoración de la no conciencia de los trastornos mentales (SUMD; Amador, Strauss, Yale, Flaum, Endicott & Gorman, 1993) y por último, se aplico la Escala WHO-DAS II (Disability Assessment Schedule; OMS, 2001).

#### Análisis estadístico

Se realizaron análisis descriptivos bivariados y multivariados con la finalidad de determinar la distribución de la discapacidad, la conciencia de enfermedad, y la sintomatología depresiva por sexo, edad, edad de inicio del trastorno, escolaridad, estado civil y ocupación, se obtuvieron las medidas de tendencia central y de dispersión del puntaje total de la Escala para evaluar la discapacidad (WHO-DAS II; OMS, 2001), la Escala para la valoración de la no conciencia en los trastornos mentales (SUMD; Amador et. al., 1993) y la Escala de Calgary para la depresión en esquizofrenia (CDS; Addington et. al., 1990; Addington, et. al., 1992).

Con la finalidad de conocer cuál era la asociación entre la discapacidad, la conciencia de enfermedad y la sintomatología depresiva, se corrieron correlaciones tanto por puntaje total como por áreas, entre las tres escalas.

## RESULTADOS

### Características sociodemográficas

De un total de 70 pacientes considerados para el estudio, sesenta y siete pacientes fueron entrevistados, tres no dieron su consentimiento para participar en él. Las características sociodemográficas de la muestra se presentan en la Tabla 1, donde se puede observar que el 67.2% eran hombres, el 29.9% trabajan de manera regular, y el 74.6% permanece soltero. El 41.7% curso hasta la secundaria o menos. La media de edad fue de 34.58 años con un rango entre 18 y 64 años.

Tabla 1. Características sociodemográficas

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>		
Femenino	22	32.8
Masculino	45	67.2
<b>Ocupación</b>		
Hogar	14	20.9
Estudiante	10	14.9
Trabaja	20	29.9
Desempleado	18	26.9
Otra	5	7.5
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	7	10.4
Secundaria	21	31.3
Preparatoria	18	26.9
Carrera técnica	5	7.5
Licenciatura (estudios)	12	17.9
Posgrado	4	6.0
<b>Estado civil</b>		
Soltero	50	74.6
Casado	9	13.4
Divorciado	1	1.5
Separado	7	10.4
<b>Edad actual</b>		
(rango 18- 64 años)	<b>x</b> 34.58	<b>D.E</b> 11.78

### **Características clínicas**

En la tabla 2, se informan las características clínicas de la población. La media de edad de inicio de tratamiento fue 24.72 con un rango de edad entre los 13 y los 59 años. El diagnóstico de los pacientes se obtuvo del expediente clínico del INP. Del total de pacientes, la mayoría (83.5%) tuvo un diagnóstico de esquizofrenia paranoide. En cuanto al nivel de sintomatología depresiva, el 32.8% informó tener una sintomatología depresiva elevada al momento de la evaluación, y el 43.3% informó estar bajo tratamiento antidepresivo.

**Tabla 2. Características clínicas**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Diagnóstico</b>		
Esquizofrenia paranoide	56	83.6
Esquizofrenia otro subtipo	1	1.5
Esquizoafectivo	6	9.0
Otro tx. Psicótico	4	6.0
<b>Síntomas depresivos (CSD)</b>		
Sintomatología Elevada ( $\geq 6$ )	22	32.8
Sintomatología No elevada ( $\leq 5$ )	45	67.2
<b>Tx. con Antidepresivo</b>		
Ausente	38	56.7
Presente	29	43.3
	<b>x</b>	<b>D.E</b>
<b>Edad inicio de tx</b> (rango 13-59 años)	24.72	9.71

En la tabla 3, se puede observar la Escala Calgary (CDS) por componentes, donde se muestra el porcentaje de pacientes por grado de severidad en cada ítem misma. Aunque el 32.8% de la población tuvo una sintomatología depresiva por arriba del punto de corte (ver tabla 2), en general estos pacientes puntuaron con un nivel de severidad leve (11.9%- 38.8%) y moderado (1.5%- 11.9%), sólo entre el 1.5% y el 9% puntuaron con grado severo. Congruente con el 67.2% que informó no tener una sintomatología elevada (ver tabla 2), entre el 40.3% y el 83.6% puntuó "ausente" en los ítems.

**Tabla 3. Síntomas depresivos (CSD)**

	<b>Ausente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Severo</b>
Depresión	27 (40.3%)	26 (38.8%)	12 (17.9%)	2 (3%)
Desesperanza	35 (52.2%)	19 (28.4%)	11 (16.4%)	2 (3%)
Autodevaluación	45 (67.2%)	13 (17.9%)	7 (10.4%)	2 (3%)
Ideas de referencia culposas	45 (68.7%)	12 (16.4%)	7 (11.9%)	3 (3%)
Culpa patológica	37 (55.2%)	15 (22.4%)	9 (13.4%)	6 (9%)
Depresión matutina	56 (83.6%)	8 (11.9%)	1 (1.5%)	2 (3%)
Despertar temprano	44 (65.7%)	15 (22.4%)	6 (9%)	2 (3%)
Conducta suicida	51 (76.1%)	11 (16.4%)	4 (6%)	1 (1.5%)
Depresión observada	45 (67.2%)	15 (22.4%)	4 (6%)	3 (4.5%)

**Nivel de conciencia de enfermedad (SUMD)**

Para evaluar el nivel de conciencia de enfermedad se utilizó la *Escala de valoración de la no conciencia de los trastornos mentales* (SUMD, Amador et. Al., 1993). La escala SUMD consta de dos sub-escalas: una que evalúa la conciencia de enfermedad, y otra que evalúa la atribución que hace el paciente de los síntomas. Debido a que no existe un punto de corte establecido, se tomaron los siguientes parámetros:

**I. Conciencia de enfermedad total**

El puntaje total de la escala SUMD (Conciencia de enfermedad total) se obtuvo dividiendo el puntaje total (60) en tres proporciones iguales como se muestra a continuación:

**Tabla 4. Puntaje total Escala SUMD**

<b>Puntaje</b>	<b>Nivel de Conciencia</b>	<b>Frecuencia</b>
0-20	Baja	3 (4.5%)
21-40	Parcial	51 (76.1%)
41-60	Alta	13 (19.4%)

El 76.1% de la población informó tener una parcial conciencia de enfermedad en el puntaje total de la escala SUMD como se muestra en la tabla 4, y sólo el 4.5% tuvo



una conciencia de enfermedad baja. La media de conciencia de enfermedad total fue de 34.58 (D.E= 8.99).

### II. Sub-escala de Conciencia de enfermedad

El puntaje de la sub-escala de Conciencia de enfermedad, se obtuvo dividiendo el puntaje total (9) en tres proporciones iguales. Un total de 28.4% obtuvo una baja conciencia de enfermedad, el 32.8% tuvo una parcial conciencia de enfermedad y el 38.8% de la población tuvo una alta conciencia de enfermedad. En la tabla 5, se muestra la frecuencia de los tres ítems que componen la sub-escala. Las medias de cada ítem fueron 2.49 (D.E=0.82), 2.49 (D.E=0.80) y 2.13 (D.E= 0.95) respectivamente.

**Tabla 5. Frecuencias de la subescala de Conciencia de enfermedad**

	<b>Baja (1-3)</b>	<b>Parcial (4-6)</b>	<b>Alta (7-9)</b>
<b>Conciencia de enfermedad</b>			
I. Conciencia de tener un tx. mental	14 (20.9%)	6 (9%)	47 (70.1%)
II. Conciencia efectos logrados por medicamento	13 (19.4%)	8 (11.9%)	46 (68.7%)
III. Conciencia de las consecuencias personales	26 (38.8%)	6 (9%)	35 (52.2%)

### III. Sub-escala de Atribución de los síntomas individuales

El puntaje de la sub-escala de Conciencia de enfermedad, se obtuvo dividiendo el puntaje total (57) en tres proporciones iguales. A continuación, se muestra la frecuencia de cada uno de los síntomas individuales.

