



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ”

“RASGOS DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y SU ASOCIACIÓN CON LA GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS”

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA**

DRA. DIANA PATRICIA GUÍZAR SÁNCHEZ

Asesores:

Tutor teórico: **DR. RICARDO ARTURO SARACCO ÁLVAREZ**

Tutor metodológico: **DRA. ANA FRESAN ORELLANA**

México, D. F. MAYO 2012



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.

CONTENIDO	
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	6
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>8</u>
MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
JUSTIFICACIÓN	32
OBJETIVOS	33
OBJETIVO GENERAL	33
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
HIPÓTESIS	33
<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	<u>34</u>
TIPO DE ESTUDIO	34
POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	34
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	34
FLUJOGRAMA	35
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	36
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	47
IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	48
CRONOGRAMA	48
<u>RESULTADOS</u>	<u>49</u>
<u>DISCUSIÓN</u>	<u>54</u>
FORTALEZAS Y LIMITACIONES	64
<u>CONCLUSIONES</u>	<u>65</u>
<u>REFERENCIAS</u>	<u>66</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>77</u>
I. CONSENTIMIENTO INFORMADO	77
II. CARTA DE APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA	79
III. CARTA DE APROBACIÓN SALUD MENTAL	80

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer con el presente escrito a todos los que contribuyeron con este trabajo de tesis, en primer lugar quiero agradecer a la Dra. Ana Fresán, por su gran apoyo, sin el cual seguramente no se habría podido realizar nada de este trabajo, ya que fue ella la que se mostró interesada en realizar un estudio de percepción social, cuando pocos investigadores muestran ese interés hoy en día. Agradezco también su gran ayuda en la parte de metodológica y de resultados, su apoyo en la recabación de la muestra, su supervisión constante y todas sus sugerencias, pero más importante, la gran paciencia a lo largo de la realización de este trabajo. También quiero agradecer al Dr. Ricardo Saracco con quien me acerqué en primer lugar proponiendo un tema de tesis que involucrara a la sociedad mexicana y su percepción de la enfermedad, y me ayudó a aterrizar el tema, así como también su apoyo en el marco teórico, los antecedentes y por supuesto, en la recabación de la muestra.

Quiero también agradecer a todos los que colaboraron con la aplicación y recolección de datos. También quiero agradecer a mi madre, a la cual le debo todo, y que me brindó un gran apoyo y cariño en todo momento de esta carrera cargada de estigma y a quién dedico esta tesis. Le agradezco además a mi esposo Fernando, por sus consejos, orientación y cuidados hacia mí.

Y finalmente pero no menos importante, quiero agradecer a todos mis maestros del instituto, de quienes aprendí en los últimos 3 años sobre la profesión a la que dedicaré el resto de mi vida y sin los cuales, esta tesis, y sobre todo, esta carrera, solo hubiera permanecido como un sueño.

- **RESUMEN**

En los últimos años las investigaciones y publicaciones sobre la comorbilidad de los trastornos de personalidad con otras entidades clínicas han proliferado. En este marco, sorprende la escasez de estudios que se centren en la personalidad y sus trastornos en los pacientes con esquizofrenia. Las investigaciones llevadas a cabo en el binomio trastorno de personalidad-esquizofrenia se han limitado al estudio de la personalidad premórbida, las cuales se orientan hacia la importancia de la interacción *rasgo-trastorno de personalidad-síntomas* en la esquizofrenia.

El estudio de la personalidad en la esquizofrenia sugiere varias cuestiones que deben ser consideradas, incluyendo las interacciones rasgo-estado y la función de la personalidad en la esquizofrenia.

El concepto de rasgo surge en los modelos dimensionales de clasificación de la personalidad. Si consideramos que los rasgos de la personalidad están presentes en todos los individuos, cabría decir que una desviación en el nivel cuantitativo de los mismos caracteriza los rasgos anormales que constituirán los trastornos de personalidad o en una expresión específica de los síntomas de la esquizofrenia.

A pesar de los crecientes avances en el conocimiento de la esquizofrenia, existen pocos modelos que integren los avances neurobiológicos con la personalidad, lo cual permitiría un mayor entendimiento de la relación entre los síntomas de la esquizofrenia y la personalidad del individuo que la padece. Hasta el momento, aún nos encontramos lejos de poder alcanzar acuerdos científicos que sean compartidos unánimemente por todos los investigadores con respecto a ambas cuestiones. La importancia de la personalidad en la esquizofrenia es innegable, haciendo necesario la realización de estudios longitudinales que evalúen de forma específica las características de la personalidad desde el inicio de la esquizofrenia para poder determinar su estabilidad o variabilidad de acuerdo al curso del padecimiento y las implicaciones pronósticas y de tratamiento de la esquizofrenia.

Objetivo: Determinar los rasgos de la personalidad en pacientes con esquizofrenia y su asociación con la gravedad de los síntomas psicóticos. Población. Se incluyeron un total de 100 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia y 100 sujetos sanos pareados por género y edad.

Resultados: Se incluyeron un total de 100 pacientes con esquizofrenia. El 66% de los pacientes fueron hombres y el 34% restante fueron mujeres, con una edad promedio de 36.6 (D.E.=11) años (rango 18-64 años) y una escolaridad de 11.3 (D.E.=3.1) años (rango 2-20 años) equivalente al segundo año de bachillerato. La mayoría de los pacientes se encontraban sin pareja al momento del estudio (81%) y tan solo el 19% tenían una actividad laboral económicamente remunerada. De acuerdo a la clasificación establecida por la institución de reclutamiento, el 93% de los pacientes tenían un nivel socioeconómico bajo. La edad de inicio del padecimiento fue reportada a los 26.5 (D.E.=8.6) años (rango 14-51 años) con un promedio de 59.3 (D.E.=47.9) semanas (rango 3-200 semanas) de duración de la psicosis no tratada. En su mayoría, los pacientes tuvieron el diagnóstico de esquizofrenia paranoide. El uso de sustancias se presentó en el 80%, siendo la nicotina y el alcohol las sustancias de mayor consumo. Mediante el coeficiente de correlación de Pearson se determinó el nivel de asociación de la gravedad de los síntomas psicóticos evaluados con las subescalas de la PANSS y las dimensiones de temperamento y carácter evaluados con el ITC-R. Se observó una asociación directa entre la gravedad de los síntomas depresivos y la evitación al daño (HA) y una asociación inversa con la gravedad de los síntomas depresivos y la dependencia a la recompensa (RD). Estas asociaciones aún cuando mostraron ser significativas estadísticamente tuvieron un valor de correlación bajo.

Discusión: El modelo de personalidad de los 7 factores o modelo psicobiológico del temperamento y carácter permite entender y estudiar la relación entre los síntomas de la esquizofrenia y la personalidad, ya que distingue entre rasgos temperamentales básicos (relacionados con procesos biológicos) y aspectos caracteriológicos determinados evolutivamente (relacionados con procesos medioambientales). Es relevante para el estudio de la esquizofrenia porque la dopamina, serotonina y noradrenalina, relacionadas con las dimensiones del temperamento están implicadas en la expresión de síntomas y son el principal objetivo de la medicación antipsicótica.

PALABRAS CLAVE

Personalidad, esquizofrenia, síntomas psicóticos, personalidad premórbida.

- **ABSTRACT**

In recent years, research on the comorbidity of personality disorders and other clinical conditions has increased. Nevertheless, it is quite surprising that very little research has been done in terms of personality and its disorders in patients with schizophrenia. Most of the studies related to the binomial construct of personality disorders and schizophrenia are limited to the study of premorbid personality, which emphasizes the importance of the interaction between trait-personality disorder-schizophrenia symptoms.

The study of personality in patients with schizophrenia suggest several issues that must be consider, including the trait-state interactions and the role of personality in the course of schizophrenia.

The conceptual definition of trait emerges from the dimensional classification models of personality. In this way, knowing that some personality features are present in all individuals, we can assume that their deviation in a quantitative level result in abnormal personality features that constitute personality disorders or even can be expressed as a specific expression of some schizophrenia symptoms.

Although the growing evidence in the knowledge of schizophrenia, there are very few models that include the scientific neurobiological evidence of the disease and personality features. An inclusive model may promote our understanding of the relationship between schizophrenia symptoms and the personality features of the patient who suffers the disease. Until now, we are still far from reaching scientific consensus to be unanimously shared by all researchers with respect to both issues.

The importance of personality in schizophrenia is undeniable, so future longitudinal that assess personality characteristics since illness onset should be warranted. These studies may be extremely useful to determine personality stability during the course of illness and may help to determine the prognosis and treatment implications of personality in schizophrenia.

Objective: To determine the personality traits in patients with schizophrenia and their association with severity of psychotic symptoms.

Population: A total of 100 patients with a diagnosis of schizophrenia and 100 healthy subjects matched by gender and age.

Results: From the total of 100 patients with schizophrenia 66% of the patients were male and 34% were women, with an average age of 36.6 years (SD= 11) and education of 11.3 (SD=3.1). Most patients were without a partner at the time of the study (81%) and only 19% had an economically gainful work activity. According to the classification established by the institution of recruitment, 93% of patients had low socioeconomic status. Most of the patients had a diagnosis of paranoid schizophrenia. Substance use was present in 80%, (nicotine and alcohol use). Using the Pearson correlation coefficient was determined the level of association of the severity of psychotic symptoms assessed with the PANSS subscales and dimensions of temperament and character assessed with the ITC-R. There was a direct association between severity of depressive symptoms and damage avoidance (HA) and an inverse association with the severity of depressive symptoms and reward dependence. These associations were significant even when statistically had a low correlation value.

Discussion: The model of personality of the 7 factors or psychobiological model of temperament and character allows us to understand and study the relationship between symptoms of schizophrenia and personality, as distinguished from basic temperamental traits (related to biological process) and certain characterological aspects evolutionarily (related to environmental processes). It is relevant to the study of schizophrenia because dopamine, serotonin and norepinephrine, associated with the dimensions of temperament are involved in symptom expression and are the main target of antipsychotic medication.

KEY WORDS

Personality, schizophrenia, psychotic symptoms, premorbid personality.

INTRODUCCIÓN

- **Antecedentes**

En los últimos años, las investigaciones y publicaciones sobre comorbilidad de los trastornos de personalidad con otras entidades clínicas han proliferado. Aunque el interés en la relación entre los trastornos de personalidad y la enfermedad mental se remonta a los inicios de la psiquiatría, ya Emil Kraepelin, y posteriormente la escuela constitucionalista lo mencionan ⁽¹⁾. No es un problema nuevo u original, pero la forma de clasificarlo y entenderlo ha sido novedosa, sobre todo al introducir el término *comorbilidad*, el cual es un término epidemiológico propuesto por Feinstein, para describir la aparición de otra entidad clínica en el curso de una enfermedad índice, sin que implique necesariamente una relación de causalidad ⁽²⁾.

El interés de la psiquiatría por esta cuestión procede de la observación acerca de que la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos, al realizar el diagnóstico según las nosologías actuales, es la norma antes que la excepción ⁽³⁾. Se ha argumentado que dicha comorbilidad no es real, sino un artificio de los actuales sistemas diagnósticos, que considera los trastornos clínicos como categorías de síntomas discretos y diferenciados, lo que incluye a los trastornos de personalidad ⁽⁴⁾. Por otra parte, las nosologías basadas en criterios operativos han renunciado a establecer una jerarquía diagnóstica ⁽⁵⁾. Esta doble situación –entidades discretas, ausencia de jerarquía– admite adscribir los síntomas de un individuo a varias entidades sin que se excluyan, y permite realizar un doble, triple o cuádruple diagnóstico.

¿Problema real o artificio diagnóstico?, las implicaciones de la comorbilidad en la clínica del paciente, el diagnóstico y el tratamiento justifican el interés y explican las razones de la presencia continua de este tema en las publicaciones científicas. En este marco, sorprende la escasez de estudios que se centren en la personalidad y sus trastornos en los pacientes con esquizofrenia ⁽⁶⁾. Esta escasez, consecuencia de la existencia de problemas conceptuales y metodológicos serios para abordar esta comorbilidad, se podrían formular en 2 preguntas: *¿es posible evaluar la existencia de trastornos de personalidad en una enfermedad tan grave e invasiva como es la esquizofrenia?* La otra cuestión se refiere a la base sobre la que se sustenta el trastorno de personalidad, o expresado de otra forma, *¿qué valoramos cuando diagnosticamos trastornos de personalidad?*

La cuestión metodológica sobre la posibilidad de evaluar la personalidad y sus trastornos, en comorbilidad con el grupo de las esquizofrenias es compleja. En las primeras descripciones de la esquizofrenia realizadas por Kraepelin y Bleuler se consideraba a ésta, como un proceso que invade, destruye y sustituye la personalidad, lo que hace que su valoración –y la de sus posibles trastornos– sean imposibles o al menos irrelevantes (7).

La recomendación de no valorar los trastornos de personalidad en presencia de otro trastorno mental activo es un intento de controlar este artificio. Está regla no es aplicable en todos los casos de enfermedad mental, ya que parece más simple o sencillo establecer cuándo un episodio depresivo ha remitido, no lo es tanto en la esquizofrenia (8). Además, la esquizofrenia suele comenzar al final de la segunda década de la vida, en etapas previas al afianzamiento de la vida adulta y de su personalidad, por lo que le suponemos una gran interferencia en su consolidación. De hecho, las investigaciones llevadas a cabo en el binomio trastorno de personalidad-esquizofrenia se han limitado al estudio de la personalidad premórbida, y estas se orientan hacia la importancia de la interacción *rasgo-trastorno de personalidad-síntomas* en la esquizofrenia. Se ha propuesto considerar los trastornos del funcionamiento interpersonal como un dominio de la patología esquizofrénica, independiente de las dimensiones positivas o negativas (9).

La otra cuestión fundamental gira sobre el propio diagnóstico de los trastornos de personalidad, es decir, qué sostiene el diagnóstico y qué fenómenos se evalúan cuando se realiza este diagnóstico. Las nosologías al uso (Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE] y Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM]) abandonaron las teorías de la personalidad y sus trastornos y buscaron síntomas que definieran estos últimos (10). Obligaron así, a un salto conceptual importante que exigía transformar los rasgos, es decir, pautas de pensar, sentir y relacionarse, en síntomas, y consideraron que los rasgos podían describirse, en aras de una mayor objetividad y mejor operatividad, como conductas y vivencias. Cuando éstas se desvían, se transforman en síntomas que definen tipos específicos de trastornos de personalidad. El peligro de este planteamiento es que se considere el trastorno de personalidad como un listado de conductas, más o menos definidas, que lo conceptuaría.

La crítica no es difícil de hacer: las conductas humanas son el resultado más complejo del psiquismo del hombre y a una misma conducta puede llegarse por caminos diversos. Del mismo modo, tras una conducta alterada

pueden subyacer diversas y variadas anomalías. Estos problemas conceptuales sobre la validez diagnóstica de los trastornos de personalidad, han sido referidos en numerosas ocasiones por los investigadores en este terreno, que demandan una revisión del actual planteamiento diagnóstico de éstos. Parece interesante comprobar si estas debilidades de la validez se manifiestan cuando se evalúa un trastorno de personalidad en pacientes psiquiátricos graves, como en el caso de pacientes esquizofrénicos.

El estudio de la personalidad en la esquizofrenia sugiere varias cuestiones que deben ser consideradas, por ejemplo, qué características de personalidad están relacionadas con la esquizofrenia, cómo se desarrollan estas características y cómo contribuyen éstas en la evolución de la esquizofrenia ⁽¹¹⁾.

Smith señalan dos cuestiones teóricas importantes en este tema: “que los individuos esquizofrénicos muestran rasgos duraderos y estables de naturaleza cognitiva, afectiva y conductual que pueden ser concebidos como características de personalidad y que el esclarecimiento de las interacciones rasgo- estado en la esquizofrenia ayudarán a entender la presentación de los síntomas, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento ⁽¹²⁻¹⁶⁾.

Por lo tanto, es necesario revisar las interacciones rasgo- estado y la función de la personalidad en la esquizofrenia. Smith también considera que se deben tener en cuenta la fiabilidad, estabilidad temporal de rasgos específicos, la validez concurrente (si los rasgos de personalidad y los síntomas de la esquizofrenia son constructor independientes) y la validez predictiva (influencia de rasgos de personalidad específicos en el curso de la enfermedad y el tratamiento) ⁽¹⁷⁾.

El deterioro clínico evidenciado con la progresión de la enfermedad parece estar asociado con el número y duración de los periodos de síntomas psicóticos positivos. La progresión del deterioro parece circunscrita a los estadios tempranos de la enfermedad, a menudo durante los primeros cinco años sin progresión durante los quince años siguientes, y no parece exacerbarse en relación lineal directa con el transcurso de la enfermedad. Esta circunstancia podría ser explicada por un proceso neurodegenerativo autolimitado ⁽¹⁸⁾.

En los últimos años, Meehl, ha subrayado el importante papel que desempeñan la personalidad y los procesos emocionales en la plastia de cada proceso esquizofrénico, señalando que determinados rasgos hereditarios de personalidad en la dimensión del “neuroticismo” podrían potenciar la expresión de la enfermedad. Las personas con esquizofrenia tienden a puntuar más bajo en la dimensión “extraversión” y más alto en “neuroticismo” que

aquellos con otros diagnósticos psiquiátricos o sin psicopatología ⁽¹⁹⁾. La presencia de estos rasgos tienden a asociarse con la presentación de sintomatología positiva y desasosiego emocional en pacientes esquizofrénicos, así como a un curso y presentación de la enfermedad menos favorables. Estos hallazgos sugieren que la organización de la personalidad en pacientes esquizofrénicos guardaría un mayor grado de consistencia y estabilidad que la sintomatología típica, a menudo heterogénea. Se han objetivado diferencias verificables en el temperamento de niños, adolescentes y adultos jóvenes que finalmente padecieron esquizofrenia, respecto de aquellos que no lo hicieron: mostraban mayor preferencia por el juego solitario en la infancia, ansiedad social y hostilidad dirigida a sus pares en la adolescencia, así como una tendencia a socializarse en pequeños grupos y menor probabilidad de tener una pareja estable a los 18 años ⁽²⁰⁾.