Para fines estadísticos, se re categorizó la sub-escala de atribución en atribución baja y atribución alta, donde la atribución baja se compuso de atribución baja y parcial.

En la tabla 6, se muestra que entre el 33.3% y el 92.6% de la población tuvo una atribución baja de sus síntomas individuales, el restante fluctuó entre una atribución parcial (0%- 31.3%) y una atribución alta (0%- 16.7%). Los síntomas con mayor atribución de enfermedad son anhedonia (17.5% alta atribución) e impulsos agresivos (16.7%) y los síntomas con menor atribución son impulsos sexuales, vestimenta inusual y alogia (100%, 90.9% y 92.6% baja atribución respectivamente). Con respecto a la atribución total, el 56.7% de los pacientes tuvo una atribución parcial de sus síntomas.

**Tabla 6. Frecuencias de la Sub-escala de Atribución de los síntomas individuales**

Síntomas individuales	Atribución		
	Baja (0- 17)	Parcial (18-34)	Alta (35- 51)
Alucinaciones (n=34)	25 (73.5%)	4 (11.8%)	5 (14.7%)
Delirios (n=40)	30 (75%)	4 (10%)	6 (15%)
Trastorno del pensamiento (n=34)	24 (70.6%)	8 (23.5%)	2 (5.9%)
Afecto inapropiado (n=11)	7 (63.6%)	3 (27.3%)	1 (9.1%)
Vestimenta extravagante / inusual (n=11)	10 (90.9%)	1 (1%)	0%
Conducta estereotipada (n=15)	10 (66.7%)	3 (20%)	2 (13.3%)
Juicio social disminuido (n=30)	25 (83.3%)	3 (10%)	2 (6.7%)
Impulsos agresivos (n=6)	2 (33.3%)	3 (50%)	1 (16.7%)
Impulsos sexuales (n=2)	2 (100%)	0%	0%
Alogia (n=27)	25 (92.6%)	2 (7.4%)	0%
Afecto plano (n=45)	35 (77.8%)	7 (15.6%)	3 (6.7%)
Abulia- apatía (n=39)	31 (79.5%)	4 (10.3%)	4 (10.3%)
Anhedonia (n=40)	29 (72.5%)	4 (10%)	7 (17.5%)
Atención (n=47)	35 (74.5%)	4 (8.5%)	8 (17%)
Confusión- desorientación (n=21)	14 (66.7%)	4 (19%)	3 (14.3%)
Pobre contacto visual (n=16)	10 (62.5%)	5 (31.3%)	1 (6.3%)
Deterioro relaciones sociales (n=55)	40 (72.7%)	8 (14.5%)	7 (12.7%)
<b>Atribución</b>	<b>22 (32.8%)</b>	<b>38 (56.7%)</b>	<b>7 (10.4%)</b>

### Nivel de discapacidad (WHODAS- II)

Para evaluar el nivel de discapacidad de los pacientes, se utilizó la escala para evaluar la Discapacidad y la Salud (WHODAS- II, OMS, 2001). Esta escala, no cuenta con un punto de corte, es continua, el rango teórico de puntuación es de 36 (mínimo) a 180 (máximo). Esta escala maneja cinco niveles: ninguno, leve, moderado, severo y extremo/ no puedo hacerlo. Para fines estadísticos, se convirtió la escala likert que

maneja de 1 (ninguno) a 5 (extremo/no puedo hacerlo) por una escala de 0 (ninguno) a 4 (extremo), quedando como rango teórico 0 (mínimo) a 144 (máximo).

En la tabla 7 se muestra la discapacidad global y por áreas, donde la media de discapacidad que presentaron los pacientes fue de 63.45 (D.E=14.82).

**Tabla 7. Discapacidad por áreas**

<b>Discapacidad</b>		<b>DE</b>
<b>Comprensión y comunicación (0-24)</b>	6.99	5.25
<b>Movilidad (0-20)</b>	2.45	3.20
<b>Autocuidado (0-16)</b>	1.85	2.02
<b>Relacionarse con otros (0-20)</b>	8.43	4.41
<b>Actividades de la vida diaria (0-32)</b>	23.0	7.48
<b>Participación en sociedad (0-32)</b>	12.73	7.04
Días del mes que presento esta dificultad	14.25	12.37
<b>Interferencia General</b>	14.72	4.10
<b>Días perdidos por mes</b>		
I. en el trabajo	2.91	6.45
II. en las labores domésticas	3.36	7.45
<b>Discapacidad TOTAL (0- 144)</b>	63.45	14.82

Sobre las pérdidas que informaron tener los pacientes en el mes como se muestra en la tabla 8, sólo el 31.3% reconoció haber tenido que disminuir su nivel de trabajo, y de igual manera, este mismo porcentaje de pacientes, informo que durante el último mes, ganó menos dinero.

**Tabla 8. Pérdidas por discapacidad en el mes**

<b>Pérdidas en el mes</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
I. Reducción nivel de trabajo	45 (67.2%)	21 (31.3%)
II. Ganar menos dinero	45 (67.2%)	21 (31.3%)

En la tabla 9, se muestra la discapacidad por áreas y total por grado de severidad. El área de actividades en la vida diaria, fue donde se presentó la mayor discapacidad ya que, el 46.3% informó no poder realizar las actividades, mientras que el área de autocuidado fue el área que presentó el menor nivel de discapacidad ya que, el 40.3% informó no presentar ninguna discapacidad. Tanto en el área de comprensión y comunicación, en el área de movilidad, como en el área de autocuidado, el 40.3% informó tener un nivel de discapacidad moderado; y en el área de participación, el 41.8% informó tener un nivel de discapacidad moderado. Sobre el nivel de discapacidad global, el 70.1% informó tener un nivel de discapacidad global moderado, el 28.4% informó un nivel severo, y sólo el 1.5% informó tener un nivel de discapacidad global leve.

**Tabla 9. Discapacidad total y por áreas (WHODAS-II)**

<b>Discapacidad</b>	<b>Ninguna</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Severo</b>	<b>Extremo/ No puede</b>
<b>Rango teórico</b>		<b>(1-36)</b>	<b>(37-72)</b>	<b>(73- 108)</b>	<b>(109- 144)</b>
<b>I. Comprensión y Comunicación</b>	7(10.4%)	27 (40.3%)	19(%)	12(28.4%)	2(17.9%)
<b>II. Capacidad para Moverse</b>	23(34.3%)	33(49.3%)	8(11.9%)	3 (4.5%)	0%
<b>III. Auto- cuidado</b>	27(40.3%)	34(50.7%)	6(9%)	0%	0%
<b>IV. Relacionarse con otras personas</b>	2(3%)	16 (23.9%)	27 (40.3%)	17 (25.4%)	5 (7.5%)
<b>V. Actividades de la vida diaria</b>	0%	3 (4.5%)	9 (13.4%)	24 (35.8%)	31 (46.3%)
<b>VI. Participación en Sociedad</b>	3 (23.5%)	16 (23.9%)	28 (41.8%)	16 (23.9%)	4 (6%)
<b>TOTAL</b>	0%	1 (1.5%)	47 (70.1%)	19 (28.4%)	0%

Finalmente, en la tabla 10 se presenta la media de la población total de las horas que dedica a las labores domésticas, y la media de horas de trabajo a la semana sólo de la población con trabajo remunerado.

**Tabla 10. Horas que trabajan los pacientes (WHODAS)**

<b>Número de horas por semana</b>	<b>DE</b>	
Horas para labores domésticas	4.93	7.025
Horas que trabaja	26.41	16.52

### **Relación entre conciencia de enfermedad y características sociodemográficas**

Para evaluar diferencias entre conciencia de enfermedad y las características sociodemográficas se corrieron  $\chi^2$  para cada variable sociodemográfica (sexo, ocupación, escolaridad y estado civil) por nivel de conciencia global y por nivel de atribución de los síntomas individuales.