Con este fin planteamos la presente investigación, conociendo las limitaciones metodológicas, pero creyendo que sus resultados pueden tener interés teórico y práctico. La presente investigación pretende contribuir al conocimiento de la influencia de los rasgos de la personalidad en la severidad de los síntomas psicóticos en la esquizofrenia ⁽²¹⁻²³⁾. El uso de categorías diagnósticas e instrumentos de evaluación dimensionales de severidad sintomática y de personalidad para el presente estudio facilitará la identificación de endofenotipos significativos para la realización de futuros estudios clínicos, genéticos y de tratamiento. A Su vez, las publicaciones sobre la comorbilidad de los trastornos de personalidad con otras entidades clínicas han proliferado en los últimos años y se ha señalado la alta frecuencia de su presentación. Se ha argumentado que dicha comorbilidad no es real, sino un artificio de los actuales sistemas diagnósticos ⁽²⁴⁻²⁶⁾. La comorbilidad de trastornos de personalidad y esquizofrenia no es una excepción, aunque su frecuencia es menor que en el caso de otros trastornos mentales.

Esquizofrenia

Generalidades

El concepto de esquizofrenia ha sufrido una marcada patoplastia sociohistórica. El término esquizofrenia apareció publicado por primera vez en 1908. Para 1911 Bleuler escribió “*llamo dementia praecox a la esquizofrenia porque, como espero demostrar, la separación de diversas funciones psíquicas es una de sus características más importantes*” ⁽²⁷⁾. En 1852 Morel esbozó una forma precoz de demencia tenida por degeneración, donde más que

pérdida de juicio se observa “disposición discordante” “insensible a los problemas del mundo con extravagancias del comportamiento y del discurso” ⁽²⁸⁻²⁹⁾. Estableció el término *dementia prece* asociado al estado mental y comportamiento de pacientes con estupor. Entendía por demencia cualquier estado de incompetencia psicosocial relacionado con un trastorno mental y a cualquier edad, no existía el criterio de irreversibilidad. Para cuando Kraepelin que cimentó el concepto moderno de esquizofrenia, utiliza el término *dementia praecox* el concepto general de demencia había cambiado, adquiriendo un sentido diferente al de los tiempos de Morel ⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Emil Kraepelin ⁽³⁰⁾ en 1919 en su *Tratado de psiquiatría* agrupa bajo la denominación de *demencia precoz* tres enfermedades independientes: demencia paranoide, catatonía y la hebefrenia. Para Kraepelin la *dementia praecox* es una entidad morbose autónoma, de causa desconocida, definida por unos síntomas particulares y una evolución progresiva o por brotes hacia el debilitamiento psíquico predemencial, que describe como “*serie de síndrome clínicos cuya común característica la constituye la peculiar destrucción de la correlación o armonía interna de la personalidad psíquica con preferente participación de la afectividad y la voluntad*” Estableció como núcleo de la personalidad esquizofrénica el embotamiento afectivo y la indiferencia ⁽³⁰⁾.

Meyer conceptualizó estos trastornos como *reacciones* que entendió también como sindrómicas. Postuló que la predisposición obedecía a un sustrato biológico, pero atribuyó a los acontecimientos vitales el papel crítico en el advenimiento de la enfermedad enfatizando la interacción biológica y ambiental.

Bleuler estableció el término esquizofrenia, como una entidad morbose unitaria, insistió en que los casos agrupados bajo aquella denominación representaban un grupo de trastornos que diferían en su etiología, patogénesis y curso, pero que poseían ciertas características clínicas en común ⁽²⁷⁾.

Actualmente una manera de entender la etiología de la esquizofrenia, consiste en considerar a los individuos bajo un continuo de vulnerabilidad al estrés, modelo según el cual varios genes y factores ambientales actuarían acumulativamente hasta superar el umbral de expresión de la enfermedad. Sin embargo, la mayoría de los indicios apuntan a un modelo de interacción entre los efectos ambientales y la carga genética ⁽²⁸⁾.

Según los postulados de la neuropatología del desarrollo resultante estará presente antes de que aparezca la clínica esquizofrénica como tal. Tales afirmaciones se sustentan en varias vías de investigación: 1) los individuos que posteriormente desarrollarán esquizofrenia presentan con mayor frecuencia anomalías congénitas y anomalías

físicas menores 2) estos individuos presentan con mayor frecuencia anomalías neuromotoras, sociales y cognitivas 3) pacientes con un primer episodio de esquizofrenia exhiben alteraciones patomorfológicas cerebrales en la neuroimagen estructural 4) los estudios post-mortem de cerebros esquizofrénicos evidencian la ausencia de gliosis y la presencia de anomalías en la citoarquitectura 5) alteraciones en el neurodesarrollo de animales conducen a la presencia de lesiones morfológicas cerebrales y comportamientos anormales isomorfos a los de los pacientes con esquizofrenia (^{14,15}).

La hipótesis de la neurodegeneración en contraste, implicaría la expresión de proteínas y sustancias bioquímicas anormales y tóxicas, que ejercerían su efecto en determinadas regiones anatómicas, manifestándose clínicamente una vez superado cierto umbral de daño, poniendo de manifiesto la pérdida de la función fisiológica afectada. Aunque no se han identificado las poblaciones neuronales concretas afectadas en la esquizofrenia, se ha hipotetizado que serían alteraciones en la conectividad entre estructuras diencefálicas, talámicas, límbicas y corticales responsables de la clínica típica. (^{14,15}).

La consideración de esta hipótesis se justifica en los siguientes conocimientos, entre otros 1) la semejanza de la esquizofrenia con otras enfermedades neurodegenerativas 2) el curso clínicamente progresivo 3) los efectos que ejercen los tratamientos sobre la sintomatología y el curso de la enfermedad 4) la aparición y la progresión de las alteraciones cognitivas 5) la asociación de hallazgos patomorfológicos severos con una mayor severidad y cronificación de la enfermedad 6) La progresión en la patomorfología en asociación con la evolución clínica de la esquizofrenia (^{14,15}).

El anuncio de Bleuler de que los síntomas fundamentales de la esquizofrenia son los de la escisión psíquica tiene ahora su equivalente en los estudios de neuroimagen y neuropsicológicos, que han implicado una conexión funcional aberrante entre diferentes regiones cerebrales como el mecanismo de la psicosis. La esquizofrenia no correspondería a un síndrome de desconexión sino a una conexión errónea que resulta de una alteración en la organización de circuitos neuronales (⁸).

La relación de estos hallazgos estructurales y su relación con otros funcionales como la afectación de los sistemas dopaminérgicos, serotoninérgicos, glutamatérgicos, gabaérgicos, neuropéptidos y receptores adrenérgicos, permanecen desconocidos, aunque los datos neuroquímicos podrían deberse a la disfunción de las neuronas que

los producen y no a anomalías específicas en sí mismos. La hipótesis dopaminérgica en la esquizofrenia predomina en la neuroquímica. Postula que los síntomas de la esquizofrenia se relacionan con un exceso de actividad dopaminérgica, bien por un exceso de dopamina o por una sensibilidad exacerbada a esta. El papel de la serotonina en la esquizofrenia se fundamenta en la actividad trófica de la serotonina en el neurodesarrollo, su interacción con el sistema dopaminérgico y sus acciones en la corteza prefrontal. Los mecanismos propuestos para explicar la mediación del sistema glutamatérgico en la esquizofrenia apuntan a su interacción con la transmisión dopaminérgica y con formas de neurotoxicidad por glutamato (¹⁴).

Posiblemente no haya una base fisiopatológica común para todas las formas de esquizofrenia, pueden ser varios los trastornos implicados y según el predominio de uno u otro, así las formas sindromáticas.

Criterios Diagnósticos DSM IV – TR ⁽²⁹⁾

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia ⁽²⁹⁾

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/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, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos: Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión total

Otro patrón o no especificado

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Criterios para el diagnóstico de F20.0 Tipo paranoide (295.30) ⁽²⁹⁾

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- | | |
|---|---|
| .x2 Episódico con síntomas residuales
interepisódicos | .x4 Episodio único en remisión parcial |
| .x3 Episódico con síntomas residuales no
interepisódicos | .x5 Episodio único en remisión total |
| .x0 Continuo | .x8 Otro patrón o no especificado |
| | .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros
síntomas de fase activa |

Criterios para el diagnóstico de F20.0 Tipo desorganizado (295.10) ⁽²⁹⁾

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Predominan:
 - 1. lenguaje desorganizado
 - 2. comportamiento desorganizado
 - 3. afectividad aplanada o inapropiada

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- | | |
|---|---|
| .x2 Episódico con síntomas residuales
interepisódicos | .x4 Episodio único en remisión parcial |
| .x3 Episódico con síntomas residuales no
interepisódicos | .x5 Episodio único en remisión total |
| .x0 Continuo | .x8 Otro patrón o no especificado |
| | .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros
síntomas de fase activa |

Criterios para el diagnóstico de F20.2 Tipo catatónico (295.20) ⁽²⁹⁾

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o estupor
2. actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).
3. negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.
4. peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.
5. ecolalia o ecopraxia

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- | | |
|---|---|
| .x2 Episódico con síntomas residuales
interepisódicos | .x4 Episodio único en remisión parcial |
| .x3 Episódico con síntomas residuales no
interepisódicos | .x5 Episodio único en remisión total |
| .x0 Continuo | .x8 Otro patrón o no especificado |
| | .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los
primeros síntomas de fase activa |

Criterios para el diagnóstico de F20.3 Tipo indiferenciado (295.90) ⁽²⁹⁾

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- | | |
|---|---|
| .x2 Episódico con síntomas residuales
interepisódicos | .x4 Episodio único en remisión parcial |
| .x3 Episódico con síntomas residuales no
interepisódicos | .x5 Episodio único en remisión total |
| .x0 Continuo | .x8 Otro patrón o no especificado |
| | .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros
síntomas de fase activa |

Criterios para el diagnóstico de F20.5 Tipo residual (295.60) ⁽²⁹⁾

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

.x2 Episódico con síntomas residuales

interepisódicos

.x3 Episódico con síntomas residuales no

interepisódicos

.x0 Continuo

.x4 Episodio único en remisión parcial

.x5 Episodio único en remisión total

.x8 Otro patrón o no especificado

.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros

síntomas de fase activa

Epidemiología

La prevalencia de la esquizofrenia se ha establecido alrededor del 1% de la población, con escasas variaciones entre países, aunque se ha demostrado que su prevalencia varía dentro de los países y a nivel local y de barrios.

Sin embargo, una revisión sistemática de 2007 numerosos estudios encontró una prevalencia de vida de 0,55%. Se ha documentado una prevalencia menor de esquizofrenia en países en vías de desarrollo ⁽³⁰⁾. Esta cifra se incrementa al 10% en los parientes de primer grado de sujetos con esquizofrenia, índice aún más alto en familias con varios miembros que presentan la enfermedad. La incidencia de esquizofrenia aumenta cuando la existencia de consanguinidad es más estrecha; cuando la similitud genética es del 50% la incidencia oscila entre 8% y 14%; pero cuando la similitud es mayor, la incidencia se eleva hasta alcanzar entre 39% y 47%. La heredabilidad de la enfermedad se ha calculado en aproximadamente en el 80% ⁽³⁰⁾.

El análisis de un total de 1.721 estimaciones de 188 estudios, que abarcan 46 países, calculó la mediana de las estimaciones de prevalencia en 4,6 por 1.000 para la prevalencia puntual, definida como la prevalencia durante

cualquier intervalo de menos de un mes; 3,3 para la prevalencia de período, definida como la prevalencia durante un periodo de 1 a 12 meses; 4,0 para la prevalencia de vida o la proporción de individuos en la población que alguna vez manifestará la enfermedad y que están vivos en un día determinado; y el 7,2 de cada 1.000 individuos para el riesgo mórbido de por vida, el cual intenta incluir toda la vida de una cohorte de nacimientos, tanto del pasado como del futuro, e incluye a los fallecidos en el momento de la encuesta ⁽³⁰⁾. Estas cifras sugieren que el estimado de 0,5% -1% para la prevalencia publicada en muchos libros de texto es una sobreestimación. El análisis sistemático de la realidad sugiere que es algo inferior, y los autores sugieren que es más preciso decir que alrededor de siete a ocho por cada 1.000 personas se verán afectadas.

Prevalencia en México

En nuestro país la esquizofrenia se ubica en el tercer lugar dentro de los trastornos mentales; en segunda posición se encuentra la ansiedad y en primer lugar la depresión. Según la Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica, en México tenemos una prevalencia del 1% de esquizofrenia y un 1.6% de trastorno bipolar ⁽²⁵⁾.

En México, hay más de un millón de enfermos con esquizofrenia que tienen fuertes rasgos hereditarios. La edad más frecuente en que se presenta es entre los 15 y 25 años en hombres y de los 25 y 35 años en mujeres. Lo que representa que más del 50% de la población económicamente activa se encuentra en riesgo de sufrir trastornos relacionados a esquizofrenia y trastorno bipolar ⁽²⁵⁾.

- **Personalidad**

Definición ⁽³¹⁾.

RASGO DE PERSONALIDAD

El concepto de rasgo o trazo surge en los modelos dimensionales de clasificación de la personalidad. Tiene su origen en el concepto de eje de Jung de acuerdo a López Ibor y cols ⁽³²⁾. El rasgo es entendido como disposición o inclinación permanente a comportarse de una manera determinada en distintas situaciones.

La APA (1987) considera los rasgos de personalidad como pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo. Cuando los rasgos son inflexibles y desadaptativos, causan una incapacitación funcional significativa o una perturbación subjetiva, se consideran anormales.

Para la OMS (1992) los rasgos de personalidad son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiende a relacionarse consigo mismo y con los demás. Son modalidades estables de respuesta a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Cuando son desviaciones extremas se consideran anormales o patológicos.

Los rasgos de personalidad están presentes en todos los individuos, y es la desviación en el nivel cuantitativo de los mismos lo que caracteriza los rasgos anormales que constituirán los trastornos de personalidad. Spitzer ⁽³³⁾ apunta que para que los rasgos de personalidad se consideren anormales deben cumplir las características de ser “patológicos”, es decir, que se encuentra fuera de los límites de la variación normal, “persistentes”, o sea, que se han presentado con la suficiente frecuencia durante la mayor parte de la vida del sujeto, y “generalizados”, que la característica se manifiesta en los distintos contextos del individuo.

Los rasgos en definitiva son dimensiones a lo largo de las cuales pueden ordenarse las personas. Cuando lo que hacemos es clasificar a las personas según sus rasgos anormales podemos ver los distintos trastornos de personalidad.

Los modelos dimensionales de la personalidad han prosperado en función del avance de las técnicas estadísticas de análisis factorial que permiten agrupar diferentes cualidades alrededor de unos factores de correlación. De este modo se permite la ordenación de la personalidad a lo largo de un continuo de las diferentes dimensiones. La personalidad quedaría por tanto descrita como la asociación o suma de rasgos.

Los modelos dimensionales de clasificación de la personalidad que tienen interés para la psiquiatría son revisados por López-Ibor ⁽³²⁾. Entre ellos destacan:

a) Modelo de Eysenck: Ya comentado previamente, considera tres dimensiones, el neuroticismo, la introversión/extroversión y el psicoticismo. Explica la variabilidad en las conductas según los sistemas neuroanatómicos implicados.

- b) Modelo de Gray: Considera como dimensiones primarias de la personalidad la ansiedad y la impulsividad. En realidad es una variante del modelo de Eysenck.
- c) Modelo de Zuckerman: Utiliza el rasgo de personalidad de búsqueda de sensaciones. Mediante técnicas de análisis factorial se han identificado dentro de este rasgo cuatro componentes: búsqueda de emoción y aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento.
- d) Modelo psicobiológico tridimensional de Cloninger Las tres dimensiones estudiadas por este autor son la búsqueda de novedad, la evitación del peligro y la dependencia de la recompensa.
- e) Modelo psicobiológico de Siever y Davis ⁽³⁴⁾: Estos autores definen sus dimensiones de personalidad por emparentamiento con los distintos síndromes psiquiátricos. Así las psicosis se relacionan con la dimensión de la organización cognitivo-perceptiva; los trastornos afectivos están vinculados con la dimensión de inestabilidad afectiva; los trastornos de ansiedad con la dimensión ansiedad/inhibición; y trastornos por control de los impulsos con la dimensión de impulsividad. Las distintas dimensiones tendrían distintos grados de afectación a lo largo de un continuo. El extremo más patológico daría lugar a los síntomas de los trastornos mentales. Las desviaciones más moderadas darían lugar al desarrollo de mecanismos de adaptación que si se hacen persistentes serían trastornos de personalidad.

Modelo psicobiológico de la personalidad

Este modelo de personalidad empezó a desarrollarse a partir de 1986 por Robert C. Cloninger, profesor de la Universidad de Sant Louis (Estados Unidos), y nació con el objetivo de integrar conocimientos provenientes de muy distintos ámbitos, entre los cuales podemos destacar la investigación neurobiológica, los estudios psiquiátricos, los estudios empíricos de distribución de la personalidad normal y la investigación comportamental basada en las teorías del aprendizaje ^(24, 32-36).

El modelo biopsicosocial de personalidad de Cloninger es un modelo que integra conceptos que proceden de la neurobiología y genética de la conducta junto con rasgos derivados del aprendizaje sociocultural ^(24, 32-36). Este modelo constituye uno de los paradigmas dimensionales de personalidad con mayor fundamentación teórica, tanto en la conceptualización de la personalidad normal como en las propuestas para una nueva clasificación

nosológica, incluidos los trastornos de personalidad. Inicialmente el modelo de personalidad de Cloninger proponía tres dimensiones primarias de la personalidad (Cloninger, 1986), todas ellas de Temperamento, que se denominaron y definieron de la siguiente manera ^(24, 32-36):

- Búsqueda de Novedad (BN o NS por Novelty Seeking): Tendencia a responder intensamente a estímulos novedosos o a señales de recompensa. Esta tendencia es la que llevara al sujeto a las conductas exploratorias en persecución de recompensas, o bien para la evitación, eliminación de situaciones monótonas, aburridas o desagradables, incluso dolorosas.
- Evitación del Daño (HA por Harm Avoidance): Predisposición del individuo a responder de forma intensa a estímulos aversivos, y a desarrollar inhibición aprendida para evitar de forma pasiva el castigo y también lo desconocido.
- Dependencia de la Recompensa (RD por Reward Dependence): Tendencia a responder intensamente a los premios y recompensas, y también a mantener comportamientos que anteriormente estuvieran asociados a recompensas satisfactorias o a evitación de dolor o displacer.

Para desarrollar su modelo de personalidad, Cloninger parte del constructo de personalidad desarrollado por Allport ⁽³⁵⁾ y la definición de aprendizaje de Thorpe. Allport define a la personalidad como la organización dinámica de aquellos sistemas psicofísicos, psicobiológicos, que determinan la adaptación individual al ambiente y a los cambios en este, mientras que Thorpe define aprendizaje como la organización de la conducta, que se manifiesta por cambios adaptativos como resultado de la experiencia individual.

A partir de estos constructos, Cloninger defiende que lo que diferencia la personalidad de los individuos son los distintos sistemas adaptativos que participan en la recepción, el procesamiento y el almacenamiento de la información que reciben a partir de la experiencia ⁽³⁶⁾. De esta forma, la adaptación se realizara a partir de la información que podamos recuperar de las experiencias precedentes. Esta información se encuentra almacenada en dos niveles diferenciados o, dicho de otra forma, la información se encuentra en sistemas de memoria que tienen funciones distintas.

Entenderemos Temperamento como la predisposición con la que nacemos y que está regulada principalmente por factores constitucionales.

Se refiere a los aspectos de la personalidad que tienen las siguientes características:

_ Están ligados a sistemas neurobiológicos definidos, heredables moderadamente de forma independiente. En las dimensiones de Temperamento la varianza entre individuos en ellas, quedaría explicada por factores genéticos entre un 40 y un 65%. Existen múltiples estudios que confirman estos datos, algunos realizados ya con las tres dimensiones de Temperamento del TPQ ⁽³⁶⁻³⁸⁾ y que pueden considerarse validos, pero tenemos que añadir el hecho de que el analizar 7 dimensiones, favorece aun más la explicación de la varianza de la personalidad entre individuos, y aumenta la fiabilidad y validez de los estudios ⁽³⁶⁻³⁸⁾

_ Se manifiestan precozmente en la vida, pudiéndose observar ya en la infancia temprana, encontrándose incluso en los mas pequeños (de 0 a 3 años), una alta consistencia interna de las dimensiones ⁽³⁶⁻³⁸⁾.

_ Se mantienen estables a lo largo de la vida y casi no están influenciados por el ambiente social, pudiendo llegar a predecir moderadamente la conducta de la adolescencia y del adulto ⁽³⁶⁻³⁸⁾ y, sobre todo, pudiendo llegar a predecir posibles trastornos en edades más avanzadas ⁽³⁶⁻³⁸⁾.

_ Implica las respuestas automáticas a estímulos emocionales, por lo que incluye aprendizajes preconceptuales o inclinaciones inconscientes, determinando hábitos, emociones o reacciones automáticas a la experiencia.

_ Están basados en los principios de condicionamiento de la conducta. Cloninger ⁽³⁶⁻³⁷⁾ propone que la estructura del Temperamento es un sistema complejo, organizado jerárquicamente y que puede descomponerse en subsistemas estables. Filogenéticamente primero apareció un sistema de inhibición conductual (Evitación del Daño) en todos los animales, luego se agrego un sistema de activación (Busqueda de Novedad) en animales más avanzados y, más tarde, se agregaron subsistemas para el mantenimiento conductual (Dependencia de la Recompensa y Persistencia) en los reptiles y mamíferos.

El Temperamento está compuesto por 4 dimensiones o rasgos, que cumplen las características que hemos expuesto en el punto anterior. Esta estructura y su estabilidad se han replicado en varias culturas diferentes ⁽³⁶⁻³⁸⁾.

Estas 4 Dimensiones son ⁽³⁶⁻³⁸⁾:

- 1.- Búsqueda de Novedad.
- 2.- Evitación del Daño.
- 3.- Dependencia de la Recompensa.

4.- Persistencia.

HISTORIA DE LA RELACIÓN ENTRE RASGOS DE PERSONALIDAD Y ESQUIZOFRENIA

En la época Clásica ya se ponen de manifiesto las relaciones entre la personalidad y la psicosis de una forma genérica. Hemos visto como a partir de Hipócrates de Cos (460-377 a. de C.) la psiquiatría ve la vida total del alma y sus factores racionales, emocionales e instintivos como regulados por los mecanismos humorales, adoptando la aproximación biológica de los filósofos de la naturaleza de la escuela de Mileto. Así “El desbalance humoral” o la desnaturalización de ciertos bioelementos causan una “*corruptio cerebri*” y como una consecuencia surge la sintomatología psicótica. La presencia de una personalidad psicopática particular, llamada “*Morosa*” por Hipócrates, podría disparar la psicosis. Esta personalidad se caracterizaba por “tristeza, rigidez, timidez, pobreza afectiva y un carácter introvertido”. También informó de muchos casos de individuos “en el límite con la locura” que podían llevar una vida aparentemente normal, pero si un factor patogénico, por ejemplo, una “ligera inflamación” interfería tal estado de locura apagada, se transformaba en una sintomatología psicótica. Estas personalidades alteradas en el límite con la locura las denominaba “*Simplex y Segnis*”, designando así a individuos que eran ingenuos, imprudentes, apáticos indolentes y holgazanes. También en el límite con lo “hebetudo” (la esquizofrenia) Hipócrates consideraba a los individuos llamados “*Subfuriosos*” que eran individuos en el límite con la enfermedad mental que debido a “emociones, excesivo consumo de vino o fiebre” pueden comenzar psicóticos.

En Roma Arateo (50-130 d. de J.C.) observó enfermos mentales y efectuó cuidadosos estudios de su evolución. Este médico romano fue uno de los primeros en describir las personalidades de los sujetos antes de la eclosión del trastorno mental.

Galeno 129-199 d.C. consideraba que las combinaciones de factores humorales, genéticos e incluso de constitución somática determinaban tanto el carácter como la predisposición a los trastornos psiquiátricos. Para Galeno la demencia precoz ocurría en individuos que presentaban una fragilidad congénita del alma. El los

definía así: “los individuos afectados de morositas o fatuitas primariamente manifestaban un ensordecimiento de la vida de las emociones”.

En épocas más recientes, la historia de la relación entre trastornos de personalidad y psicosis se puede considerar desde distintos puntos de vista. A los dos primeros propuestos por Kendler hay que añadir una tercera perspectiva:

1~ Los estudios familiares: En ellos fueron descritos los trastornos de personalidad y las características de personalidad peculiares de familiares anormales pero no psicóticos de pacientes esquizofrénicos.

2.- Los estudios clínicos: En estos trabajos se describieron distintos cuadros clínicos en los que existen características de la esquizofrenia (equiparables a trastornos de personalidad actuales) pero sin los síntomas psicóticos abiertos.

3~ Los estudios de personalidad premórbida: En ellos se han ido describiendo las características de personalidad peculiares de los individuos que desarrollan posteriormente esquizofrenia.

ESTUDIOS FAMILIARES DE LA RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD Y ESQUIZOFRENIA

Kraepelin ⁽³⁹⁾ en la 8~ edición de su tratado describe por primera vez la presencia de personalidades anormales en los familiares de pacientes con demencia praecox. Los describe como personalidades excéntricas y considera que en muchos casos pueden ser esquizofrenias latentes.

Bleuler ⁽⁴⁰⁾ en su libro “*La Demencia Precoz o el Grupo de las Esquizofrenias*”, publicado por primera vez en 1911, considera que los síntomas esquizofrénicos existen en distintos grados y matices que van desde lo patológico a lo normal. Afirma que entre los familiares de los esquizofrénicos existen peculiaridades cualitativamente similares a las de los mismos pacientes. Así considera que la enfermedad es sólo un aumento cuantitativo de las anomalías vistas en familiares. Describe a los familiares de esquizofrénicos como introvertidos, suspicaces, y con “caracteres esquizoides”. Kretschmer también consideraba que entre los familiares de esquizofrénicos era frecuente encontrar personalidades esquizoides ⁽⁴¹⁾. Kallmann es uno de los primeros investigadores que hacen estudios sistemáticos sobre la personalidad esquizoide en familiares de

pacientes esquizofrénicos. En 1938, definió dos subtipos de personalidad esquizoide: excéntricos límite y psicópatas esquizoides. Además de los casos definitivos y dudosos de esquizofrenia, estos dos tipos de personalidad esquizoide constituían lo que él denominó “grupo de las anormalidades esquizoformes” o el “complejo de enfermedad esquizofrénica”. Kallman enfatiza que las personalidades esquizoides comparten con los pacientes esquizofrénicos un defecto común en el funcionamiento emocional, el aislamiento social y frecuentes preocupaciones excéntricas y autistas.

Essen-Mólleren ⁽⁴²⁾ encontró personalidades “extrañas” o “peculiares” entre los gemelos monocigóticos de pacientes diagnosticados de psicosis de distintos tipos. Concluía que la psicosis y su correspondiente psicopatía, por ejemplo la esquizofrenia y el trastorno de personalidad esquizoide, no se podían diferenciar desde un punto de vista etiológico-genético. Essen-Moller consideraba la esquizoidía como el rasgo básico heredado en la esquizofrenia.

ESTUDIOS CLÍNICOS DE LA RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD Y ESQUIZOFRENIA

Existen diferentes autores que a lo largo del último siglo han descrito distintos cuadros clínicos que hoy día encajan en el diagnóstico de trastorno de personalidad y que comparten características clínicas de esquizofrenia sin ser esquizofrenia. Kaul Kah;baum ⁽⁴³⁾ el psiquiatra alemán que acuñó el término de catatonía también definió la personalidad heboide que es un antecedente histórico de la personalidad esquizoide, y la definió bien como una variante del carácter o bien como una forma atenuada de psicosis.

Stem, en 1938, informa por primera vez del Borderline Neurótico en 1941 y 1957, describió las Esquizofrenias Ambulatorias. Los individuos con este diagnóstico no presentaban ninguno de los síntomas flagrantes de esquizofrenia avanzada, tales como delirios, alucinaciones, o un afecto marcadamente aplanado. Más bien, veía estos pacientes como sufriendo de anormalidades sutiles (alteraciones en la interpretación de la realidad, aislamiento y suspicacia), pero subrayando la aparente normalidad superficial ^(44- 50).

Deutsch en 1942 describió la Personalidad basándose en la observación de casos que se caracterizaban por un marcado empobrecimiento en sus relaciones emocionales con su mundo exterior. Deutsch apunta una similitud entre estas personalidades y las características premórbidas de pacientes esquizofrénicos ^(44- 50).

Asperger en 1944, un pediatra vienes, describió un grupo de niños desviados de la norma que fracasaban a nivel social y conductual, pero con una gran originalidad de pensamiento. Era frecuente ver entre sus familiares rasgos de aislamiento social e incluso el síndrome completo. Aunque no lo consideraba como un estado preesquizofrénico, si lo relacionaba con el síndrome esquizotípico de Kretschmer. Wolff en 1964 describió un grupo de niños con personalidades esquizoides que eran muy parecidos a los niños que describió Asperger en su síndrome. Fenichel, en 1945, hace mención a un grupo de personas neuróticas que sin desarrollar una completa psicosis tienen ciertas tendencias psicóticas y tienen facilidad para emplear mecanismos esquizofrénicos cuando surgen frustraciones ^(44- 50). Referente al Trastorno Borderline Hoch y Polatin en 1949 describen la esquizofrenia pseudoneurótica. De todas las descripciones de pacientes mostrando sintomatología parecida a la esquizofrenia, ésta es una de las que más ha influido en el concepto actual de trastorno de personalidad. Esquizotípico ^(44- 50).

Distintos autores, la mayoría dinámicos describen un tipo de personalidad que tiende al aislamiento, la confusión, las excentricidades, la alexitimia y la anhedonia. Comprenden la entidad de los trastornos de personalidad psicóticos. Entre ellos están el ya comentado Deutsch en 1942 (la personalidad como sí), Winnicott en 1960 (la personalidad falso-self), Bion en 1957 y 1967 (personalidades psicóticas), Frosch en 1959 y 1964 como caracteres psicóticos. Frosch propone denominar carácter psicótico a lo que anteriormente era conceptualizado psicoanalíticamente como borderline; referido como el grupo de condiciones que manifiestan tanto fenómenos neuróticos como psicóticos. Se refiere a sujetos que presentan los aspectos no psicóticos de lo que podrían ser pacientes psicóticos. Tienen trastornos en sus relaciones con la realidad. Difieren de los pacientes claramente psicóticos en su capacidad de comprobación de la realidad y que el pensamiento primitivo permanece intacto. (Frosch, 1988-ab). Rado fue el primero en proponer el término “esquizotípico” en 1953 como una expresión taquigráfica del fenotipo esquizofrénico: un conjunto de rasgos de carácter presentes a lo largo de la vida que señalizan una predisposición genética para la esquizofrenia. Para él tales individuos portaban un riesgo a lo largo

de su vida de desarrollar una completa descompensación esquizofrénica ^(44- 50). Consideraba que *“El paciente que sufre una psicosis esquizofrénica es un fenotipo esquizofrénico, engendrado por un genotipo esquizofrénico en su interacción con el medio ambiente”* Rado ⁽⁵¹⁾. Meehl en 1962 intenta integrar los datos genéticos existentes sobre la esquizofrenia desarrollando su modelo de Esquizoatáxia. Esquizotípica Esquizofrenia, todavía hoy en vigencia y que fue la base para los modelos de Diátesis o Vulnerabilidad al estrés. Meehl ⁽⁵²⁾ consideraba que la esquizoatáxia, un defecto neurointegrativo, era la parte que se heredaba de la esquizofrenia. El individuo que hereda la esquizoatáxia es el esquizotípico.

Sostenía que, dependiendo del medioambiente, un individuo con una predisposición heredada para la esquizoatáxia podría desarrollar un síndrome que variaría entre el bien compensado esquizotípico y la forma severa de la esquizofrenia. Meehl intenta condensar dentro del término esquizotípico distintas entidades incluyendo las esquizofrenias abortivas, ambulatorias, borderline, latentes, pseudoneuróticas, pseudopsicopáticas y reactivas que luego se han incluido en el concepto de trastorno de personalidad esquizotípico.

Meehl ⁽⁵²⁾ considera dentro de la esquizofrenia clínica dos grupos. Uno mayoritario de verdaderos esquizofrénicos, que serían aquellos que poseen una esquizogen dominante, que daría lugar a la esquizoatáxia. Los individuos esquizoatácicos, en las situaciones de refuerzo adecuado, desarrollarían la esquizotípica. Y estos ante descompensaciones inducidas por el medioambiente podrían dar lugar a la esquizofrenia. Esta esquizofrenia que se produce en el individuo esquizotípico es la esquizofrenia verdadera o esquizoatácica. El segundo grupo de esquizofrénicos serían genofenocopias de la esquizofrenia. Minoritarios en relación con el anterior, estos individuos no serían esquizotípicos en mayor proporción que la población general, y no tendrían defectos neurológicos. Tendrían una serie de potenciadores poligénicos que favorecerían la introversión, la ansiedad, la hipohedonia y que ante determinados estímulos ambientales y estresantes podrían desarrollar el cuadro clínico que imitaría a la “verdadera” esquizofrenia.

Rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia

El estudio de la relación o influencia de la personalidad en la aparición de la Esquizofrenia se presenta como un tema extraordinariamente complejo al requerir del investigador una previa disección y análisis pormenorizado del concepto y componentes de lo que se ha dado en llamar «personalidad», por un lado, así como un conocimiento objetivo y exento de conjeturas de la naturaleza de la esquizofrenia y de las causas que la originan, por el otro. Hasta el momento estamos, probablemente, aún lejos de alcanzar acuerdos científicos que sean compartidos unánimemente por todos los investigadores con respecto a ambas cuestiones. ^(34,35). A las dificultades derivadas de la definición de conceptos, se añaden otras que dificultan notablemente la comprensión de las relaciones específicas entre los constructos de **Personalidad** y **Esquizofrenia**. Ante cualquier patrón de rasgos de personalidad que mostrase alguna relación con la esquizofrenia, se exigiría, cuando menos, la formulación de las siguientes preguntas antes de llegar a alcanzar alguna conclusión válida: ¿Son los rasgos observados en un individuo o en una determinada muestra precursores etiológicos del trastorno esquizofrénico?; ¿son, tal vez, esos rasgos formas de comienzo del trastorno?; ¿son factores que influyen o modulan las características del trastorno, sin influencia etiológica?; ¿son, finalmente, factores generados por el propio trastorno?. La ausencia de conocimientos definitivos sobre las relaciones entre personalidad y esquizofrenia no debe impedirnos, sin embargo, avanzar en un objetivo que se presenta, a simple vista, razonable, como es el suponer que determinados patrones de conducta, habilidades o rasgo de personalidad, deben influir tanto en la aparición como en la evolución y curso de un trastorno como la esquizofrenia. ^(34,35, 39). Por otra parte, la identificación de las características pre-esquizofrénicas de la personalidad podría ser importante, al menos para una triple finalidad investigadora: 1. La posibilidad de establecer que los rasgos premórbidos de la personalidad guardan relación con aspectos esenciales de la psicopatología posterior, logrando así una mejor comprensión de la esquizofrenia. 2. La utilidad de determinar los sujetos de riesgo, en el caso de que dichos rasgos fuesen suficientemente específicos, con el doble interés de la prevención y la investigación. 3. La relevancia de esas características de la personalidad en la búsqueda de las manifestaciones más sutiles del «genotipo esquizofrénico», habida cuenta que se ha propuesto que los rasgos esquizoides o esquizotípicos están presentes tanto en los futuros esquizofrénicos como en algunos de sus familiares no psicóticos.