Se encontró una  $\chi^2$  significativa entre escolaridad (primaria, secundaria, preparatoria, carrera técnica, estudios de licenciatura y posgrado) y el nivel de síntomas individuales bajo y alto (11.01,  $p=0.05$ ). Esto es, el 40.0% del total de los pacientes que informaron tener una conciencia de enfermedad alta, tenían como grado máximo de estudios la secundaria. En contraste, sólo el 2.2% de quienes informaron una conciencia alta tenían estudios de posgrado.

**Tabla 11. Diferencias por escolaridad y atribución (síntomas individuales)**

	Escolaridad						Total (N=67)
	Primaria (n=7)	Secundaria (n=21)	Prepa (n=18)	C. Técnica (n=12)	Licenciatura (n=5)	Posgrado (n=4)	
Atribución							
Baja (n=22)	4 (18.2%)	3 (13.6%)	4 (18.2%)	6 (27.3%)	2 (9.1%)	3 (13.6%)	100%
Alta (n=45)	3 (6.7%)	18 (40.0%)	14 (31.1%)	6 (13.3%)	3 (6.7%)	1 (2.2%)	100%

\*  $p=0.05$

### **Relación entre conciencia de enfermedad y características clínicas**

Se encontraron diferencias significativas entre el diagnóstico y el nivel de conciencia de enfermedad ( $\chi^2= 13.14$ ,  $p=0.041$ ) donde una mayor proporción de los pacientes con un diagnóstico esquizoafectivo tuvieron alta conciencia (66.7%) en comparación con los demás grupos diagnósticos.

**Tabla 12. Diferencias por diagnóstico y atribución (síntomas individuales)**

Conciencia enfermedad TOTAL	Diagnóstico			
	Esquizofrenia Paranoide	Esquizofrenia otro subtipo	Esquizoafectivo	Otro tx.psicótico
Baja	3 (5.4%)	0%	0%	0%
Parcial	46 (82.1%)	1 (100%)	2 (33.3%)	2 (50%)
Alta	7 (12.5%)	0%	4 (66.7%)	2 (50%)
Total	56 (100%)	1 (100%)	6 (100%)	4 (100%)

\* $p < 0.05$

### **Relación entre conciencia de enfermedad y sintomatología depresiva**

Para evaluar si existieron diferencias entre los niveles de atribución y el nivel de sintomatología depresiva, se corrió una  $\chi^2$  entre nivel de atribución (baja versus alta) y nivel de sintomatología depresiva (elevada versus no elevada). Se encontraron diferencias significativas ( $\chi^2=3.18$ ,  $p=0.05$ ) donde el 81% de los pacientes que tuvieron una atribución baja informaron tener una sintomatología no elevada. La alta atribución de síntomas está asociada con más sintomatología depresiva elevada.

**Tabla 13. Diferencias por sintomatología depresiva y atribución (síntomas individuales)**

	Sintomatología depresiva		
Atribución	Elevada	No Elevada	Total
Baja (n= 22)	4 (18.2%)	18 (81.8%)	22 (100%)
Alta (n=45)	18 (40%)	27 (60%)	45 (100%)

\* $p = 0.05$

También, se corrió una prueba t para muestras independientes siendo la variable independiente atribución ( $x= 3.45$ , D.E= 3.51), y la variable dependiente la sintomatología depresiva ( $x=5.53$ , D.E= 4.36). La diferencia entre las medias de ambos grupos mostró ser estadísticamente significativa,  $t= -1.94$ ,  $p= 0.05$ .

### **Exploración factorial de la sub-escala de Atribución**

Se realizaron los análisis pertinentes entre la escala SUMD, sus subescalas y la escala de Calgary y la escala WHODAS- II, sin embargo, no se obtuvo ninguna correlación significativa. Así, para entender la falta de asociaciones esperadas, se busco a través de un análisis factorial exploratorio evaluar cómo es que los 17 ítems de la sub-escala de atribución se agrupaban ya que, al ser ítems que evalúan diferentes aspectos, se debiesen agrupar de distinta manera dentro de la subescala.

Inicialmente, se corrió un análisis factorial con el objetivo de conocer como se agrupaban los reactivos, se obtuvieron 7 factores. Sin embargo, dado que sólo son 17 ítems, se recurrió a la literatura para tener un sustento teórico bajo el cual agrupar a los factores. Se sabe que existen cuatro características principales en la esquizofrenia, síntomas positivos, síntomas negativos, déficit cognitivo y control de impulsos (APA, 2001). Por ello, se corrió un análisis factorial forzado a 4 factores, que después de 8 iteraciones con 16 reactivos, explican el 44.34% de la varianza total. Las cargas

factoriales debieron ser  $\geq 0.30$  (Kerlinger & Lee, 2002). Por ello, el reactivo 13 “Alogia” no fue incluido ya que, su carga factorial fue menor a 0.30.

El método de extracción empleado fue análisis de componentes principales y rotación varimax con normalización Kaiser. Los factores, reactivos y cargas factoriales se presentan en la tabla 14. Sin embargo, los reactivos del factor 2 fueron los únicos que se agruparon de acuerdo a lo esperado teóricamente.

**Tabla 14. Factores de la sub-escala de Atribución**

Factores	Número	Reactivo	Carga Factorial
Factor 1	6	Trastorno del pensamiento	0.789
	10	Juicio social disminuido	0.677
	14	Afecto aplanado	0.402
	18	Confusión- desorientación	0.481
Factor 2	15	Abulia	0.637
	16	Anhedonia	0.433
	19	Pobre contacto visual	0.705
	20	Deterioro en relaciones sociales	0.701
Factor 3	7	Afecto inapropiado	0.671
	8	Vestimenta extravagante	0.506
	11	Control de impulsos agresivos	0.625
	12	Control de impulsos sexuales	0.474
	17	Alteración en la atención	-0.453
Factor 4	4	Alucinaciones	0.628
	5	Delirios	0.510
	9	Conducta estereotipada	0.592

Se realizaron análisis de correlación de Pearson entre los cuatro factores de la sub-escala de atribución (conciencia de enfermedad) y la sintomatología depresiva. Se obtuvo una correlación baja y estadísticamente significativa entre el Factor 2 y la sintomatología depresiva con un  $r = 0.330$  ( $p = 0.008$ ). Posteriormente, se realizó un análisis de regresión logística entre los cuatro factores y la sintomatología depresiva, donde se encontró que aquellos pacientes que reconocen su abulia (falta de voluntad), su pobre contacto visual y su deterioro en las relaciones sociales como aspectos de su enfermedad, tiene 45% mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva elevada (OR =1.45; IC 95%: 1.008- 2.105;  $p < 0.05$ )

### **Relación entre conciencia de enfermedad y discapacidad**

Para evaluar si existieron diferencias entre los niveles de atribución y el nivel de discapacidad, se corrió una  $\chi^2$  entre nivel de atribución (baja versus alta) y nivel de discapacidad (leve versus moderado versus severa). No se encontraron diferencias significativas.

Así mismo, se realizaron análisis de correlación de Pearson entre la escala WHODAS-II por puntaje total y por áreas, con la escala de conciencia de enfermedad, por puntaje total, por sub-escala de conciencia y por sub-escala de atribución. Sin embargo, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas.

Por último se corrió una prueba t para muestras independientes siendo la variable independiente atribución y la variable dependiente discapacidad. No se encontró una diferencia estadística significativa.

### **Conciencia de enfermedad (SUMD) como mediador entre discapacidad (WHODAS –II) y sintomatología depresiva (CSD)**

Para determinar si el nivel de conciencia de enfermedad tiene un papel mediador entre la asociación del nivel de discapacidad y el nivel de sintomatología depresiva, se realizaron los siguientes pasos:

1. Se corrió una correlación de Pearson entre el puntaje total de sintomatología depresiva y el puntaje total de discapacidad. Se obtuvo una correlación moderada y estadísticamente significativa con un  $r = 0.425$  ( $p = 0.000$ ).
2. Se corroboró que conciencia de enfermedad estuviese asociada a sintomatología depresiva (análisis previamente realizados que indicaron una asociación).
3. Se buscó que conciencia de enfermedad estuviese asociada con discapacidad. Sin embargo este análisis previamente realizado no indicaron una asociación entre ambas.
4. Se realizó un análisis de regresión logística entre discapacidad la sintomatología depresiva, controlando por conciencia de enfermedad para evaluar si su presencia, disminuía o desaparecía la asociación. No se encontró un estadístico significativo que indicara un cambio significativo en la relación.



## DISCUSION

El presente estudio tuvo por objetivo describir el nivel de conciencia de enfermedad de 67 pacientes del INPRF y su asociación con la discapacidad y la sintomatología depresiva.

### **Hallazgos principales**

Los resultados muestran que más de la mitad de la población eran hombres, con una media de edad y un nivel escolar similar al documentado en el estudio de Ertuğrul & Uluğ (2002), y la mayoría se encontraba soltero al momento del estudio. Ello, es congruente con la literatura que nos dice que existe un predominio de hombres en la esquizofrenia (Cardenas, Mausbach, Barrrio, Bucardo, Jeste & Patterson, 2007; Ertuğrul & Uluğ, 2002), y que debido a su discapacidad la mayoría se encuentran sin pareja (Ertuğrul & Uluğ, 2002; Valencia et. al., 2003; Valencia et. al., 2004).

Únicamente, un tercio tenía trabajo de tiempo parcial remunerado. Aproximadamente la mitad se encontraba desempleada, un porcentaje relativamente menor al que se ha observado en otros estudios cuyos rango de desempleo en estos pacientes está entre el 70 y el 85% (Mulkern & Maderscheid, 1989; Srinivasa et. al., 2005). El porcentaje de pacientes con trabajo de tiempo parcial podría explicarse dado que la muestra no pertenece a un país desarrollado donde existe mayor apoyo de la sociedad, y existe menos institucionalización. Por ejemplo, el estudio de Srinivasa y cols. (2005) fue realizado en India, y el de Mulkern & Maderscheid en Turquía (países no desarrollados) donde se encontraron grandes porcentajes de desempleo en estos pacientes.

Sobre las características clínicas, el diagnóstico con mayor prevalencia fue esquizofrenia paranoide, como se sabe que es el subtipo de esquizofrenia más común (Cullberg, 2006; Csernansky, 2002). La mayoría de los pacientes no presentó una sintomatología depresiva elevada al momento del estudio, contrario a lo que otros estudios en México han encontrado (Apiquian et. al., 1997; Apiquian et. al., 2001) posiblemente, porque casi la mitad estaba bajo tratamiento antidepresivo. Finalmente, la mayoría de los pacientes tuvo una conciencia parcial, y una moderada discapacidad en la mayoría de sus áreas de funcionamiento.

## **Hallazgos específicos**

### **Descripción de conciencia de enfermedad**

Con respecto al primer objetivo de este estudio, la descripción de la conciencia de enfermedad en estos pacientes, se encontró en el puntaje total de la escala SUMD, la mayoría de los pacientes tuvo una parcial conciencia de enfermedad, y casi un 20% de los pacientes tuvieron una alta conciencia de enfermedad, contrario a lo que señala la literatura. No obstante, este hallazgo, es congruente con aquel encontrado por Haro y cols. (2001) quienes encontraron que la mitad de su población estudiada tuvo una alta conciencia de enfermedad y una cuarta parte, una parcial conciencia de enfermedad.

Posiblemente, la psicoeducación que reciben estos pacientes en el INPRF (terapia de aceptación y compromiso, terapia ocupacional y rehabilitación psicosocial), así como el criterio de estabilidad para inclusión en el estudio (en cuanto a episodios psicóticos graves), contribuyen a una mayor conciencia en esta muestra. Una explicación probable, es que la conciencia de enfermedad mejora con cursos psicoeducativos y varía con cambios en la estabilidad durante el curso de la enfermedad (al respecto, se necesitan realizar estudios que exploren estos aspectos). Además, los pacientes de este estudio en específico, cuentan con la condición favorable de asistir a una institución multidisciplinaria de nivel nacional como el INPRF que ofrece las condiciones necesarias (consultas, cursos, terapias, programas para el paciente y el familiar) para el desarrollo integral de los pacientes.

En la sub-escala de conciencia de enfermedad, se encontró que la mayoría de los pacientes reconoció tener un trastorno mental, reconoció los efectos logrados por el medicamento y reconoció haber tenido consecuencias personales debido a su enfermedad. Estos porcentajes, son similares a aquellos encontrados por Haro y cols. (2001) sobre los tres reactivos de la sub-escala. Una posible explicación reside en la psicoeducación que estos pacientes han recibido.

Sobre la sub-escala de atribución de los síntomas individuales, los resultados encontrados muestran sólo un pequeño porcentaje de los pacientes de esta población, atribuyen su falta de placer y su falta de atención a la esquizofrenia (17.5% y 17% respectivamente). Sin embargo, la mayoría tuvo una atribución baja de sus síntomas, entre estos, los síntomas con menor atribución (casi al 100%) fueron alogia y vestimenta inusual, lo que indica que estos pacientes no reconocen que su vestimenta inusual y/o excéntrica, su escaso uso de lenguaje, su disminución en la fluidez del

mismo, y sus respuestas breves y vacías, sean condiciones que forman parte de su enfermedad.

Finalmente, las medias obtenidas en este estudio, tanto del total como de las dos sub-escalas fueron notablemente más altas que aquellas encontradas en el estudio de Ruiz y cols. (2008) quienes realizaron un estudio para validar la Escala SUMD (Amador et. al., 1993) en España. Esto podría deberse tal vez, a que los pacientes evaluados por Ruiz y cols. se encontraban al momento del estudio en régimen de hospitalización parcial, estables en cuanto a su psicopatología aunque sin información sobre su nivel educativo, contra aquéllos del presente estudio que se encontraban en consulta externa con un nivel educativo promedio de secundaria (31.3%).

### Nivel de discapacidad

Acerca de la discapacidad, se encontró que en general, estos pacientes tuvieron una media de discapacidad (63.45) similar a la encontrada en 2002 por Srinivasa y cols. (57.5) en la medición de línea base, no así comparada con la de otros estudios como McKibbin y cols. (2004), donde se documentó que la mayoría de los pacientes con esquizofrenia en su población, presentaron un pobre y deteriorado funcionamiento psicosocial como consecuencia de una discapacidad severa en el área de participación social. Reflejando así, el aislamiento, el sufrimiento emocional y la falta de independencia económica asociados con la esquizofrenia.

Con respecto a la discapacidad por áreas, se encontró que el área que presentó la mayor discapacidad fue la de actividades en la vida diaria, mientras que el área con el menor porcentaje de discapacidad fue la de cuidado personal, congruente con lo que informan otros estudios (Wiersma et al., 2000; Srinivasa et. al., 2002, Gureje 2002). Esto tiene sentido, dado que la mayoría de estos pacientes se encuentran viviendo en casa sin actividades específicas a realizar. Aquellos que llevan más años con la enfermedad muestran una fuerte discapacidad en actividades tan sencillas como lavar los trastes. También, los medicamentos tienen efectos secundarios que hacen que el paciente se sienta aletargado y en conjunto con los síntomas negativos, les producen mucho sueño y se sienten con cansancio la mayor parte del tiempo.

Al revisar la media de las horas que trabajan estos pacientes, se muestra mucho más elevada que lo que se ha informado en la literatura. Se sabe que estos pacientes se encuentran en su mayoría sin trabajo, y que aquellos que tienen, generalmente suele ser un trabajo no remunerado (Ertuğrul & Uluğ, 2002; Gureje et. al., 2002; Wiersma et. al., 2000). Muchas veces, los pacientes suelen trabajar en los negocios de familiares,

o con trabajos no estables como vendedores de productos en su propia casa. Una posible explicación sobre el promedio moderadamente alto de horas que trabajan estos pacientes, pudiera ser que su percepción en sí se encuentra alterada, y que existe una pérdida de contacto con la realidad por su misma sintomatología positiva. Además, es entendible que exista una fuerte necesidad por parte de estos pacientes de sentirse útiles, y que sus distorsiones, pensamientos y delirios se encuentren en torno a ser personas productivas.