El estudio de la relación entre rasgos de personalidad y esquizofrenia exige hacer una consideración conceptual de la esquizofrenia y descripción de los aspectos etiológicos de este trastorno, en primer lugar, para avanzar posteriormente en la comprensión de los factores de riesgo de personalidad ⁽³⁹⁾.

Es importante puntualizar que una supuesta relación de continuidad entre las fases premórbida- mórbida- postmórbida constituye un posicionamiento que no ha sido compartido por todos los autores. Así, por ejemplo, Jaspers distinguió entre el llamado «proceso morboso» y el «desarrollo morboso». ⁽⁵⁰⁾. En su opinión un *proceso* se concibe como una enfermedad psíquica que conlleva un cambio irreversible, que afecta a la personalidad de modo más o menos definitivo y que produce un cambio que no puede ser inferido desde la personalidad previa y la biografía del sujeto

Personalidad y síntomas psicóticos ⁽³⁵⁻⁴¹⁾.

Uno de los problemas que se encuentra en el estudio de la personalidad y la esquizofrenia es que hay pocos modelos que integren los avances neurobiológicos (tan importantes en la esquizofrenia) con la personalidad. Uno de los modelos que puede ser útil para paliar este problema es el Modelo Psicobiológico de la Personalidad de Cloninger ya que integra los aspectos biológicos más estables y genéticamente determinados (temperamento) y los aspectos psicosociales, menos estables y más influenciados por la experiencia y el medio ambiente (carácter) de la personalidad ⁽³³⁾.

El modelo de los siete factores permite una descripción comprehensiva de las diferencias individuales en cuanto a sentimientos, pensamientos y acciones, hecho que es de gran utilidad para estudiar a las personas que sufren esquizofrenia. Este modelo permite entender y estudiar la relación entre los síntomas de la esquizofrenia y la personalidad, ya que distingue entre rasgos temperamentales básicos (relacionados con procesos biológicos) y aspectos caracterológicos determinados evolutivamente. También es relevante para el estudio de la esquizofrenia porque la dopamina, la serotonina y la noradrenalina relacionadas con las dimensiones del temperamento, están implicadas en la expresión de síntomas y son el principal objetivo de la medicación antipsicótica ^(36,38, 42).

En cuanto al temperamento, se ha documentado que los esquizofrénicos puntúan más bajo en NS (indiferencia, reflexión y desapego), más alto en HA (pesimismo, timidez, fatigabilidad y preocupación innecesaria que inhibe

el individuo en las situaciones sociales) y más bajo en P (inactividad, inestabilidad y tendencia a rendirse), que los sujetos normales. En cuanto al carácter, encontraron puntuaciones más bajas en SD (inmadurez, fragilidad y fallo en el principio de organización interna) y C (socialmente intolerante, poco servicial y conductas destructivas) que los sujetos normales. Szoke et al. (2002) encontraron que las personas con esquizofrenia puntuaban más alto en HA que en la población normal (^{36, 38, 40}).

Una vez comprobado que el temperamento y el carácter de las personas con esquizofrenia difieren de las personas sanas, se plantea la cuestión de cómo estos rasgos de personalidad se relacionan con diferentes aspectos de esta enfermedad (^{36, 38, 40}).

En cuanto a la relación entre estos rasgos de personalidad y los síntomas esquizofrénicos, la baja NS, alta HA y baja P tienen mucho que ver con evitación social y síntomas negativos propios de la fase estable de la enfermedad. Cloninger relaciona la baja NS con la hipoactivación de la dopamina y la alta HA con la hiperactividad de la serotonina; esto hace pensar que las alteraciones en el funcionamiento social en esquizofrénicos están enraizadas con la personalidad, probablemente a nivel genético, produciendo disfunciones en varios sistemas cerebrales monoaminérgicos (⁴³).

Algunos rasgos de personalidad se han asociado con abuso de sustancias en esquizofrénicos. Se sabe que el abuso de sustancias produce un efecto negativo en el funcionamiento clínico y social en la esquizofrenia. Por tanto, el conocimiento sobre el temperamento puede guiar al tratamiento, ya que, en pacientes con alta búsqueda de la novedad, se ha demostrado que es mejor el entrenamiento en tareas de *doping* que el trabajo en grupo, y que la rehabilitación debe incluir actividades que reduzcan la necesidad de buscar excitación a través de las sustancias psicoactivas (^{44,45}).

- **Planteamiento del Problema**

Uno de los primeros aspectos a estudiar, es conocer si ¿existe relación entre los rasgos de la personalidad con la gravedad de la sintomatología psicótica? Pudiéndonos plantear de forma alterna si ¿los pacientes con esquizofrenia mostrarán una menor búsqueda de la novedad y una mayor evitación al daño como dimensiones de temperamento en comparación con sujetos sanos? Y si ¿los pacientes con una mayor gravedad de síntomas

positivos presentarán una mayor búsqueda de la novedad? Mientras que aquellos con más síntomas negativos ¿tendrán una mayor evitación al daño y una menor cooperatividad?.

- **Justificación**

Los estudios clínicos de evaluación de la personalidad en la esquizofrenia han empleado mediciones que no hacen una distinción entre el temperamento y el carácter, por lo que el uso del Inventario de Temperamento y Carácter en su versión revisada (ITC-R) para el estudio de estas variables puede ser una poderosa herramienta clínica para la evaluación de la personalidad en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y su asociación con la severidad de la sintomatología psicótica

La esquizofrenia es una enfermedad compleja, con múltiples manifestaciones, que afecta al individuo en su totalidad, muy frecuente y, aún hoy, muy desconocida. Para explicar y entender esta enfermedad se ha estudiado múltiples variables psicológicas, biológicas, sociales, etc y entre estas variables está la personalidad.

Partiendo de la base de que la personalidad es uno de los aspectos que más influyen en el desarrollo vital de las personas sin diagnóstico psiquiátrico ¿por qué no va a influir en las personas que padecen esquizofrenia?

Antes de que la esquizofrenia aparezca, incluso desde la infancia, el futuro esquizofrénico suele presentar una personalidad premórbida con rasgos esquizoides o paranoides, es decir, el sujeto va desarrollando conductas e ideas extrañas, aislamiento social, pérdida de intereses, problemas escolares o laborales. Pero además de influir en el inicio, la personalidad también influirá en el desarrollo de la enfermedad, dando lugar a diferentes esquizofrenias que varían en la gravedad y evolución de los síntomas, en el deterioro cognitivo y emocional, en el ajuste laboral y social, es decir en la adaptación del individuo a su ambiente.

Los rasgos de personalidad pueden predecir el inicio tardío y el curso a corto plazo, así como distinguir entre los pacientes recuperados y no recuperados, explicar la variabilidad en el insight y rendimiento laboral.

De esta forma, la presente investigación busca determinar si los rasgos de la personalidad, entendidos como dimensiones del temperamento y carácter pueden ser factores asociados a la gravedad de los episodios psicóticos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

- **Objetivos**

Objetivo General

Determinar los rasgos de la personalidad en pacientes con esquizofrenia y su asociación con la gravedad de los síntomas psicóticos

Objetivos específicos

1. Comparar las dimensiones del temperamento entre pacientes con esquizofrenia y sujetos sanos de una muestra comunitaria de la Ciudad de México
- 2.- Determinar la asociación entre la gravedad de los síntomas psicóticos positivos y negativos en pacientes esquizofrénicos con las dimensiones de temperamento y carácter

- **Hipótesis**

Hipótesis General

Los rasgos de la personalidad, como dimensiones del temperamento y carácter, están asociados con la gravedad de la sintomatología psicótica.

Hipótesis Específicas

Los pacientes con esquizofrenia mostrarán una menor búsqueda de la novedad y una mayor evitación al daño como dimensiones de temperamento en comparación con sujetos sanos

Los pacientes con una mayor gravedad de síntomas positivos presentarán una mayor búsqueda de la novedad y aquellos con más síntomas negativos tendrán una mayor evitación al daño y una menor cooperatividad.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **Metodología**

Diseño del Estudio

Población

Se incluyeron un total de 100 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia y 100 sujetos sanos pareados por género y edad. Los sujetos sanos serán tomados de la base de datos del proyecto de investigación de donde se desprende el presente protocolo “*Validez, confiabilidad y datos normativos del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC-R) en una muestra de población mexicana*” cuyo autor principal es la Dra. Ana Fresán Orellana.

Criterios de Inclusión Pacientes

1. Diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM- IV.
2. Género masculino o femenino.
3. Edad entre 18 - 60 años.
4. Que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.
5. Pacientes que se encuentren bajo tratamiento en la clínica de esquizofrenia del INPRF y que el cuadro clínico les permita comprender la naturaleza del estudio y contestar el cuestionario de personalidad. Que sepan leer y escribir.

Criterios de Exclusión Pacientes

1. Pacientes cuyo diagnóstico principal no sea el de esquizofrenia.
2. Menores de 18 años.
3. Cualquier trastorno del Eje I distinto al de esquizofrenia.
4. Trastorno mental secundario al abuso de sustancias como diagnóstico primario o enfermedad médica que confunda el diagnóstico de depresión.
5. Dificultad para comunicarse y cooperar.

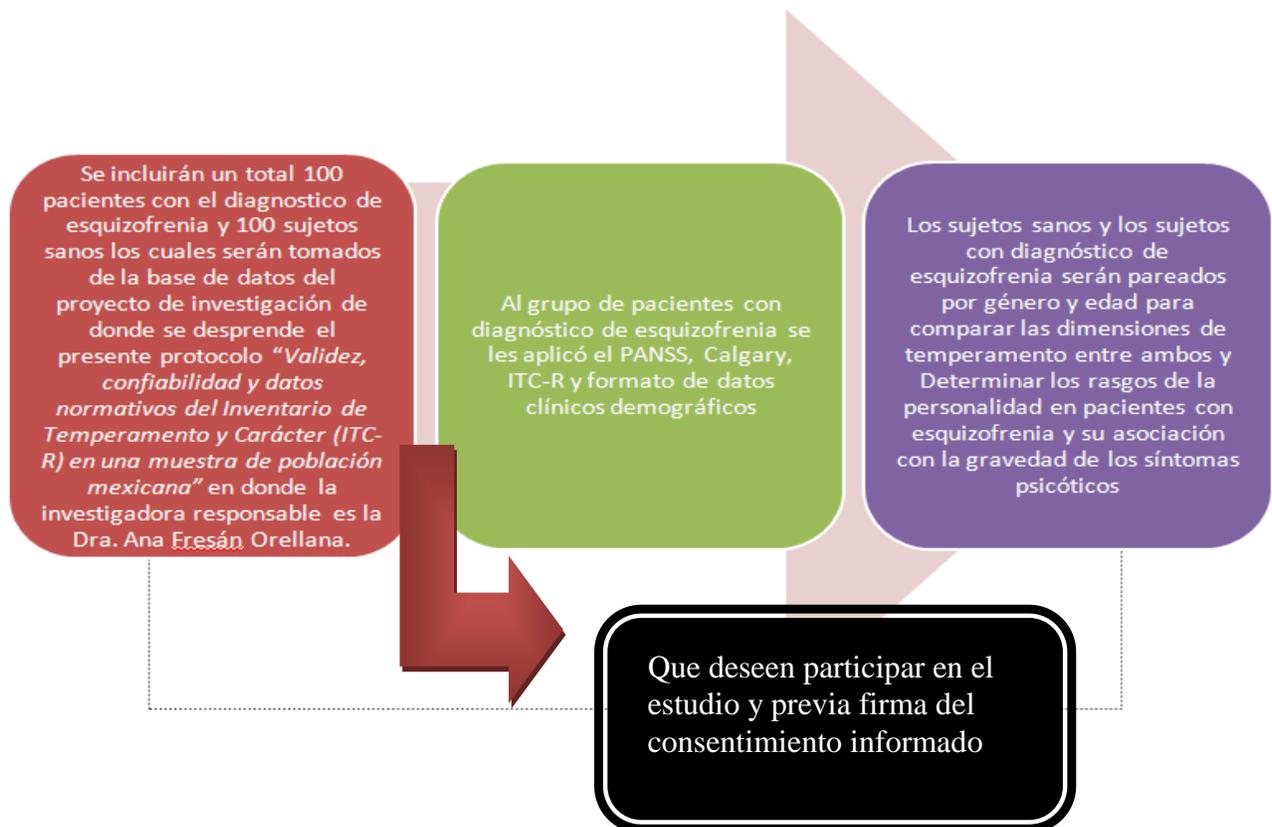
TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio de casos y controles de tipo analítico

“El objetivo principal de un estudio de casos y controles es proveer una estimación válida y razonablemente precisa, de la fuerza de asociación de una relación hipotética causa-efecto”.

PhilipCole

FLUJOGRAMA



Explicación del flujograma

Los pacientes fueron captados de la consulta externa de la clínica de esquizofrenia (que se encontraban estables con el tratamiento, que el cuadro clínico les permita comprender la naturaleza del estudio y contestar el cuestionario de personalidad, así como leer y escribir) que deseen participar en el estudio previa firma del consentimiento informado.

Se les aplicó posteriormente el PANSS, Calgary, ITC- RM y el formato de datos clínicos sociodemográficos.

Fueron pareados de acuerdo a edad, género para comparar las dimensiones de temperamento y carácter entre ambos grupos así como determinar los rasgos de la personalidad en pacientes con esquizofrenia y sus asociación con la gravedad de los síntomas psicóticos

- **Definición Conceptual y Operacional de las Principales Variables del Estudio**

Nombre de la Variable	Tipo de Variable	Instrumento utilizado
Esquizofrenia	Categórica	Diagnóstico ausente o presente
Gravedad de los síntomas psicóticos	Continua	PANSS
Rasgos de Personalidad	Categórica	ITC-RM

Las variables clínicas incluidas en el estudio son:

1.- Esquizofrenia

La esquizofrenia, es una enfermedad mental multifactorial, únicamente humana, que afecta al 1% de la población, ocasionando una gran perturbación en las relaciones sociales, familiares, sociales, presentando también problemas de aprendizaje en la persona que la padece.

Es una enfermedad que se inicia generalmente en la adolescencia tardía, y tiende a evolucionar hacia la cronicidad. En la actualidad no existen tratamientos curativos, pero se han desarrollado nuevos medicamentos

antipsicóticos para su tratamiento, gracias a los nuevos avances y a los estudios, que gracias a la tecnología actual se han podido llevar a cabo, entre estos esta la biología molecular, que ha permitido un estudio más profundo sobre las características genéticas de esta enfermedad.

En esta enfermedad, los procesos del pensamiento están muy alterados, las personas presentan entre muchos otros síntomas, alucinaciones auditivas, incapacidad para hacer asociaciones entre ideas y reducción de la expresión emocional, anatómicamente muestran que la formación hipocámpica, amígdala y giro parahipocampal son más pequeños en los esquizofrénicos que en personas sin la enfermedad. Los aspectos clínicos de esta enfermedad incluyen; alucinaciones auditivas, generalmente voces que conversan sobre el paciente, delirios que hacen pensar al paciente con frecuencia de forma paranoica (ejemplo, que hay fuerzas conspirando contra él). Los pacientes pueden tener la conciencia, de que las voces son pensamientos internos y que la ilusión de la conspiración puede no ser cierta, pero estos fenómenos resultan siendo persistentes y complejos. Además de estos síntomas, también muestran incapacidad para poner atención, una pérdida de las sensaciones placenteras, al igual que la pérdida de la voluntad, la desorganización de pensamientos y el habla. Los síntomas varían en intensidad durante el tiempo, teniendo predominancia de alguno, en un momento específico. Las disfunciones cognoscitivas, incluyendo la disminución para poner atención, y las deficiencias de memoria, es un punto de atención, el cual predice las inhabilidades sociales de la persona. El comportamiento violento no es el común denominador de estas personas, pero es probable que los pacientes cometan actos violentos en respuesta a sus alucinaciones o desilusiones o por la frustración de su interacción social ⁽⁴⁶⁾.

Para la obtención del diagnóstico de trastorno de depresión se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Características y niveles de medición de la variable

Para el presente estudio, el diagnóstico esquizofrenia, se consideró una variable categórica evaluada como “presente” o “ausente”.

2.- Gravedad de síntomas psicóticos

Los síntomas positivos de la psicosis interaccionan con las alteraciones psicológicas emocionales. Existen numerosas evidencias de que aspectos como la ansiedad, la depresión y la autoestima juegan un papel central en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas psicóticos. Los principales hallazgos en esta área corresponden a los modelos cognitivos de la psicosis que han encontrado interacciones con las distorsiones cognitivas, los estilos atribucionales sobre uno mismo y sobre los demás, los esquemas disfuncionales, fallos en la percepción y procesamiento de las propias emociones. Las consecuencias de esta interacción pueden ser una retroalimentación entre la severidad del malestar emocional y el mantenimiento y gravedad de los síntomas psicóticos, una baja tolerancia al estrés y un pobre ajuste social ⁽⁴⁷⁻⁵⁰⁾.

Sin embargo todavía no está claro cómo se produce la relación entre las emociones disfuncionales y la psicosis y en especial en pacientes con psicosis crónicas, como la esquizofrenia, que pueden permanecer largas temporadas (años) con síntomas positivos (alucinaciones y delirios) persistentes.

Algunos hallazgos han encontrado relaciones particulares entre las emociones de disforia y dimensiones específicas de los síntomas psicóticos. Así, se han encontrado relaciones entre la ansiedad y los síntomas positivos, la depresión y los síntomas negativos, la autoestima y el tipo de creencias delirantes experimentadas. Haciendo asociaciones más específicas entre las dimensiones de la psicosis y de las emociones se podrían encontrar relaciones más explicativas o significativas. Por ejemplo introduciendo distinciones entre el tipo y cualidad de la emoción y analizando su asociación con el tipo de síntomas psicóticos y sus dimensiones (gravedad, convicción, estrés o interferencia).