#### Conciencia de enfermedad y características sociodemográficas y clínicas

Sobre la relación entre las características sociodemográficas y clínicas, sólo se encontraron diferencias por diagnóstico y nivel educativo. Aquellos con trastorno esquizoafectivo tuvieron mayor conciencia comparados con aquellos con esquizofrenia paranoide y otros trastornos psicóticos. Esto, es congruente con lo que Amador y cols. (1994) documentaron en cuanto a que los pacientes con trastorno esquizoafectivo tienen mayor conciencia de sus alucinaciones, de sus delirios y de sus síntomas negativos. Sobre la diferencia que se encontró en la atribución de los síntomas por nivel educativo, se tiene que tomar cautelosamente dado que los hallazgos indican que quienes presentaron una mejor conciencia de enfermedad fueron aquellos con nivel secundaria, y en contraste aquellos con un nivel de educación superior o con posgrado, obtuvieron una atribución baja, sin embargo, si se verifica el número de pacientes en cada uno de los niveles educativos, la mayoría tiene un grado escolar de secundaria, y la minoría informo tener un posgrado, lo que pondera los resultados hacia el primero.

#### Conciencia de enfermedad y discapacidad

Con respecto a la asociación entre el nivel de conciencia de enfermedad y la discapacidad, no se encontró una asociación significativa entre ambas variables. En un estudio realizado por Simon, Berger, Giacomini y cols. (2004), no se encontró una asociación entre los factores de la conciencia de enfermedad y el funcionamiento psicosocial. En contraste, este hallazgo no concuerda con aquél documentado por Amador y cols. (1994) donde se encontró una asociación entre el grado de conciencia con el nivel de funcionamiento psicosocial. Cabe destacar que el nivel de funcionamiento fue evaluado a través del Global Assessment Scale (GAS; Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976), y por el contrario, en este estudio la evaluación fue dirigida hacia la discapacidad en su funcionamiento diario a través del WHODAS- II (WHO, 2001). Además, sobre conciencia y su relación con la discapacidad, algunos autores (Haro et. al., 2001) han evaluado la relación entre conciencia de enfermedad y

algunos indicadores de discapacidad como no tener un trabajo remunerado, o estar solteros, sin embargo, no se ha documentado sobre la relación entre conciencia de enfermedad (SUMD) y la discapacidad evaluada a través del WHODAS- II.

Estas diferencias encontradas con respecto a lo informado en la literatura puede deberse a que la escala WHODAS- II, podría estar sobreestimando el nivel de funcionamiento ya que, por un lado, estos pacientes aparecen con mejor funcionamiento que aquel informado en la literatura como ya se menciono anteriormente, y por el otro, pareciera que el WHODAS II, subestima el nivel de discapacidad en estos pacientes en situaciones que son comunes cuando se intentan medir variables psicosociales, como lo fue en este caso, principalmente porque los factores psicosociales son un abanico de dimensiones, y que dependiendo de las dimensiones que se estén evaluando, son los resultados que se obtienen.

#### Conciencia de enfermedad y sintomatología depresiva

Sobre la asociación entre conciencia de enfermedad y sintomatología depresiva, se encontró una diferencia significativa entre aquellos pacientes con una atribución baja de la enfermedad pues la mayoría no presento una sintomatología elevada. Además, al hacer el análisis factorial exploratorio, se encontró que aquellos síntomas individuales que se referían a la sintomatología negativa como la abulia, la anhedonia, el pobre contacto visual y el deterioro en las relaciones sociales se correlacionaron en un grado leve con la sintomatología depresiva, lo cual puede explicarse debido a que los síntomas negativos son muy similares a aquellos cuando se está en un periodo depresivo.

Aun más, se encontró que aquellas personas que atribuyen estos cuatro síntomas a su enfermedad, se encuentran en riesgo de tener un estado depresivo (seis o más síntomas depresivos). Todo esto, concuerda con los datos a nivel mundial sobre la relación entre conciencia de enfermedad y sintomatología depresiva como en el estudio de Drake y cols. (2004) quienes encontraron una asociación entre ambas, donde una mayor conciencia de enfermedad predice depresión. Pudiera ser que estos pacientes se deprimen más cuando se dan cuenta de la situación en la que se encuentran: sin un trabajo remunerado donde puedan poner en práctica sus habilidades, y desarrollar otras; dependiendo la mayor parte de la familia tanto a nivel económico como a nivel emocional pues en muchos casos, los parientes cercanos son el único apoyo con el que cuenta el pacientes; sin pareja y con una enfermedad crónico-degenerativa como lo es la esquizofrenia que en el curso del tiempo genera

mayores problemas, y sus habilidades y capacidades van disminuyendo de manera significativa.

#### Conciencia de enfermedad como mediador entre discapacidad y sintomatología depresiva

Se encontró una correlación moderada entre discapacidad y sintomatología depresiva, ello concuerda con lo encontrado por McKibbin y cols. (2004), donde parece que el WHODAS-II también es una prueba sensible para detectar sintomatología depresiva. Sin embargo, de acuerdo a los resultados encontrados, esta relación no se encuentra mediada por la conciencia de enfermedad. Esto podría explicarse en primer lugar, porque la conciencia de enfermedad es un constructo complejo de evaluar con una sola escala, y en segundo, porque tal vez la escala SUMD no sea sensible a población mexicana, y por ello al no correlacionar con ninguna de las otras dos escalas, no se encontró un efecto mediador de la conciencia sobre estas.

#### Conciencia de enfermedad, discapacidad y síntomas depresivos

No se encontró una correlación significativa entre los puntajes de la escala de SUMD (puntaje total, total de la sub-escala de conciencia, total de la sub-escala de atribución de los síntomas) con el nivel de discapacidad (WHODAS- II) y con el nivel de sintomatología depresiva (CDS). Esto, puede explicarse dado el escaso número de pacientes de la muestra, y que no fue homogénea en cuanto a la sintomatología depresiva. Además, puede que exista una variabilidad en la conciencia y en los mecanismos subyacentes que podrían ser más o menos específicos. Por ejemplo, la falta de correspondencia en la sub-escala de atribución de los síntomas individuales pues son diferentes dominios.

La asociación entre conciencia de enfermedad, discapacidad y sintomatología depresiva controlando por edad de inicio de la enfermedad y estar bajo tratamiento con antidepresivos, no pudo ser corroborada. Esto puede deberse a que no se obtuvo una muestra homogénea de pacientes con sintomatología depresiva elevada y no elevada, y porque al controlar por años de evolución de la enfermedad, la asociación puede ser más fuerte, que al controlar por edad de inicio. Además, al tener una muestra clínica (pocos pacientes), es difícil encontrar fuertes asociaciones. Así mismo, no se pudieron corroborar las hipótesis específicas, una sobre la asociación entre estas tres variables, controlando por edad de inicio de tratamiento, y la otra, controlando por sexo y tratamiento con antidepresivos. Una posible explicación de porque estas hipótesis no pudieron ser corroboradas es en primer lugar porque al no

encontrar una asociación significativa entre conciencia de enfermedad, discapacidad y sintomatología depresiva, no se pudo verificar si esta asociación se modificaba por sexo, tratamiento con antidepresivos y edad de inicio de tratamiento. Por otra parte, se podría plantear la posibilidad de que más que la edad de inicio de tratamiento, sean los años de evolución los que posiblemente modifiquen la asociación entre el grado de conciencia, el grado de discapacidad, y el número de síntomas de depresión que un paciente con esquizofrenia pueda tener a lo largo del tiempo, pues se sabe que es una enfermedad con un curso crónico y degenerativo.

### **Implicaciones clínicas**

Es importante evaluar la conciencia de enfermedad como un fenómeno multidimensional, y que los mecanismos que subyacen a la capacidad de tener una conciencia global de la enfermedad, de la necesidad de un tratamiento y de las consecuencias personales y sociales de la misma, puede que no sean los mismos que subyacen a la conciencia (atribución) de los síntomas de la esquizofrenia.