Otro procedimiento que podría arrojar explicaciones más detalladas a este tipo de relaciones es el control de las variables epidemiológicas. Variables como la edad y el tiempo del trastorno podrían afectar a la relación entre los síntomas psicóticos y los síntomas emocionales. Algunos resultados han encontrado evidencia en esta línea. En concreto, en personas que experimentan psicosis crónicas, como esquizofrenia, se ha encontrado que con el curso del tiempo los síntomas psicóticos y la ansiedad tienden a disminuir y a cambiar la asociación que se establece entre ellos.

Para la evaluación de los síntomas psicóticos se utilizó la Escala de síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia (PANSS).

Características y niveles de medición de la variable

Las puntuaciones de la severidad de los síntomas psicóticos obtenidas por medio de la Escala de síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia (PANSS).

3.- Personalidad

La personalidad ha sido definida como la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determinan el ajuste individual del individuo a su entorno, se encuentra conformada por el temperamento y el carácter. El temperamento se refiere a las respuestas emocionales y automáticas que el individuo presenta ante experiencias externas e internas. El temperamento es una condición parcialmente hereditaria que se manifiesta desde etapas tempranas del desarrollo y se mantiene estable a lo largo del ciclo vital. El carácter hace referencia a las diferencias individuales, las cuales se desarrollan como el resultado de las interacciones no lineales entre el ambiente familiar y las experiencias de vida del individuo que se encuentran influenciadas por el aprendizaje sociocultural ⁽⁵¹⁾.

Para la realización del presente estudio se incluyeron 3 factores del temperamento y tres factores del carácter. El primer factor de temperamento, búsqueda de la novedad, determina el inicio o activación de comportamientos, así como también involucra una rápida pérdida del temperamento, y una evitación activa ante la frustración. Los individuos con una elevada búsqueda de la novedad tienden a buscar emociones, a ser impulsivos, extravagantes y desordenados. El segundo factor del temperamento, evitación al daño, refleja una tendencia a responder de forma intensa a las señales de un estímulo aversivo, lo que inhibe la actuación e incrementa la evitación al castigo y la novedad. Los individuos con una elevada evitación al daño son tímidos con las personas extrañas, muestran una preocupación pesimista ante la anticipación de futuros problemas, tienden a preocuparse y a mostrarse tensos en situaciones que les son poco familiares, sus conductas son pasivas y evasivas. El tercer factor, dependencia a la

recompensa refleja la dependencia a la vinculación y aprobación de otras personas y una elevada sensibilidad hacia las señales sociales de recompensa ⁽⁵²⁾.

En cuanto a los factores de carácter se incluyó a la autodirección, cooperatividad y autotrascendencia. El concepto básico de la autodirección es la autodeterminación o la capacidad del individuo para controlar, regular y adaptar su comportamiento a una situación determinada de acuerdo a su selección personal de metas y objetivos. La autodirección se considera como un proceso de desarrollo que incluye la responsabilidad que asume el sujeto por sus actos en lugar de culpar a otros, la identificación de objetivos y metas personales, el desarrollo de habilidades y confianza para la resolución de problemas y la autoaceptación ⁽⁵³⁻⁶⁰⁾.

La cooperatividad mide las diferencias individuales en la capacidad de aceptar e identificarse con otras personas. Este factor se diseñó para medir los aspectos del Carácter relacionados con la amabilidad versus el egoísmo agresivo y la hostilidad.

Esta dimensión se basa en los trabajos de Rogers, que describe a las personas cooperativas como aquellas que muestran:

- Aceptación incondicional al otro.
- Empatía con los sentimientos de otros.
- Buena disposición para ayudar a otros a lograr sus metas sin una dominación egoísta ⁽⁶¹⁻⁶⁵⁾.

La autotrascendencia es la identificación del individuo con un todo, del cual procede y del que es una parte esencial. Esto incluye un estado de “conciencia de unidad” en el que no existe ningún yo individual, porque no hay distinción significativa entre el yo y el otro. Esta perspectiva unitaria puede describirse como una aceptación, identificación o unión experimental con la naturaleza y su origen. Estos rasgos de Carácter, asociado a la espiritualidad o a la trascendencia, no han sido hasta ahora objeto de investigación sistemática ⁽⁶⁵⁻⁶⁹⁾.

La evaluación de las dimensiones de temperamento y carácter incluidas en el estudio se realizó por medio de la aplicación del Inventario de Temperamento y Carácter versión revisada (ITC-R).

Características y niveles de medición de la variable

Las puntuaciones de las dimensiones de temperamento y carácter, obtenidas por medio del Inventario de Temperamento y Carácter versión revisada, son de tipo intercalar y fueron utilizadas para realizar comparaciones entre la severidad de la sintomatología psicótica en pacientes con esquizofrenia.

- **Descripción de las escalas e instrumentos de evaluación**

Formato de Datos Clínico Demográficos (FDCD)

El formato de datos clínico-demográficos diseñado previamente se compone de 3 áreas conformadas por diversos reactivos, en donde se registra y concentra la información necesaria de las principales características demográficas y clínicas de cada uno de los pacientes evaluados. Para la aplicación de este formato, es necesario realizar un interrogatorio dirigido tanto al paciente como al familiar (es) que tenga un contacto estrecho, y mayor conocimiento sobre la evolución de la enfermedad del paciente en estudio.

La sección de "*Datos Generales*" contiene la ficha de identificación del paciente, en donde se incluye la edad del paciente al momento del estudio, el género, su estado civil, la escolaridad del paciente completada en años, su nivel socioeconómico (basado en los parámetros empleados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente) y su ocupación en la actualidad. En esta sección se encuentra un reactivo correspondiente al "*Familiar de Referencia*", en donde se registran los datos completos de por lo menos uno de los familiares, con el objetivo de poder localizar al paciente en caso de ser necesario.

La sección denominada "*Diagnóstico y Características del Padecimiento*" se compone con algunos datos arrojados de la entrevista diagnóstica basada en los Criterios del DSM IV, tales como el diagnóstico de depresión y trastornos de ansiedad, la cronicidad del padecimiento, y por una serie de preguntas previamente elaboradas con la finalidad de recabar información de las principales características clínicas del padecimiento como son: la edad de inicio del padecimiento, la edad del paciente en su primera hospitalización psiquiátrica (en caso de haber sido hospitalizado durante el curso del padecimiento), el número total de hospitalizaciones, el período de tiempo total de las hospitalizaciones (registrado en semanas), y la duración de la psicosis no tratada (DPNT), está última

definida como el intervalo de tiempo comprendido entre el inicio de los síntomas psicóticos y el inicio del tratamiento especializado. Esta información se obtuvo mediante una evaluación retrospectiva teniendo como fuentes de información al paciente y sus familiares.

Para completar el FDCD se incluyó la sección de “Antecedentes de Abuso de Sustancias” el cual fue completado mediante la información obtenida durante la realización de la entrevista diagnóstica.

Escala de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS)

La Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale), desarrollada por Kay et al⁽⁷⁰⁾. en 1987 y adaptada al español por Peralta et al⁽⁷¹⁾ en 1994, es uno de los instrumentos más utilizados para valorar la sintomatología en pacientes con esquizofrenia. Se trata de una escala heteroaplicada que se cumplimenta a partir de una entrevista semiestructurada de unos 45 min de duración. En su versión original, la PANSS está compuesta por 30 ítems agrupados en tres factores: síndrome positivo (compuesto por 7 ítems), síndrome negativo (también formado por 7 ítems) y psicopatología general (compuesto por 16 ítems). Sin embargo, los propios autores de la escala pusieron en duda la utilidad de estos tres factores para recoger de manera adecuada los síntomas valorados por la PANSS, y en un estudio posterior propusieron cuatro factores: síndrome negativo, síndrome positivo, excitabilidad y síntomas depresivos⁽⁷²⁾. En 1997, el grupo de estudio de la PANSS realizó un análisis de la estructura factorial de la escala, y concluyó que un modelo de cinco factores era el que mejor representaba las dimensiones de la PANSS. Este modelo se denominó "modelo pentagonal", y estaba compuesto por los siguientes factores: negativo, positivo, excitación, disforia y preocupaciones autistas⁽⁷³⁾.

Sin embargo, las investigaciones posteriores no han podido confirmar que el modelo pentagonal represente de manera adecuada los síntomas característicos de la esquizofrenia⁶. En su lugar, la mayoría de los estudios realizados proponen un modelo diferente del modelo de White et al⁽⁷⁴⁾, pero manteniendo la estructura de cinco factores. Aunque no hay un acuerdo unánime en la bibliografía, el modelo más aceptado está configurado por los siguientes factores: factor negativo, factor positivo, factor excitación (denominado a veces hostilidad), factor ansiedad/depresión (en algunos estudios, malestar emocional) y factor desorganización/cognitivo. Este modelo se ha constatado tanto en pacientes con enfermedad de larga duración como en pacientes en las fases iniciales

En concreto, son siete los ítems que se muestran inconsistentes: preocupaciones somáticas (G1), tensión motora (G4), manierismos y posturas (G5), ausencia de juicio e introspección (G12), trastornos de la volición (G13), preocupación (G15) y evitación social activa (G16), si bien este último se asocia principalmente al factor negativo. Estas diferencias hacen que no haya unanimidad en los resultados obtenidos en las investigaciones que se realizan con la PANSS, ya que dichos resultados pueden depender del modelo concreto que se utilice y de los ítems que configuren cada factor en ese modelo. Asimismo, puede llevar a diferentes interpretaciones de síntomas específicos. Un ejemplo sería el ítem "ausencia de juicio e introspección" (G12), que puede verse como un síntoma positivo de la enfermedad en los modelos que lo incluyen en el factor positivo⁽⁷⁵⁻⁷⁹⁾, o como parte del deterioro cognitivo en los modelos que lo incluyen en el factor desorganización/ cognitivo

La Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) es uno de los instrumentos más utilizados para valorar la sintomatología de los pacientes con esquizofrenia. Numerosos estudios han analizado la estructura factorial de esta escala, y han propuesto la existencia de cinco factores: negativo, positivo, excitación, ansiedad/depresión y desorganización (o cognitivo). Para la Validación del PANSS de cinco componentes en México se reclutaron 150 pacientes esquizofrénicos entre mayo de 2002 y septiembre de 2003. . La estructura de cinco factores de la PANSS en pacientes mexicanos con esquizofrenia permite mayor investigación para aclarar los distintos aspectos clínicos de la esquizofrenia ⁽⁸⁰⁾.

Escala de depresión de Calgary

La Escala de Depresión de Calgary (Calgary Depresión Scale for Schizophrenia, CDSS) es un instrumento desarrollado específicamente para valorar el nivel de depresión en la esquizofrenia, tanto en la fase aguda como en los estados deficitarios, al tiempo que trata de distinguirla de los síntomas positivos, negativos y extrapiramidales que pueden existir. Con el fin de superar las limitaciones de las escalas generales de depresión (Hamilton, Beck), diseñadas para población no psicótica, Addington D y cols (1990) realizan un análisis factorial de los ítems de la Escala de Depresión de Hamilton y del Present State Examination (PSE), seleccionando aquellos que mejor fiabilidad y validez se obtuvo en la valoración de la depresión de la muestra de pacientes esquizofrénicos estudiada. La primera versión constaba de 11 ítems, puntuados de 0 a 5, si bien en un segundo

estudio se observó que dos de los ítems (ideas delirantes de culpa y pérdida de peso) no contribuían a la fiabilidad interna de la escala ni a su validez, por lo que fueron suprimidos-, así mismo, la puntuación de cada ítem se redujo a 4 niveles de severidad.

El resultado es una escala de 9 ítems, centrada fundamentalmente en los síntomas cognitivos de la depresión, con una graduación de intensidad sintomática de 4 puntos (ausente, leve, moderado, grave). Ha de ser administrada por un clínico, tras una entrevista estructurada y requiere una estandarización previa; el marco de referencia temporal son las dos semanas previas. Para los 8 primeros la propia escala facilita las preguntas para su exploración, mientras que el último es un ítem observacional para el que no se proporcionan preguntas específicas; todos los ítems incorporan criterios operativos para establecer la puntuación de gravedad. No ha sido validada en nuestro medio, si bien existen distintas traducciones al castellano ⁽⁸¹⁻⁸⁵⁾.

Proporciona una puntuación total de gravedad de la depresión, que se obtiene sumando la puntuación en cada ítem (de 0 a 3). El rango de puntuación es de 0-27. No existen criterios para categorizar la severidad de la depresión, utilizándose como una medida continua de intensidad sintomática. Es válida para cualquier fase de la enfermedad y sensible al cambio, lo que permite un seguimiento evolutivo del paciente y la determinación del grado de respuesta terapéutica.

Para identificar la ausencia / presencia de depresión, los autores recomiendan como punto de corte la puntuación ≥ 5 . Este punto de corte se considera adecuado para identificar pacientes con alto riesgo de presentar comorbilidad de tipo depresivo; sin embargo, el diagnóstico de trastorno depresivo debe ser confirmado mediante el pertinente examen clínico ⁽⁸⁶⁻⁹⁰⁾.

La escala ha demostrado una adecuada separación entre las medidas de depresión, síntomas negativos y síntomas extrapiramidales en sujetos con esquizofrenia, superando en este sentido a escalas de tipo general, como las de Hamilton o Montgomery-Asberg, cuya puntuación se ve más influenciada por la sintomatología negativa y por la presencia de clínica extrapiramidal.

La Escala de Calgary para Evaluar la Depresión en la Esquizofrenia tiene una validez concurrente satisfactoria y su reproductibilidad es buena en México con base a los estudios realizados por Ortega y cols. El contar con este instrumento facilita el estudio de la relación entre los síntomas depresivos y la esquizofrenia ⁽⁶⁸⁾.

Inventario de Temperamento y Carácter versión revisada (ITC- R)

Como antecedente del inventario de temperamento y carácter versión revisada Cloninger desarrollo el Cuestionario Tridimensional de la Personalidad (TPQ) en 1991. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 100 items con respuesta de verdadero o falso mediante el cual se evaluaban las siguientes tres dimensiones.

- _ Búsqueda de Novedad. (NS)
- _ Evitación del Daño (HA)
- _ Dependencia de la Recompensa (RD)

Cada una de estas tres dimensiones al mismo tiempo se subdividía en

4 facetas:

Búsqueda de Novedad (BN)

NS1: Excitabilidad

NS2: Impulsividad

NS3: Excentricidad

NS4: Desorden

Evitación del Daño (HA)

HA1: Ansiedad anticipatoria

HA2: Evitación de lo desconocido

HA3: Timidez

HA4: Fatigabilidad

Dependencia de la Recompensa (RD)

RD1: Sentimentalismo

RD2: Persistencia

RD3: Apego

RD4: Dependencia

Posteriormente y debido a las limitaciones que se encontraron con el TPQ tanto en población general como en poblaciones clínicas, Cloninger amplió su modelo de personalidad para evaluar tres dimensiones más que se denominan autodirección, cooperatividad y trascendencia y que se incluyen en el componente de carácter. El TPQ se revisó y se diseñó como un nuevo instrumento que hacía referencia a las nuevas dimensiones añadidas. El nuevo cuestionario se designó Inventario del Temperamento y Carácter que es un instrumento autoaplicado en formato de respuesta verdadero/falso.

Cuantifica las siete dimensiones de la personalidad y 25 rasgos de segundo orden. Este cuestionario ha sido utilizado en estudiantes, población general y población clínica. Sus propiedades psicométricas así como el trabajo empírico realizado con el instrumento están recogidas en el manual escrito por Cloninger. Para desarrollar su modelo de personalidad, Cloninger parte del constructo de personalidad desarrollado por Allport (Allport y Odbert, 1936) y la definición de aprendizaje de Thorpe. Allport y define a la personalidad, como la organización dinámica de aquellos sistemas psicofísicos, psicobiológicos, que determinan la adaptación individual al ambiente y a los cambios en este, mientras que Thorpe define aprendizaje como la organización de la conducta, que se manifiesta por cambios adaptativos como resultado de la experiencia individual.

A partir de estos constructos, Cloninger defiende que lo que diferencia la personalidad de los individuos son los distintos sistemas adaptativos que participan en la recepción, el procesamiento y el almacenamiento de la información que reciben a partir de la experiencia ⁽³⁹⁻⁴¹⁾. De esta forma la adaptación se realizara a partir de la información que podamos recuperar de las experiencias precedentes. Esta información se encuentra almacenada en dos niveles diferenciados o, dicho de otra forma, la información se encuentra en sistemas de memoria que tienen funciones distintas.

Entenderemos Temperamento como la predisposición con la que nacemos y que está regulada principalmente por factores constitucionales.

Se refiere a los aspectos de la personalidad que tienen las siguientes características:

_ Están ligados a sistemas neurobiológicos definidos, heredables moderadamente de forma independiente. En las dimensiones de Temperamento la varianza entre individuos en ellas, quedaría explicada por factores genéticos entre un 40 y un 65%. Existen múltiples estudios que confirman estos datos, algunos realizados ya con las tres dimensiones de Temperamento del TPQ ⁽³⁹⁻⁴¹⁾ y que pueden considerarse muy validos, pero tenemos que añadir el hecho de que el analizar 7 dimensiones favorece aun más la explicación de la varianza de la personalidad entre individuos, y aumenta la fiabilidad y validez de los estudios ⁽³⁹⁻⁴¹⁾.

_ Se manifiestan precozmente en la vida, pudiéndose observar ya en la infancia temprana, encontrándose incluso en los más pequeños (de 0 a 3 años), una alta consistencia interna de las dimensiones ⁽³⁹⁻⁴¹⁾.

_ Se mantienen estables a lo largo de la vida y casi no están influenciados por el ambiente social, pudiendo llegar a predecir moderadamente la conducta de la adolescencia y del adulto ⁽³⁹⁻⁴¹⁾ y, sobre todo, pudiendo llegar a predecir posibles trastornos en edades más avanzadas ⁽⁴²⁻⁴⁵⁾.

_ Implica las respuestas automáticas a estímulos emocionales, por lo que incluye aprendizajes preconceptuales o inclinaciones inconscientes, determinando hábitos, emociones o reacciones automáticas a la experiencia.

_ Están basados en los principios de condicionamiento de la conducta. Cloninger et al., ⁽³⁹⁾ propone que la estructura del Temperamento es un sistema complejo, organizado jerárquicamente y que puede descomponerse en subsistemas estables. Filogenéticamente primero apareció un sistema de inhibición conductual (Evitación del Daño) en todos los animales, luego se agregó un sistema de activación (Búsqueda de Novedad) en animales más avanzados y, más tarde, se agregaron subsistemas para el mantenimiento conductual (Dependencia de la Recompensa y Persistencia) en los reptiles y mamíferos.

El Temperamento está compuesto por 4 dimensiones o rasgos, que cumplen las características que hemos expuesto en el punto anterior. Esta estructura y su estabilidad se han replicado en varias culturas diferentes ⁽³⁹⁻⁴¹⁾.

Estas 4 Dimensiones son:

- Búsqueda de Novedad (BN).
- Evitación del Daño (HA).
- Dependencia de la Recompensa (RD).
- Persistencia (P).

Búsqueda de Novedad.

Se trata de una inclinación heredable hacia una intensa excitación como respuesta a estímulos que indican potenciales recompensas o alivio del dolor. Como consecuencia aparecen conductas exploratorias cuya finalidad es alcanzar posibles premios, y evitar la monotonía o los posibles castigos. Los dos polos de esta dimensión se

expresarían de la siguiente forma: Esta dimensión esta en estrecha relación con los sistemas de activación. Se trata de una actividad dopaminérgica y mesolímbica.

Posiblemente está regulada por la dopamina, tal y como ya se ha dicho al hablar del TPQ. De todas formas se ampliara un poco esta información en el apartado de las bases biológicas.

En esta dimensión de Búsqueda de Novedad podemos encontrar 4 facetas:

NS1: Rigidez Estoica vs Excitabilidad exploratoria.

NS2: Reflexión vs Impulsividad.

NS3: Reserva vs Extravagancia.

NS4: Reglamentación estricta vs Desorden.

Evitación del Daño.

Implica una inclinación heredable a responder intensamente a las señales de estímulos aversivos, aprendiendo así a inhibir la respuesta con la finalidad de evitar el castigo, la novedad o la frustración por falta de recompensa.

Esta dimensión, al igual que encontramos en la dimensión de Neuroticismo de Eysenck, está en relación con los sistemas de inhibición cuyas bases serian el sistema septohipocampico y las proyecciones serotoninérgicas de los núcleos de Rafe. Está regulada por la serotonina.

Una demostración de esta afirmación la encontramos en que las benzodiazepinas pueden reducir las conductas evitativas mediante la inhibición, a través del GABA, de las proyecciones serotoninérgicas de los núcleos de Rafe

En esta dimensión de Evitación del Daño también encontramos 4 facetas:

HA1: Optimismo vs Ansiedad anticipatoria y pesimismo.

HA2: Confianza vs Miedo a la incertidumbre.

HA3: Gregarismo Vs Timidez.

HA4: Vigor vs Fatigabilidad.

Dependencia de la Recompensa.

Es una inclinación heredable a responder intensamente a los signos de recompensa y a mantener o resistir la extinción de la conducta que ha sido previamente asociada con premios o con la evitación de castigos. Se manifiesta:

Esta en relación con los sistemas de mantenimiento de la conducta.

Esta es la dimensión en que los fundamentos biológicos son menos claros, aunque los datos apuntan a que estaría regulada por la noradrenalina.

Aunque la dimensión de Dependencia de la Recompensa también incluye 4 facetas, RD es la dimensión que más cambios ha experimentado en los últimos años. Actualmente todos los datos corroboran una mejora en la validez de la estructura con la siguiente configuración de 4 subescalas:

RD1: Insensibilidad vs Sentimentalismo.

RD2: Frialdad vs Calidez.

RD3: Reservado vs Apertura a la comunicación.

RD4: Independencia vs conformidad.

Persistencia.

Esta dimensión inicialmente en el TPQ era considerada como una faceta de Dependencia de la Recompensa, pero no correlacionaba con el resto de facetas por lo que se acabó considerándola en el TCI como una dimensión de Temperamento independiente, que mediría la perseverancia en la conducta a pesar de la frustración y fatiga.

Esta en relación con los sistemas de mantenimiento de la conducta y, al igual que la Dependencia de la Recompensa, podría estar regulada por la noradrenalina.

Respecto a las facetas, en el TCI-R encontramos los mayores cambios, ya que no solo es considerada una dimensión de Temperamento independiente, si no que se han desarrollado 4 facetas.

PS1: Esforzado/Resistencia al esfuerzo.

PS2: Trabajo.

PS3: Ambición.

PS4: Perfeccionismo.

El Carácter es la inclinación a responder a estímulos en función de los diferentes conceptos que los sujetos tienen sobre “que soy yo”, sobre “que somos nosotros” y sobre “por que estamos aquí”.

La capacidad para iniciar, mantener o detener las conductas como respuestas automáticas inconscientes esta inicialmente determinada por los factores de Temperamento, pero esos pueden modificarse y condicionarse como resultado de los cambios en la valoración que hacemos de los estímulos. Esta valoración está determinada por el concepto que tenemos de nuestra identidad.

Desde esta perspectiva, el desarrollo de la personalidad es un proceso exigentico reiterativo en el que los factores heredables del Temperamento motivan aprendizajes introspectivos de auto-conceptos que a su vez modifican la valoración que hacemos de los estímulos percibidos a los que respondemos inicialmente. De esta manera, se influyen el Temperamento y el Carácter en su desarrollo y ambos motivan la conducta final.

Las dimensiones del Carácter se heredan en una medida muy escasa ⁽³⁹⁻⁴¹⁾, están moderadamente influenciadas por el ambiente sociocultural y, en particular, por el ambiente familiar, y se afianzan con el desarrollo y la relación con el entorno.

Las dimensiones de Carácter describen el grado en que una persona se percibe a sí misma como:

- Un individuo independiente, es decir, seguro de sí mismo (Autodirigido).
- Como parte integral de la sociedad (Cooperativo).
- Como parte integrante del universo entendido como un todo interdependiente (Autotrascendente).

Por tanto las tres dimensiones de Carácter son:

- 1- Autodirección
- 2- Cooperatividad
- 3- Autotrascendencia

Autodirección

Mide la habilidad de un individuo para controlar, regular y adaptar su conducta, ajustándose a una situación de acuerdo con unas metas y valores escogidos individualmente. Esta dimensión abarca muchos aspectos tomados de la psicología humanista como:

- Hasta que punto una persona identifica su imagen del Self de una forma integrada, como un individuo completo con una finalidad, en lugar de verse un conjunto desorganizado de reacciones impulsivas.
- La fuerza intencional de los individuos para afirmarse o comprometerse con unas determinadas metas particulares o propósitos.
- La habilidad para elegir entre opciones alternativas.
- La capacidad para cambiar en función de la experiencia y de acuerdo con la propia historia.
- La responsabilidad individual ante lo que uno hace.

La Autodirección está relacionada con una autoestima positiva en edades tempranas y esta, a su vez, con la presencia de unos padres capaces de mostrar un afecto consistente y de animar al niño a adquirir autonomía (Mateos y De la Gangara, 2001). La Autodirección puede describirse como un proceso de desarrollo compuesto por varias fases que quedan reflejadas en las siguientes 5 facetas:

SD1: Proyección de la culpa/determinismo proyectivo vs

Responsabilidad.

SD2: Ausencia de metas vs Orientación.

SD3: Inercia vs Recursos.

SD4: Competición vs Auto aceptación.

SD5: Malos hábitos vs Congruencia.

Cooperatividad.

Mide las diferencias individuales en la capacidad de aceptar e identificarse con otras personas. Este factor se diseñó para medir los aspectos del Carácter relacionados con la amabilidad versus el egoísmo agresivo y la hostilidad.

Esta dimensión se basa en los trabajos de Rogers, que describe a las personas cooperativas como aquellas que muestran:

- Aceptación incondicional al otro.
- Empatía con los sentimientos de otros.
- Buena disposición para ayudar a otros a lograr sus metas sin una dominación egoísta.

La Cooperatividad está compuesta de varios aspectos. Estos aspectos quedan fielmente reflejados en la siguientes subescalas:

C1: Intolerancia Social Vs Aceptación Social.

C2: Insensibilidad vs Empatía.

C3: Egoísmo vs Tendencia a ayudar.

C4: Venganza vs Compasión.

C5: Oportunismo vs Con principios.

Autotrascendencia.

Se entiende por Autotrascendencia la identificación del individuo con un todo, del cual procede y del que es una parte esencial. Esto incluye un estado de “conciencia de unidad” en el que no existe ningún yo individual, porque no hay distinción significativa entre el yo y el otro. Esta perspectiva unitaria puede describirse como una aceptación, identificación o unión experimental con la naturaleza y su origen.

Estos rasgos de Carácter, asociado a la espiritualidad o a la trascendencia, no han sido hasta ahora objeto de investigación sistemática.

Para describir esta dimensión, Cloninger se apoya tanto en la descripción de las vidas de los místicos como en las descripciones de la Psicología Transpersonal.

La Autotrascendencia sería un proceso de desarrollo con múltiples aspectos, que pueden simplificarse en unas pocas fases sobre la base de experiencias básicas y conductas descritas en un amplio espectro de personas y culturas.

ST1: Cohibición vs Abstracción.

ST2: Auto diferenciación vs Identificación transpersonal.

ST3: Materialismo racional vs Espiritualidad

En 1999 el cuestionario fue revisado con el objetivo de mejorar ciertos problemas metodológicos referentes en especial a la dimensión de Persistencia y Dependencia de la Recompensa. El inventario de temperamento y carácter revisado ITC- R es un instrumento autoaplicado de 240 ítems que se responde en escala Likert de 5 puntos. Se ha añadido una subescala en la dimensión de dependencia de la recompensa, apertura a la comunicación, calidez, y la dimensión de persistencia consta en esta versión, de cuatro rasgos de segundo orden. Además se han ampliado el número de ítems de las subescalas de dependencia de la recompensa ya que la consistencia interna de estas subescalas siempre es baja. Por lo tanto, el cuestionario revisado evalúa las mismas dimensiones principales que el anterior, pero tiene 29 subescalas y se ha modificado la forma de contestar.

La versión revisada del ITC- R presenta ventajas respecto a la anterior versión no sólo en lo referente a las propiedades psicométricas, sino también en cuanto a la estandarización de las puntuaciones. A esta nueva versión se le ha añadido ítems en algunas subescalas de dependencia en la recompensa y se han incluido rasgos de segundo orden en esta dimensión y en la dimensión de persistencia que mejoran la consistencia interna de las escalas y su validez de constructo.

- **Análisis Estadístico**

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizará con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. Como pruebas de hipótesis para la comparación de las dimensiones de temperamento y carácter entre pacientes con esquizofrenia y sujetos sanos se utilizará la prueba t de Student para muestras independientes. El coeficiente de correlación de Pearson se empleará para determinar la asociación lineal entre las dimensiones de temperamento y carácter y las 5 dimensiones de gravedad de síntomas psicóticos evaluados con la PANSS. El nivel de significancia estadística se fijará en una $p \leq 0.0$.

- **Consideraciones éticas**

El estudio se realizará de acuerdo a los principios generales estipulados en declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial 2008). A todos los sujetos y familiares se les solicitará consentimiento informado, mismo en el que se brinda la explicación del estudio, ante dos testigos y el médico responsable. El no participar en el proyecto no excluye al paciente de recibir la atención médica necesaria y si se retira del mismo, no afectará esa decisión su tratamiento. Los datos generados en la investigación serán utilizados únicamente con fines científicos y no se les dará otro uso, salvo autorización escrita y expresa de los pacientes y de los comités antes mencionados, guardando la absoluta confidencialidad de los pacientes que accedan a participar.

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I. Investigación sin riesgo; Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Los datos generados en la investigación serán utilizados únicamente con fines científicos (Diario Oficial de la Federación 1983).

- **Cronograma**

Actividad	R2-2	R3-1	R3-2	R4-1	R4-2
Autorización del proyecto	X				
Recolección de números de expedientes clínicos		X			
Recolección de datos y mediciones		X			
Resultados y Análisis de la información		X	X		
Impresión y entrega de proyecto final				X	

R2-2 = Segundo semestre R2
R3-1 = Primer semestre R3
R3-2 = Segundo semestre R3
R4-1 = Primer semestre R4
R4-2 = Segundo semestre R4

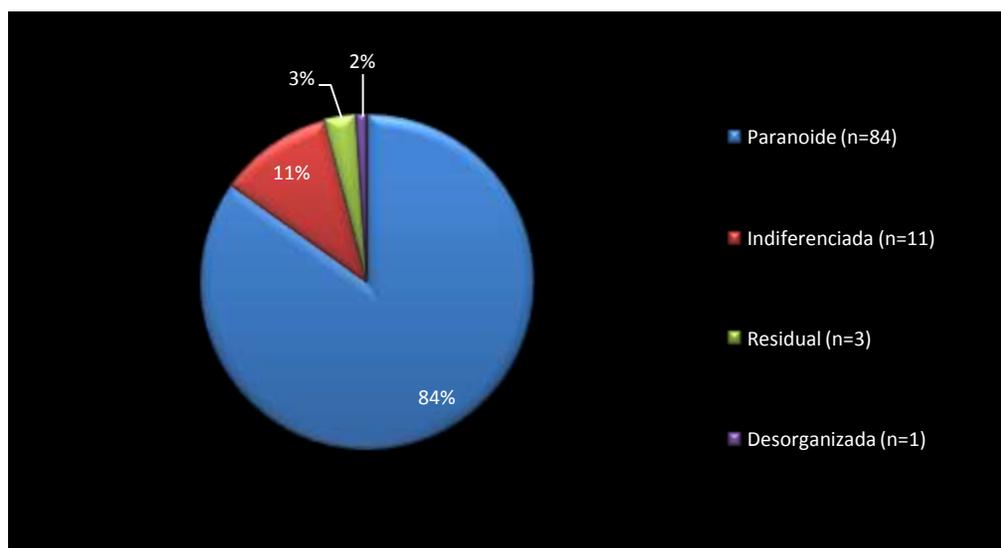
Resultados

• Características sociodemográficas y clínicas

Se incluyeron un total de 100 pacientes con esquizofrenia. El 66% de los pacientes fueron hombres y el 34% restante fueron mujeres, con una edad promedio de 36.6 (D.E.=11) años (rango 18-64 años) y una escolaridad de 11.3 (D.E.=3.1) años (rango 2-20 años) equivalente al segundo año de bachillerato. La mayoría de los pacientes se encontraban sin pareja al momento del estudio (81%) y tan solo el 19% tenían una actividad laboral económicamente remunerada. De acuerdo a la clasificación establecida por la institución de reclutamiento, el 93% de los pacientes tenían un nivel socioeconómico bajo.

La edad de inicio del padecimiento fue reportada a los 26.5 (D.E.=8.6) años (rango 14-51 años) con un promedio de 59.3 (D.E.=47.9) semanas (rango 3-200 semanas) de duración de la psicosis no tratada. En su mayoría, los pacientes tuvieron el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (Gráfica 1).

Gráfica 1. Subtipo de esquizofrenia de los pacientes incluidos en el estudio.

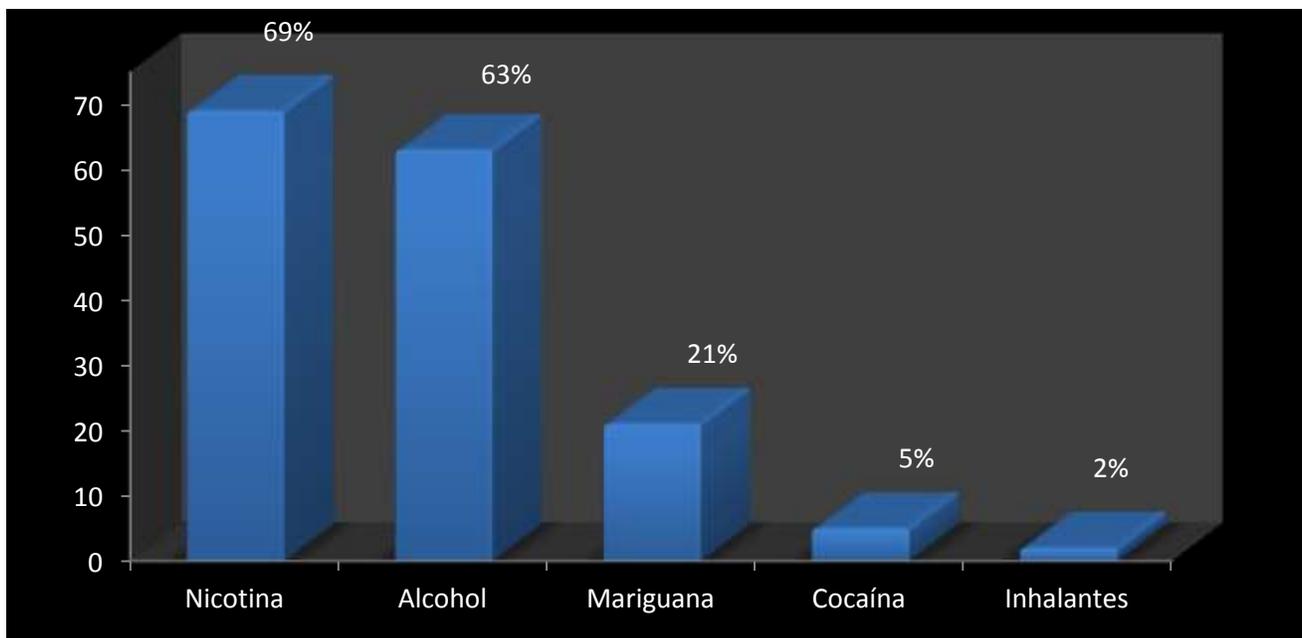


De los pacientes incluidos, 67% reportaron haber tenido alguna hospitalización psiquiátrica durante la enfermedad. De éstos, 54 pacientes (80.6%) tuvieron una hospitalización, 11 (16.4%) dos hospitalizaciones y los dos restantes (3%) tres hospitalizaciones. La edad promedio de la primera hospitalización fue a los 27.5 (D.E.=7.7) años (rango 15-47 años), con un promedio de 5.3 (D.E.=4.1) semanas (rango 1-18 semanas) de estancia intrahospitalaria.