La escala SUMD, así como diversos instrumentos diseñados para evaluar la conciencia de enfermedad, probablemente sólo mide de forma parcial este fenómeno complejo. No obstante, el utilizar la versión de 20 ítems ayuda a distinguir la apreciación que tiene el paciente sobre cada uno de sus síntomas, y también, a poder distinguir las interpretaciones o atribuciones que realiza de los mismos. Ello, ayuda a tener una visión más global sobre el paciente para poder mejorar los cursos de rehabilitación, o de terapia de aceptación donde se le brinde al paciente la información y las herramientas necesarias para tener una mejora en la percepción de su enfermedad.

Por último, es importante aportar conocimiento en el área de la conciencia de enfermedad de los pacientes con esquizofrenia pues implica interesarse por lo que piensa una persona sobre lo que le está pasando, que sensaciones y percepciones tiene sobre lo que le ocurre, (aunque está sea una pequeña aproximación a su atribución), cuáles son sus explicaciones sobre lo que le pasa, y además implica aceptar la subjetividad de las diferentes experiencias humanas por las que pasan estos pacientes, ya que el trabajo como profesionales de la salud, es reconocer que nuestra labor va más allá de la simple identificación de la existencia de los síntomas y de sólo dar un trato según el protocolo.

## **Implicaciones futuras**

Se sabe que la esquizofrenia es una enfermedad que no tiene cura, pero existen tratamientos con los que, muchas veces, quienes la padecen, pueden reinsertarse a su vida social, familiar y laboral. Por ello, es conveniente que en futuras investigaciones que aportan mayor conocimiento para evaluar y diseñar nuevas intervenciones, se considere como criterio de inclusión, incluir únicamente a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (en sus diversos tipos) para explorar en población mexicana el nivel de conciencia que tienen estos pacientes. Solamente si el objetivo fuera comparar el nivel de conciencia de enfermedad que existe entre los diferentes trastornos psicóticos, sería adecuado incluir todos los diagnósticos que el DSM-IV TR maneja al respecto. Por otra parte, debe considerarse la selección homogénea de los pacientes con esquizofrenia que tenga sintomatología depresiva elevada y no elevada, y que se tomen en cuenta los años de evolución del paciente como una variable relevante, pues no es lo mismo aquel paciente que lleva 15 años con la enfermedad, que aquel que lleva 3 meses en cuanto al deterioro que presenta en sus diversas áreas.

Sobre la estabilidad del paciente, no sólo debe corroborarse con el médico tratante, sino contra expediente, obtener la información sobre el tratamiento antipsicótico bajo el cual se encuentra, durante cuánto tiempo ha estado bajo dicho tratamiento y ¿Cuántos episodios psicóticos ha tenido? Ya que, este tipo de información es relevante para poder controlar diversos factores que pudieran intervenir o mediar la relación entre conciencia, discapacidad y sintomatología depresiva y documentarnos sobre cuanto deterioro cognitivo tiene el paciente, y si esto repercute a su vez en su conciencia de enfermedad.

De igual manera, es importante considerar quiénes han asistido o no a cursos, terapias o programas que puedan influenciar la conciencia del paciente, y así poder evaluar si ello es mediador entre la conciencia y las demás variables.

También, se recomienda que para poder evaluar adecuadamente la conciencia de enfermedad en estos pacientes, se tome en cuenta la validez convergente de la misma, es decir, utilizar dos instrumentos que ayuden a discernir y describir la conciencia de enfermedad, ello podría ser un elemento importante para que pueda encontrarse alguna correlación significativa con otras variables a estudiar.



Por último, los resultados del presente estudio sugieren que existe una necesidad no sólo de evaluar la conciencia de enfermedad en diferentes localidades, sino de comparar estos resultados sub-culturalmente y evaluar las percepciones sobre la conciencia de enfermedad en las diferentes culturas.

### **Limitaciones**

En cuanto a las limitaciones del estudio, se pueden citar en primer lugar aquella con respecto al número de pacientes evaluados. Sin embargo, dado el poco tiempo con el que se contó para realizarla, y lo complejo de la sintomatología del propio trastorno y su estabilidad clínica, es difícil que se pueda establecer entrevistas que permitan una mejor exploración. En muchos de los casos, los pacientes se mostraron reacios ante la presencia de su familiar para la corroboración de la información dada por ellos. Además, el equivalente a un 4% de la población, no aceptó participar en el estudio debido a todas las creencias e ideas que tienen por su propia sintomatología psicótica. La falta de tiempo y recursos no permitió que se incluyeran otros instrumentos para correlacionar la conciencia de enfermedad del SUMD, como el PANSS o entrevistas sobre estilo de vida y emoción expresada y su posible asociación con la conciencia de enfermedad.

Otra limitación, es no haber tomado en cuenta los años de evolución pues es una variable que se ha visto que influye en el nivel de discapacidad y posiblemente en la conciencia de enfermedad. Una última es con respecto a tomar en cuenta también una población homogénea tanto de pacientes con y sin sintomatología elevada, como de pacientes con y sin terapias, cursos y programas de rehabilitación psicosocial.

## CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio, muestran que más de la mitad de las personas que participaron en el presente estudio tuvieron una parcial conciencia de enfermedad, y un número significativo de éstas, tuvo una alta conciencia de enfermedad. Este hecho contrasta con la idea tradicional de que las personas con esquizofrenia no tienen conciencia de enfermedad. Sin embargo, muchos de ellos, a pesar de tener una conciencia parcial de enfermedad, no atribuyen muchos de sus síntomas particulares a la enfermedad. No se encontró una asociación entre la conciencia de enfermedad y la discapacidad. Una posible explicación es la ausencia de un punto de corte para la escala SUMD, y su estandarización para población mexicana.

En conclusión, los estudios sobre esquizofrenia en diferentes regiones del mundo han documentado que la falta de conciencia es un fenómeno prevalente a través de las culturas. Sin embargo, sus resultados apuntan hacia la premisa de que es difícil encontrar una medida universal, confiable, objetiva y sensible culturalmente para su evaluación. Además, abren la posibilidad a la discusión sobre el hecho de que la evaluación de la conciencia se contrapone a los estándares culturales y locales más que a los criterios universales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aceves S. (2001). Estudio de la conciencia de enfermedad en pacientes esquizofrénicos. (Tesis de Psiquiatría), México, UNAM, Facultad de Medicina, 79 p.

Addington D., Addington J. & Maticka- Tyndale E. (1993). Assessing Depression in schizophrenia: The Calgary depression scale. British Journal of Psychiatry, 163 (22), 39- 44.

Addington D., Addington J., Maticka- Tyndale E. & Joyce J. (1992). Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. Schizophrenia Research, 3, 239-244.

Addington J. & Addington D. (1991). Positive and negative symptoms of schizophrenia: their course and relationship over time. Schizophrenia Research, 5, 51-59.

Addington, D., Addington, J. & Schiessel, B. (1990). A depression rating scale for schizophrenics. Schizophrenia Research, 3, 247- 251.

Amador X. & David A. (2004). Insight and Psychosis: Awareness of illness in Schizophrenia and related disorders. Second edition. Oxford.

Amador X. & Kronengold H. (2004). Understanding and assessing insight. In Insight and psychosis (2do edition) (ed. Amador X. & David A), 3-30. Oxford University Press.

Amador X., Flaum M., Andreasen N., Strauss D., Yale S., Clark C. & Gorman J. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. Archives of General Psychiatry, 51, 826- 836.

Amador X., Strauss S., Yale S., Flaum M., Endicott J., Gorman J. (1993). Assessment of insight in psychosis. American Journal of Psychiatry, 150: 873- 879.

American Psychiatric Association. (1994). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, 4th ed.). Quinta reimpresión (1998). México, D. F.: Masson.

American Psychiatric Association. (2001). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV- TR, 4th ed.). Barcelona: Masson.

Apiquian R., Lozaga, C., Cruz., Gutierrez, D., Suárez, J., Ulloa, RE., Fresan, A., Vallejo, G., Nicolini, H., Medina- Mora, ME. (1997). Estudio mexicano del primer episodio psicótico: resultados preliminares, características sociodemográficas y clínicas. Salud Mental, 20(3).