- **Comorbilidad con uso de sustancias**

El uso de sustancias se presentó en el 80%, siendo la nicotina y el alcohol las sustancias de mayor consumo. En la Gráfica 2 se muestran las frecuencias del abuso de sustancias del total de la muestra.

Gráfica 2. Comorbilidad con abuso de sustancias del total de la muestra



- **Gravedad sintomática**

La puntuación promedio total de la escala PANSS fue de 49.7 (D.E.=6.4) puntos (rango 36-69 puntos) lo que refleja una intensidad moderada de los síntomas que presentaban los pacientes al momento del estudio. Las puntuaciones de las subescalas de la PANSS y la puntuación total de la Escala de Depresión de Calgary se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Gravedad sintomática de los pacientes incluidos

	Media	D.E
PANSS		
Positivo	12.1	2.3
Negativo	14.3	2.9
Cognitivo	13.2	2.7
Excitabilidad	4.6	1.2
Depresión/Ansiedad	5.4	1.6
Escala Calgary de Depresión en Esquizofrenia	3.3	1.7

- **Dimensiones de temperamento y carácter**

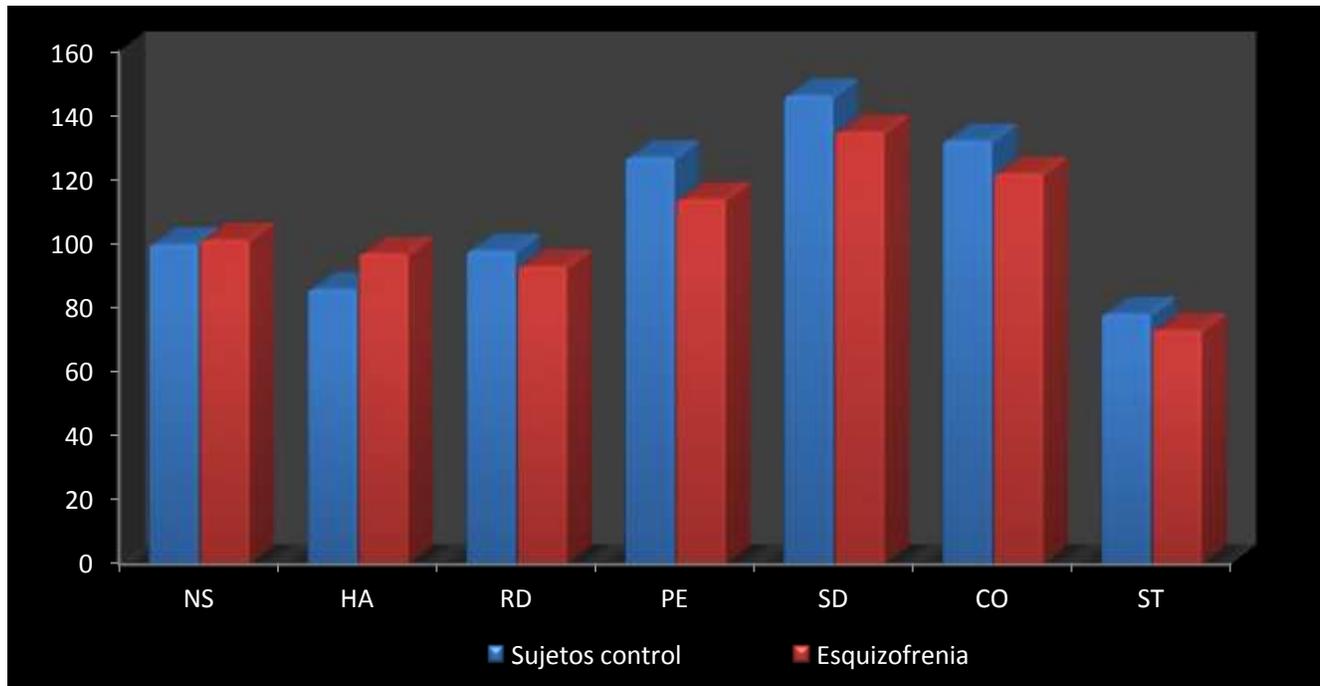
Las puntuaciones promedio de las dimensiones de temperamento y carácter del total de la muestra se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Puntuaciones de las dimensiones de temperamento y carácter en pacientes con esquizofrenia.

	Media	D.E
Temperamento		
Búsqueda de la novedad (NS)	101.2	19.6
Evitación al daño (HA)	96.9	21.4
Dependencia a la recompensa (RD)	92.9	17.4
Persistencia (PE)	113.9	25.0
Carácter		
Autodirección (SD)	134.9	27.0
Cooperatividad (CO)	121.9	22.8
Autotrascendencia (ST)	73.1	18.8

Al comparar las dimensiones de temperamento y carácter entre los pacientes con esquizofrenia y sujetos control pareados por género y edad, se observaron diferencias significativas entre ambos grupos (Gráfica 3).

Gráfica 2. Dimensiones de temperamento y carácter entre grupos.



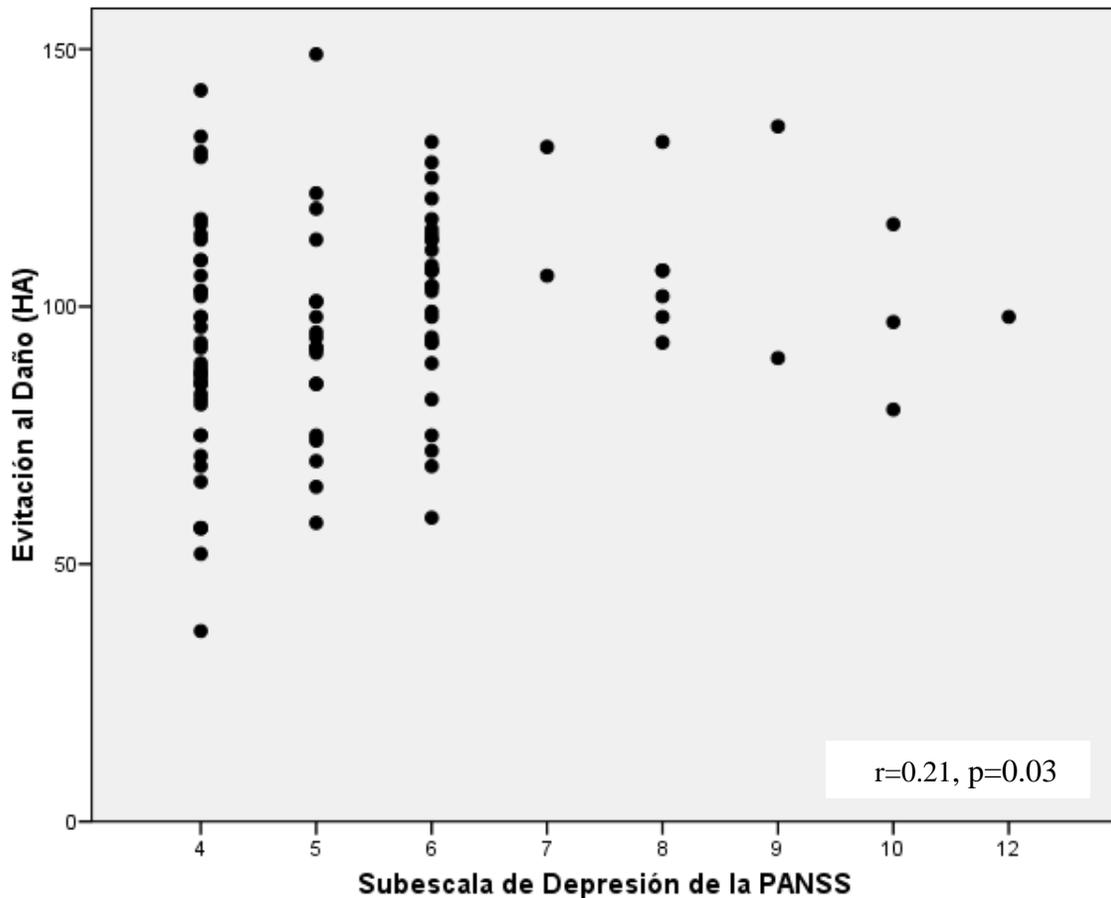
NS = Búsqueda de la novedad	99.8 ± 13.2	vs	101.2 ± 19.6	t=-0.60, 198 gl, p=0.54
HA = Evitación al daño	85.8 ± 17.1	vs	96.9 ± 21.4	t=-4.03, 198 gl, p<0.001
RD = Dependencia a la recompensa	97.8 ± 11.9	vs	92.9 ± 17.4	t=2.30, 198 gl, p=0.02
PE = Persistencia	126.9 ± 17.5	vs	113.9 ± 25.0	t=4.24, 198 gl, p<0.001
SD = Autodirección	146.2 ± 21.1	vs	134.9 ± 27.0	t=3.30, 198 gl, p=0.001
CO = Cooperatividad	132.1 ± 16.1	vs	121.9 ± 22.8	t=3.64, 198 gl, p<0.001
ST = Autotrascendencia	78.1 ± 15.4	vs	73.1 ± 18.8	t=2.04, 198 gl, p=0.04

± D.E.

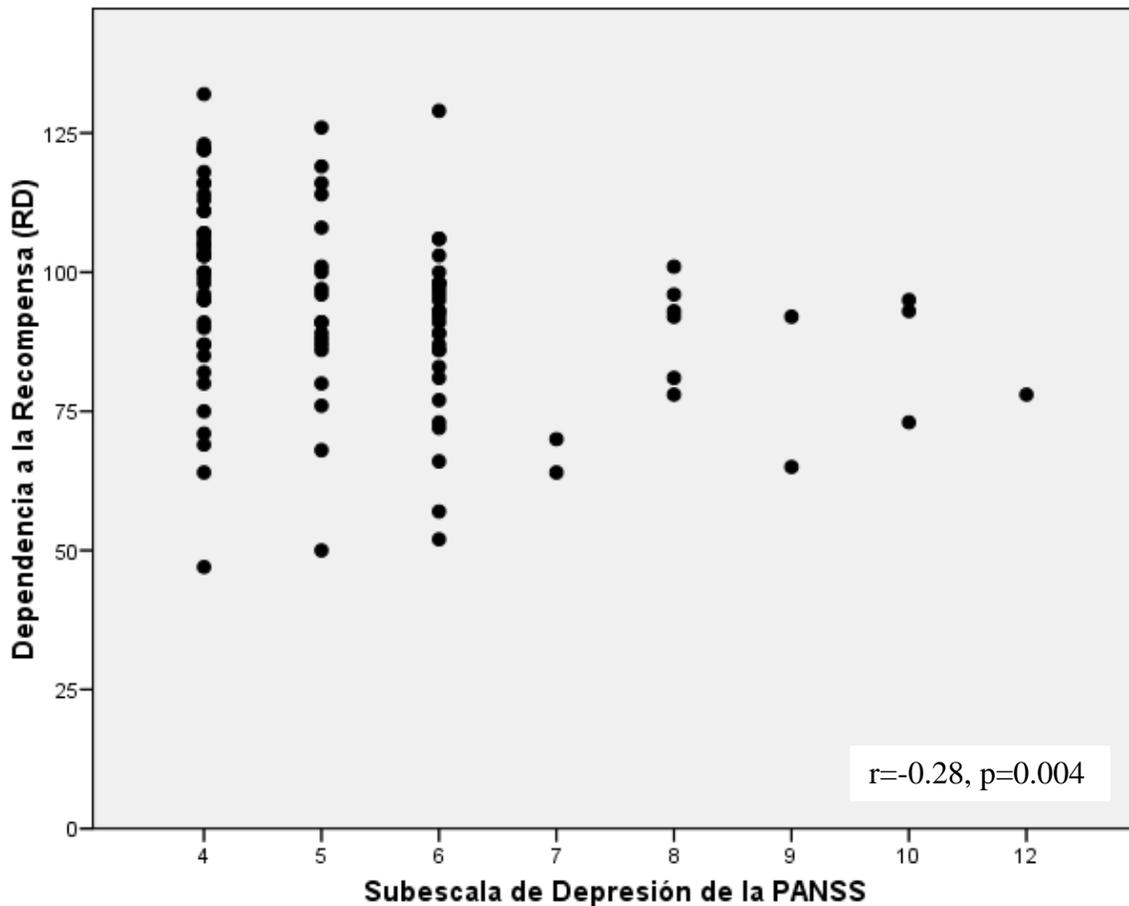
- **Asociación de la gravedad de los síntomas psicóticos y las dimensiones de temperamento y carácter en pacientes con esquizofrenia.**

Mediante el coeficiente de correlación de Pearson se determinó el nivel de asociación de la gravedad de los síntomas psicóticos evaluados con las subescalas de la PANSS y las dimensiones de temperamento y carácter evaluados con el ITC-R. Se observó una asociación directa entre la gravedad de los síntomas depresivos y la evitación al daño (HA) y una asociación inversa con la gravedad de los síntomas depresivos y la dependencia a la recompensa (RD). Estas asociaciones aún cuando mostraron ser significativas estadísticamente tuvieron un valor de correlación bajo (Gráficas 3 y 4, respectivamente). No se observaron otras asociaciones con la gravedad sintomática y las dimensiones de la personalidad.

Gráfica 3. Asociación entre la gravedad de los síntomas depresivos y la dimensión de temperamento evitación al daño (HA)



Gráfica 4. Asociación entre la gravedad de los síntomas depresivos y la dimensión de temperamento dependencia a la recompensa



DISCUSIÓN

El modelo de personalidad de los 7 factores o modelo psicobiológico del temperamento y carácter, permite entender y estudiar la relación entre los síntomas de la esquizofrenia y la personalidad, al distinguir entre los rasgos temperamentales básicos (relacionados con proceso biológicos) y los aspectos caracterológicos determinados evolutivamente (relacionados con procesos medioambientales). Es relevante para el estudio de la esquizofrenia, porque la dopamina, la serotonina y la noradrenalina, están relacionadas con las dimensiones del temperamento, implicadas en la expresión de síntomas y son el principal objetivo de la medicación antipsicótica. Los resultados ayudan a identificar factores etiológicos que influyen en los síntomas de la patología y en los

síntomas deficitarios socialmente, para desarrollar enfoques terapéuticos más adaptados a las diferencias individuales. Uno de los primeros aspectos a estudiar es averiguar las diferencias entre los rasgos de personalidad según el Modelo de Cloninger entre los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y la población control.

a) DISCUSIÓN DE LOS HALLAZGOS:

Características sociodemográficas y clínicas

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica crónica, controlable en la mayoría de los casos, más no curable, cuya detección temprana y atención oportuna repercute significativamente en el impacto que el padecimiento genera al paciente y su sociedad ⁽²³⁾. Es un trastorno psiquiátrico grave que tiene una edad de inicio temprano, en más del 70% durante la adolescencia y en la adultez temprana ⁽²³⁾. Nuestros hallazgos coinciden con la edad de inicio del padecimiento, los casos reportados iniciaron en promedio a los 26.5 años (D.E.=8.6, rango 14-51 años). La presencia sintomática en la esquizofrenia se caracteriza por alteraciones del pensamiento, de la sensopercepción, del afecto y de la conducta. Produce además, altos porcentajes de discapacidad que llegan a alcanzar un 80% en los afectados, si no son detectados y atendidos oportunamente. Los costos que produce a la sociedad son muy importantes, de hecho en Estados Unidos se calcula un gasto de 65 mil millones de dólares anuales por concepto de esta enfermedad. Solo el 19% de los pacientes de nuestra muestra mantienen una actividad laboral económicamente remunerada. En la muestra recolectada, el 93% de los pacientes tenían un nivel socioeconómico bajo, es de suma importancia el cuestionarnos las repercusiones económicas de este padecimiento.

Se estima que la prevalencia de la esquizofrenia es de 1% en la población mayor de 15 años, lo que representaría 45 millones de personas en el mundo que padecen esquizofrenia. En México la prevalencia de la esquizofrenia es de 0.7%, lo que coincide con los reportes recientes de la OMS sobre este padecimiento en el mundo, por lo que en nuestro país hay medio millón de esquizofrénicos; esta cifra no incluye a individuos de riesgo para desarrollar el padecimiento.

Los países con economías emergentes son de alguna manera los más afectados por el padecimiento, ya que del total de esquizofrénicos, 33 millones viven en éstos; se estima que 50% de los pacientes no son tratados adecuadamente muchos de ellos nunca han tenido contacto con un psiquiatra y 90% habita en países menos desarrollados coincidiendo con nuestros datos encontrando que los pacientes tenían un promedio de 59.3 (D.E.=47.9) semanas (rango 3-200 semanas) de duración de la psicosis no tratada. Esta marcada incidencia en países en desarrollo tiene su origen en la falta de mecanismos para la detección temprana y el manejo oportuno, lo que conlleva a una mayor cronicidad y deterioro, lo cual se observa claramente en el hecho de que de los pacientes incluidos, 67% reportaron haber tenido alguna hospitalización psiquiátrica durante la enfermedad. De éstos, 54 pacientes (80.6%) tuvieron una hospitalización, 11 (16.4%) dos hospitalizaciones y los dos restantes (3%) tres hospitalizaciones. La edad promedio de la primera hospitalización fue a los 27.5 (D.E.=7.7) años (rango 15-47 años), con un promedio de 5.3 (D.E.=4.1) semanas (rango 1-18 semanas) de estancia intrahospitalaria.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México los hombres presentan prevalencias globales más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres para cualquier trastorno alguna vez en la vida (30.4% y 27.1%, respectivamente) de acuerdo con nuestro estudio en donde se incluyeron un total de 100 pacientes con esquizofrenia. El 66% de los pacientes fueron hombres y el 34% restante fueron mujeres.