Apiquian, R., Fresán, A., Ulloa, R., García- Anaya, M., Lóyzaga, C., Nicolini, H., Ortega- Soto, H. (2001). Estudio comparativo de pacientes esquizofrénicos con y sin depresión. Salud Mental, 24(5).

Beck A., Baruch E., Balter J., Steer R. & Warman D. (2004). A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive insight scale. Schizophrenia Research, 68, 319-329.

Beck A., Ward C., Mendelson M., Mock J. & Erbaugh. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 33, 561- 571.

Beck. (1984). Depression; causes and treatment. University of Pennsylvania Press.

Bowie C., Reichenberg A., Patterson T., Heaton R. & Harvey P. (2006). Determinants of real world functioning performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. American Journal of Psychiatry, 163, 418- 425.

Collins A., Remington J., Coulter K. & Birkett K. (1997). Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. Psychological Review, 107, 261- 288.

Csernansky J. (2002). Schizophrenia, a new guide for clinicians. Marcel Dekker Inc, New York.

Cuesta M. & Peralta V. (1994). Lack of insight in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 20(2).

Cuesta M. & Peralta V. (2000). Reappraising insight in psychosis. Multiscale longitudinal study. British Journal of Psychiatry, 177, 233-240.

Cullberg J. (2006). Psychoses: An integrative perspective. International Society for the psychological treatments of the schizophrenias and other psychoses. New York.

David A. (1990). Insight in Psychosis. British Journal of Psychiatry, 156, 798- 808.

David A. (2004). The clinical importance of insight: An overview. In Insight and psychosis (2do ed) (ed. Amador X. & David A), 359- 392. Oxford University Press.

David A. (2004). The clinical importance of insight: An overview. In Insight and psychosis (2do edn) (ed. Amador X. & David A), 359- 392. Oxford University Press.

Dollfus, S., Petit, M. & Menard, JF. (1993). Relationship between depressive and positive symptoms in schizofrenia. *Journal of Affective Disorders*. 28:1.

Drake R.J., Pickles A., Bentall R. P., Kinderman P., Haddock G. & Tarrier N. (2004). The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. Psychological Medicine, 34, 285-292.

Ferri C., Chisholm D., Ommeren M. & Prince M. (2004). Resource utilization for neuropsychiatric disorders countries: A multinational Delphi consensus study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 39, 218- 227.

Gold M. (1991). Marihuana. Ediciones en neurociencias. 1ra edición. Barcelona, 91-101.

Gureje O., Herrman H., Harvey C., Morgan V., Jablensky A. (2002). The Australian National survey of psychotic disorders: profile of psychosocial disability and its risk factors. Psychological Medicine, 32, 639- 647.

Haro J., Ochoa S. & Cabrero L. (2001). Conciencia de enfermedad y utilización de servicios en pacientes con esquizofrenia. Actas Españolas Psiquiátricas, 29 (2).

Hausmann A. & Fleischhacker W. (2000). Depression in patients with *Schizophrenia*. CNS Drugs, 14(4), 289- 299.

Jarne, A. (2000). Trastornos esquizofrénicos. En Jarne, A. & Talam, A, (Eds.), Manual de psicopatología clínica. (pp. 391- 452). Madrid, España: Edit. Paidós.

Johnstone E., Humphreys M., Lang F., Lawrie S. & Sandler R. (1999). Schizophrenia: Concepts and clinical management. Cambridge University Press, London.

Lally (1989). Does being in here mean there is something wrong with me? Schizophrenia Bulletin, 15, 253- 65.

Larøi F., Barr W. & Keefe R. (2004). In Insight and psychosis. (2do edition) (ed. Amador X. & David A), 3-30. Oxford University Press.

Liberman R. & Kopelowicz. (2002). Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century. International Journal of Psychiatry, 14, 245- 255.

Lincoln T. Lullmann E. & Rief W. (2007). Correlates and long- term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic Review. Schizophrenia Bulletin, 33 (6), 1324- 1342.

Marková I. & Berrios G. (1992). The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. Acta Psychiatrica Scandinava, 86, 159- 164.

Marková I. & Berrios G. (1995). Insight in clinical Psychiatry: A new model. Journal of Nervous Mental Disease, 183, 743- 751.

Marková I. & Berrios G. (2004). Insight in the psychosis: A conceptual history. In Insight and psychosis (2do edition) (ed. Amador X. & David A), 31-50. Oxford University Press.

Marková I., Roberts K., Gallagher G., Boos H., Kenna P. & Berrios G. (2003). Assessment of insight in psychosis a re-standardization of a new scale. Psychiatry Research, 119, 81-88.

Mc Evoy J., Aland J., Wilson W., Guy W. & Hawkins L. (1981). Measuring chronic schizophrenic patients' attitudes toward their illness and treatment. Hospital and Community Psychiatry, 32, 856- 858.

Mintz A., Dobson K. & Romney D. (2003). Insight in schizophrenia: A meta- analysis. Schizophrenia Research, 61, 75- 88.

Müller M., Müller K. & Fellgieberl D. (2006). Detection of Depression in Acute Schizophrenia; Sensitivity and Specificity of 2 standard observer rating scales. Canadian Journal of Psychiatry, 6, 387-392.

Mueser K. & Jeste D. (2008). Clinical Handbook of Schizophrenia. The Guilford Press. New York.

Norholm V. & Bech P. (2006). Quality of life in schizophrenic patients. Association with depressive symptoms. Nord J of Psychiatry, 60, 32- 37.

Organización Mundial de la Salud. (1998). Reporte de salud mundial. Siglo XXI. WHO, Genova.

Organización Mundial de la Salud. (2003). El contexto de la Salud mental. Editores Médicos.

Osatuke K., Ciesla J., Kasckow J., Zisook S., Mohamed S. (2008). Insight in schizophrenia: a review of etiological models and supporting research. Comprehensive Psychiatry, 49, 70- 77.

Rascón M., Martínez R., López J. & Reyes C. (1997). La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. Salud Mental, 20.

Rascón R., Arredondo A., Tirado L. & López (1998). Una aproximación al costo del tratamiento de las enfermedades mentales en México: depresión y esquizofrenia. Salud Mental, 21(1).

Read J., Mosher L. & Bentall R. (2004). Models of Madness: Psychological, social and biological approaches to schizophrenia. Routledge. London.

Reilly D., Didcott R. & Swift W. (1998). Long-term cannabis use: characteristics of users in Australian rural areas. Addiction, 93, 837-846

Savla G., Moore D. & Palmer B. (2008). Cognitive Functioning, In Clinical Handbook of Schizophrenia (ed. Mueser K. & Jeste D.), 91-100, Guilford Press, New York.

Schwartz J. (2001). Self-awareness in schizophrenia: It's relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments. *Brief Reports*, 401- 403.

Srinivasa R., Kishore K., Chisholm D., Thomas T., Sekar K. & Chandrashekar C. (2005). Community outreach for untreated schizophrenia in rural India; a follow- up study of symptoms, disability, family burden and costs. *Psychological Medicine*, 35, 341- 351.

Torrey F. (1995). The Inner world o madness: View from the inside". In *Surviving Schizophrenia: A manual for families, consumers and providers*. (3<sup>rd</sup>. edition) (ed. Torrey F.), HarperCollins.

Vahia J. & Cohen C. (2008). Psychopatología, In *Clinical Handbook of Schizophrenia* (ed. Mueser K. & Jeste D.), 91-100, Guilford Press, New York.

Valencia, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental. *Salud Mental*, 30 (2).

Valencia, M., Ortega- Soto, H., Rodríguez M., Gómez, L. (2004). Estudio comparativo respecto consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia, 2da. Parte. *Salud Mental*, 27 (4).

Valencia, M., Ortega-Soto, M., Rascón M., Gómez, L. (2002). Evaluación de la combinación de los tratamientos psicossocial y farmacológico en pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp. Psiquiátricas*, 30:6.

Valencia, M., Rascón, M. & Quiroga, H. (2003). Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicossocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 26 (5).

Valencia, M., Rojas, E., González, C., Ramos, L., Villatoro, J. (1989). Evaluación del

Van T., Crumpton E. & Yale C. (1976). Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy. *Archives of General Psychiatry*, 33: 1443-1446.

Váz F., Béjar A., Casado M. & Penasa B. (1997). Conciencia de enfermedad y sínderome positivo/negativo en la esquizofrenia. *Actas Luso- Españolas Psiquiátricas*, 25 (3).



Vázquez- Barquero J., Vázquez Bourgón E., Herrera S. et. al. (2000). Versión en lengua española de un nuevo cuestionario de evaluación de discapacidades de la OMS (WHO-DAS II): fase inicial de desarrollo y estudio piloto. Actas Españolas Psiquiátricas. 28 (2): 77-87.

Waters F., Badcock J. & Maybery M. (2006). Selective attention for negative information and depression in schizophrenia. Psychological Medicine, 36, 455- 464.

Wiersma D., Wanderling J., Dragomirecka E., Ganey K., Harrison G., An Der W., Nienhuis F. & Walsh (2000). Social disability in schizophrenia: its development and prediction over 15 years in incidence cohorts in six European centres. Psychological Medicine, 30, 1115- 1167.

World Health Organization. (2000). *Disability Assessment Schedule: WHODAS II*. 2<sup>nd</sup> ed. Genova, Suiza.

World Health Organization. (2001). *International Classification of functioning, disability and health- ICF*, Genova, Suiza.

<http://www.scribd.com/doc/6774322/ICF-Marco-Contextual-Antecedentes-Estructura>.

# **ANEXOS**

## CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y SU RELACION CON LA DISCAPACIDAD Y LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

### CARTA DE CONSENTIMIENTO

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente para evaluar la conciencia de enfermedad, el nivel de funcionalidad que presenta en su vida diaria, y la presencia de síntomas depresivos.

Su duración aproximada será de media hora.

Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

#### ¿De qué se trata este estudio?

El presente estudio de investigación tiene la finalidad de conocer por medio de entrevistas cómo es que las personas con esquizofrenia ven su propia enfermedad, cómo perciben los síntomas propios de su enfermedad, que ideas tienen sobre las consecuencias sociales de su enfermedad, que opinión tienen sobre los medicamentos, que ideas tienen acerca de que efectos tienen los medicamentos, y su probable relación con el nivel de funcionamiento y la presencia de síntoma depresivos en pacientes que tienen diagnóstico de Esquizofrenia paranoide y son tratados a través de la consulta externa de Clínica de Esquizofrenia.

#### ¿Cuál sería mi participación en este estudio?

1.- Los pacientes que acepten participar, serán entrevistados por el responsable del proyecto, quién le pedirá contestar 3 cuestionarios.

2.- La participación del paciente es voluntaria y previa consulta con el médico tratante. El paciente podrá retirarse en el momento que lo desee sin inconvenientes para su futuro tratamiento.

3.- Este estudio no tiene un beneficio directo sin embargo, usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de los síntomas de la enfermedad.

4.- Usted podrá discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen.

#### Mis derechos

1.- Su participación es voluntaria y confidencial.

2.- Su decisión de participar o no en este estudio no tendrá ninguna consecuencia en su tratamiento en el INPRF.

3.- Sus datos se mantendrán confidenciales. Estarán bajo resguardo del responsable del proyecto. Se le asignará un código a los expedientes por lo que no aparecerán datos personales.

4.- Este estudio no tiene ningún riesgo ya que, únicamente se le entrevistará.

5.- Esta entrevista no generará ningún cargo económico.

#### Disposiciones Generales

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con el médico responsable de la clínica, Dr. Raúl Escamilla al 56 55 28 11 Ext. 553, durante horas regulares de trabajo.

### Carta de Consentimiento

- He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio.
- He hablado directamente con la responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender.
- Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.
- Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.
- Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico.
- Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

### Contacto

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar a la Psicóloga Zayra Uribe al teléfono 04455-35742194.

---

Nombre del Paciente

---

Fecha

---

Firma del Paciente

---

Nombre del Familiar o  
Representante legal

---

Fecha

---

Firma del Familiar o  
Representante legal

---

Nombre del Investigador

---

Fecha

---

Firma del Investigador

**HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **No expediente:** \_\_\_\_\_

**Edad actual:** \_\_\_\_\_

**Edad de Dx:** \_\_\_\_\_

**Edad de Tx:** \_\_\_\_\_

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Escolaridad:** \_\_\_\_\_

**Edo. Civil:** \_\_\_\_\_

**Nombre del familiar:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anotaciones:**


## HOJA DE RESPUESTAS

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

### DEPRESION

	AUSENTE 0	LEVE 1	MODERADO 2	SEVERO 3
1. Depresión				
2. Desesperanza				
3. Autodevaluación				
4. Ideas de Referencia culposas				
5. Culpa patológica				
6. Depresión matutina				
7. Despertar temprano				
8. Suicidio				
9. Depresión observada				

### ANOTACIONES




## WHODAS-II

### I. COMPRENSION Y COMUNICACIÓN

En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para:

	N	L	M	S	E	Días
1. Concentrarse en hacer algo durante diez minutos						
2. Recordar cosas importantes que tiene que hacer						
3. Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria						
4. Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar						
5. Entender en general lo que dice la gente						
6. Iniciar o mantener una conversación						
¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?						

### CAPACIDAD PARA MOVERSE

	N	L	M	S	E	Días
1. Estar de pie durante largos periodos de tiempo como 30 min.						
2. Ponerse de pie cuando estaba sentado						
3. Moverse dentro de su casa						
4. Salir de su casa						
5. Caminar largas distancias, como un kilómetro						
¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?						

### CUIDADO PERSONAL

	N	L	M	S	E	Días
1. Bañarse						
2. Vestirse						
3. Comer						
4. Estar solo durante unos días						
¿Cuánto han interferido dificultades con su vida?						



## II. RELACIONARSE CON OTROS

En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para:

	N	L	M	S	E	Días
1. Relacionarse con personas que no conoce						
2. Mantener una amistad						
3. Llevarse bien con personas cercanas a usted						
4. Hacer nuevos amigos						
5. Tener relaciones sexuales						
¿Cuánto han interferido dificultades con su vida?						

## III. ACTIVIDADES DIARIAS

1. ¿Cuántas horas de la semana dedica a los quehaceres de la casa?	<b>Número de horas:</b>					
	N	L	M	S	E	Días
2. Cumplir con sus quehaceres de la casa						
3. Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes						
4. Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer						
5. Acabar sus quehaceres tan rápido como era necesario						
¿Cuánto han interferido dificultades con su vida?						
6. ¿Durante cuántos días disminuyó o dejó de hacer sus quehaceres debido a su estado de salud?	<b>Número de días:</b>					
7. ¿Cuántas horas a la semana trabaja?	<b>Número de horas:</b>					
8. Llevar a cabo su trabajo diario						
9. Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo						
10. Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer						
11. Acabar su trabajo tan rápido como era necesario						
12. Ha tenido que reducir su nivel de trabajo debido a su edo. salud	1. No					
	2. Sí					
13. Ha ganado menos dinero debido a su estado de salud	1. No					
	2. Sí					
¿Cuánto han interferido estas dificultades en su vida?						
14. En los últimos 30 días, ¿ha perdido medio día o más de trabajo debido a su estado de salud?	<b>Número de días:</b>					

#### IV.PARTICIPACION EN SOCIEDAD

	N	L	M	S	E	Días
1. ¿Cuánta dificultad ha tenido para participar al mismo nivel que el resto de las personas en actividades de la comunidad?						
2. ¿Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su entorno?						
3. ¿Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad o respeto debido a las actitudes y acciones de otras personas?						
5. ¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su estado de salud?						
6. ¿Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su estado de salud?						
7. ¿Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su estado de salud?						
8. ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?						
4. ¿Cuánto tiempo ha dedicado a su estado de salud o a las consecuencias del mismo?						
¿En qué medida han interferido estos problemas con su vida?						
En los últimos 30 días ¿durante cuántos días ha tenido estas dificultades?	<b>Número de días:</b>					

Gracias por su colaboración.