Comorbilidad con trastorno por uso de sustancias

Una de las observaciones clínicas más evidentes respecto a la esquizofrenia es que los pacientes continuamente están demandando y consumiendo tabaco. De hecho, diversos estudios han puesto de manifiesto que la prevalencia del tabaquismo entre pacientes esquizofrénicos es de aproximadamente el 90 % (82-87), frente al 25-30 % de la población general y el 45-70 % de pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Además se ha comprobado que los fumadores esquizofrénicos consumen dosis más altas de nicotina mediante inhalaciones más profundas de los cigarrillos⁽⁸⁸⁾. Coincidiendo con el 69% de consumo de nicotina en nuestro estudio. De los más de 3000 derivados pirolíticos del tabaco, la nicotina es la principal responsable de la adicción al mismo. Aproximadamente el 25 % de ella atraviesa la membrana alveolo-capilar y en 15 segundos se difunde por el

cerebro, donde posee receptores específicos, los receptores colinérgicos nicotínicos. A nivel fisiológico se comporta como una droga simpaticomimética, de modo que la inhalación de un cigarrillo aumenta la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la tensión de determinados grupos musculares, y altera la biodisponibilidad de diferentes neuroreguladores: aumenta la liberación de acetilcolina (modula la memoria y el rendimiento); de norepinefrina (focalización de la atención); b-endorfina (disminución de ansiedad y antinocicepción y acción reforzante indirecta); de serotonina (disminución del apetito); de adrenocorticotropina (aumento de corticoides); y de dopamina (efecto reforzante directo)². Todos estos efectos se ven potenciados por el aumento del flujo cerebral y la disminución del periférico que se producen tras fumar un cigarrillo⁶. Los efectos neurobiológicos más importantes para el desarrollo de la dependencia de la nicotina se relacionan con la ocupación de los receptores nicotínicos colinérgicos en las neuronas dopaminérgicas mesolímbicas, cuya estimulación mediaría el placer experimentado por los fumadores y otras acciones reforzantes como la elevación del estado de ánimo, potenciación de la cognición y disminución del apetito. Estos efectos son similares a los producidos por la cocaína y las anfetaminas, aunque mucho más limitados en el tiempo, por el efecto autorregulador de la nicotina que bloquea su receptor tras unirse a él. A largo plazo, se produce en los fumadores una regulación a la baja de los receptores de dopamina y al alza de los receptores nicotínicos colinérgicos, lo que se relaciona con su capacidad para producir dependencia y abstinencia ⁽⁷⁾.

Asimismo han de destacarse los efectos comprobados de aumento de rendimiento cognitivo con la administración subcutánea de nicotina, tanto en fumadores (mayor rapidez en pruebas de razonamiento lógico, tiempos de reacción más rápidos, mayor sensibilidad en la prueba de procesamiento rápido de la información visual y más respuestas correctas en pruebas de reconocimiento de palabras) como en no fumadores (tiempos de reacción más rápidos en pruebas de procesamiento rápido de información visual y en recuerdo de dígitos, aunque con más errores en esta última).

Aparte de estos efectos que los pacientes esquizofrénicos comparten con otras poblaciones, y de las explicaciones que los propios pacientes aducen para su hábito (reducción de ansiedad, aburrimiento y forma de contacto social)⁹, diversos estudios defienden una posible interrelación fisiopatológica entre los síntomas de la enfermedad y los efectos de la nicotina, lo que justificaría tan alta prevalencia.

En primer lugar, en la esquizofrenia los niveles basales de dopamina en regiones mesolímbicas se encuentran aumentados, incrementando considerablemente el efecto reforzador del consumo de nicotina, lo que podría explicar la existencia de mayores conductas de búsqueda de tabaco y dependencia entre pacientes esquizofrénicos ⁽⁸⁹⁾.

En segundo lugar, diversos estudios apuntan hacia una posible relación etiopatogénica entre receptores activados por la nicotina y la esquizofrenia ⁽⁷⁾. Concretamente, se ha estudiado la transmisión familiar de una alteración del gen del receptor α -nicotínico de baja sensibilidad, que en pacientes esquizofrénicos se ha relacionado con alteraciones en el umbral sensorial auditivo, anomalías del crecimiento y desarrollo celular, dificultades del aprendizaje y síntomas psicóticos positivos; según esta hipótesis la ingestión de grandes cantidades de nicotina, permitiría alcanzar concentraciones suficientes para activar el receptor alterado. Por otra parte, el incremento de la transmisión glutamatergica a nivel cortical producido por la nicotina, fundamentalmente en la corteza frontal y en el hipocampo, podría compensar tanto la hipofrontalidad asociada a la esquizofrenia como las alteraciones del umbral sensorial auditivo, lo que sustentaría la interrelación entre los efectos del consumo de nicotina y las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

En tercer lugar, se han descrito correlaciones entre la esquizofrenia y diferentes factores asociados al consumo de tabaco. Así, por ejemplo, investigaciones sobre la heredabilidad del tabaquismo han descrito correlaciones entre éste y psicoticismo, impulsividad, dificultades de socialización y otros factores asociados a la esquizofrenia.

También se ha llegado a sugerir el uso del consumo de tabaco como un marcador de riesgo de esquizofrenia en familias con predisposición genética a la enfermedad. En estudios descriptivos sobre pacientes esquizofrénicos, se han encontrado correlaciones entre fumadores y puntuaciones superiores en síntomas positivos, menores en síntomas negativos y mayores dosis de medicación neuroleptica.

Por otro lado, se han encontrado correlaciones entre el consumo de diferentes tóxicos por pacientes esquizofrénicos, incluyendo la nicotina, y determinados rasgos de personalidad, como puntuaciones altas en la dimensión de temperamento de Cloninger de búsqueda de novedades medida con el ITC- R.

En cuarto lugar, se ha sugerido que determinadas alteraciones asociadas a la esquizofrenia, podrían ser parcialmente compensadas por el consumo de tabaco, siendo éste una forma de automedicación por parte del

paciente. Por un lado, la nicotina incrementa la liberación de dopamina en el núcleo accumbens y en la corteza prefrontal, ambas deficitarias en la esquizofrenia, lo que podría compensar el déficit motivacional y cognitivo característico de estos pacientes ⁽²²⁾. De hecho, la mejora del rendimiento cognitivo con el consumo de nicotina, también ha sido comprobada en pacientes esquizofrénicos.

Por otro lado existen diversos estudios que sugieren una posible relación entre sintomatología afectiva y consumo de tabaco habiéndose llegado a proponer el abandono del tabaquismo como un factor de riesgo de recaídas depresivas en pacientes predispuesto, por lo que el consumo de tabaco podría ser una forma de compensar la sintomatología depresiva frecuentemente asociada a la esquizofrenia.

Dadas las importantes morbilidad y mortalidad asociadas al tabaquismo, que el consumo de nicotina puede ser una puerta de entrada al consumo de otras drogas, principalmente alcohol (coincidiendo con los resultados encontrados en nuestro estudio) y las particulares interacciones de la nicotina con la medicación neuroléptica, alterando sus niveles plasmáticos y consiguientemente su eficacia, se están desarrollando programas específicos para tratar el tabaquismo en esta población, especialmente resistente a abandonar el consumo de tabaco.

Dimensiones de temperamento y carácter

Nuestros resultados indican que los pacientes con esquizofrenia presentan rasgos de temperamento y carácter importantes a considerar. Guillem et al. ⁽⁶⁾ reportaron que los pacientes con esquizofrenia mostraron HA significativamente mayor y menor NS, PS, SD y CO en comparación con los controles sanos, todos los cuales eran congruente con el presente estudio. Además, Boeker et al. ⁽⁹⁰⁾ encontraron que los pacientes con esquizofrenia mostraron significativamente menor SD y CO y superior ST que los sujetos sanos, corroborado con los resultados obtenidos. Además, Calvo de Padilla et al. ⁽⁹¹⁾ reportaron que los pacientes con esquizofrenia mostraron significativamente más baja RD, SD y CO en comparación con los controles.

La búsqueda de estímulos novedosos origina la activación de la conducta y está coordinada por el sistema dopaminérgico, tanto mesolímbico como mesofrontal.

Las lesiones del núcleo accumbens reducen la respuesta a los nuevos estímulos y disminuyen la actividad espontánea y las conductas de exploración. En pacientes con enfermedad de Parkinson se han obtenido puntajes

menores en la dimensión búsqueda de lo novedoso, en tanto que se han observado puntuaciones altas en los pacientes con bulimia, hedonismo sexual, tabaquismo, alcoholismo y abuso de sustancias estimulantes del SNC.

La evitación del daño es la tendencia heredada a ser temeroso, tímido, cauteloso y pasivo. En los individuos pasivos el aprendizaje procedimental depende de los signos condicionantes de castigo que originan una evitación pasiva del aprendizaje, por lo cual responden intensamente a signos aversivos condicionantes.

El GABA y la serotonina están involucrados en el control de la evitación del daño, es decir en las conductas de inhibición. Las proyecciones serotoninérgicas ascendentes que van de los núcleos del rafe a la sustancia nigra inhiben las neuronas dopaminérgicas de la región nigroestriada que juega un papel esencial en el proceso de recompensa y castigo. De otro lado, las benzodiazepinas bloquean las respuestas de evitación condicionada mediante la inhibición que hace el GABA de las neuronas serotoninérgicas del rafe.

Los individuos que presentan puntuaciones altas en las dimensiones evitación del peligro y búsqueda de lo novedoso experimentan frecuentes conflictos de aproximación-evitación, como sucede en los bulímicos, en quienes se observa comportamientos opuestos: grandes comilonas y utilización obsesiva de maniobras purgativas.

La noradrenalina parece jugar un papel primordial en la dependencia de la recompensa, entendida como la predisposición heredada a desarrollar signoscondicionados de recompensa, especialmente a nivel social. La estimulación del locus cerúleo en animales de experimentación o la administración en humanos de clonidina, un agonista alfa-2-presináptico, afectan las respuestas del aprendizaje, especialmente la adquisición de nuevas asociaciones.

Las fibras noradrenérgicas y serotoninérgicas inervan al tálamo, el hipocampo y la corteza cerebral, especialmente el lóbulo temporal derecho, estructura que decodifica las señales sociales» como las imágenes faciales y los gestos sociales de aprobación y de rechazo. Estos hechos explican la actitud que presentan los pacientes con fobia social, quienes continuamente observan y buscan gestos de aprobación o de rechazo en el grupo social. La persistencia hace que los individuos sean anhelantes, ambiciosos, y determinados para alcanzar logros. Los estudios en seres humanos han demostrado que la persistencia está relacionada en forma muy débil con la dependencia de la recompensa y que es heredada en forma independiente.

Esta dimensión del temperamento parece depender de la acción de las vías glutaminérgicas que convierten las señales condicionadas de desaprobación en señales condicionadas de anticipación de la recompensa. Estas conexiones se interrumpen en las lesiones de la corteza órbito-frontal y originan cambios en el comportamiento con franca desinhibición psicomotriz y falta de persistencia.

Las investigaciones actuales de Cloninger están encaminadas a correlacionar las puntuaciones en las diferentes dimensiones del temperamento y el carácter con posibles alteraciones a nivel de los cromosomas. Los resultados parciales de sus trabajos permiten asociar las puntuaciones de evitación del daño con el brazo corto del cromosoma 8 (regiones 8p21-23) y el cromosoma 1/1q21, la dependencia de la recompensa con el cromosoma 2, la búsqueda de lo novedoso con los cromosomas 10 y 15 y la persistencia con los cromosomas 2 y 3.

Las dimensiones del carácter y el temperamento propuestas por Cloninger han sido estudiadas con las nuevas técnicas de neuroimágenes funcionales. Los estudios con PET han mostrado en individuos con puntuaciones altas en evitación del daño un aumento en la actividad del circuito paralímbico anterior, especialmente en la amígdala derecha, la corteza órbito-frontal derecha y la corteza prefrontal medial izquierda, estructuras que corresponden a las proyecciones serotoninérgicas y a las zonas de mayor concentración de receptores 5-HT₂.

Las puntuaciones altas en búsqueda de lo novedoso se correlacionan con un aumento en la actividad metabólica en la corteza del cíngulo y el núcleo caudado izquierdo y una disminución de la actividad metabólica en la corteza prefrontal izquierda. Estos hallazgos sugieren que la corteza prefrontal medial izquierda es la estructura que coordina el proceso de los conflictos aproximación-evitación del comportamiento.

Los individuos con puntajes altos de dependencia de la recompensa mostraron en el PET una mayor actividad a nivel del tálamo, estructura que junto con las conexiones serotoninérgicas, parece modular los comportamientos de comunicación social.

DIMENSIÓN	ESTRUCTURA CEREBRAL	NEUROTRANSMISOR INVOLUCRADO	CROMOSOMA
Búsqueda de la novedad	núcleo accumbens, Vías dopaminérgicas, Cíngulo, caudado Corteza prefrontal izquierda	Dopamina	10, 15
Evitación al daño	Vías serotoninérgicas Núcleo nigroestriado amígdala derecha corteza prefrontal	Serotonina y GABA	8, 17
Dependencia a la recompensa	focus ceruleus tálamo, hipocampo lóbulo temporal	Noradrenalina	2
Persistencia	corteza orbitofrontal	Glutamato	3

En cuanto al temperamento, se encontró que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia puntúan más bajo en NS (Indiferencia, reflexión y desapego), más alto en HA (pesimismo, timidez, fatigabilidad y preocupación innecesaria) y más bajo en P (inactividad, inestabilidad y tendencia a rendirse), que los sujetos control. En cuanto al carácter, puntuaciones más bajas en SD (inmadurez, fragilidad y fallo en el principio de organización interna) y C (socialmente intolerante, poco servicial y conductas destructivas) que los sujetos control.

Una vez comprobado que el temperamento y el carácter de las personas con diagnóstico de esquizofrenia difieren de las personas control, se plantea la cuestión de cómo estos rasgos se relacionan con aspectos de la enfermedad.

Pacientes con baja SD tienen riesgo de padecer diferentes trastornos psiquiátricos como depresión o reacciones paranoides.

En cuanto a la relación entre los rasgos de personalidad y los síntomas psicóticos la baja NS, y la HA se asocian con síntomas negativos, probablemente se deba a que la baja NS se relaciona con la hipoactivación de la dopamina y alta HA con la hiperactividad de la serotonina.

También existe una relación positiva entre NS y síntomas psicóticos mediados por factores demográficos (ambos disminuyen con la edad). Lo cual es consistente con la relación entre hiperactividad de la dopamina y los

síntomas psicóticos, que muestran mecanismos comunes entre la búsqueda de sensaciones (similar a NS) y distorsión de la realidad (síntomas psicóticos).

La NS correlaciona positivamente con los síntomas negativos y la NS y HA correlaciona positivamente con psicopatología general.

Los rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia

Nuestros resultados indican que los pacientes con esquizofrenia presentan una alteración penetrante de la personalidad. Además, el resultado del presente estudio y de dos anteriores ⁽¹⁰⁵⁻¹⁰⁶⁾, son bastante compatibles entre sí. Guillem et al. ⁽¹⁰⁵⁾ reportaron que los pacientes con esquizofrenia mostraron HA significativamente mayor y menor NS, PS, SD y CO en comparación con los controles sanos, lo cual es congruente con el presente estudio. Boeker et al. ⁽¹⁰⁶⁾ encontraron que los pacientes con esquizofrenia mostraron significativamente menor SD y CO; pero superior ST que los sujetos sanos. Además, Calvo de Padilla et al. ⁽¹⁰⁷⁾ reportaron que los pacientes con esquizofrenia mostraron significativamente más baja de RD, SD y CO en comparación con los controles. En general, nuestros resultados confirman y extienden los anteriores en que los pacientes con esquizofrenia tienen el perfil de personalidad única, en la que más baja SD resulta la anomalía más prominente. Estos hallazgos tienen importancia clínica, teniendo en cuenta que los estudios que informaron puntuaciones de ITC, especialmente enfatizando la relación de que a mayor SD se reportaría un menor nivel de funcionamiento y salud psicológica ⁽¹⁰⁸⁾ y una fuerte asociación con la calidad de vida subjetiva ⁽¹⁰⁹⁾ en pacientes con esquizofrenia.

Por otro lado, pueden existir diferencias culturales en los pacientes evaluados con el ITC que influyan en los resultados de la personalidad ⁽¹¹⁰⁻¹¹¹⁾. La media de las puntuaciones de los pacientes y controles en cada dimensión del ITC fueron sustancialmente diferentes entre los sujetos actualmente evaluados y los anteriores. Además, estas diferencias de las puntuaciones del ITC entre los estudios de diagnóstico dentro de los mismos grupos eran de un tamaño comparable al de las diferencias entre pacientes y controles dentro de cada estudio. La explicación más plausible puede ser que, aunque la personalidad puede variar a través de culturas, puede ser un fenómeno mundial que los pacientes con esquizofrenia colectivamente, tienen diferentes perfiles de

personalidad que los sujetos control de su propio grupo cultural, especialmente con respecto a NS, HA, SD, CO y ST.

Además, la relación entre resultados superiores en neuroticismo y extraversión ; y una menor conciencia están bien establecidos en la esquizofrenia ⁽¹¹²⁻¹¹⁴⁾, junto con la coincidencia sustancial entre neuroticismo / extraversión y las dimensiones del ITC (por ejemplo, correlación positiva entre neuroticismo y HA, correlación negativa entre neuroticismo y SD; y una correlación positiva entre conciencia y PS) ⁽¹¹⁵⁻¹¹⁷⁾, en teoría se podrían predecir los siguientes resultados de ITC en los pacientes con esquizofrenia: HA alta, baja PS, baja SD. En efecto, estas predicciones van en gran medida de acuerdo con nuestros resultados reales, así como con anteriores resultados del ITC. También existen diversos estudios en cuanto a la correlación positiva de NS con la extraversión y negativa con la conciencia ⁽¹¹⁵⁻¹¹⁷⁾. Sin embargo, puesto que tanto la extraversión como la conciencia se encuentran bajas en la esquizofrenia, es imposible examinar la compatibilidad de esta dimensión del ITC con los resultados.

Las diferencias de género en la personalidad, entre la esquizofrenia los pacientes

Las diferencias de género ya han se ha informado sobre otras variables importantes en la esquizofrenia, tales como la edad de inicio de la enfermedad, funcionamiento premórbido, las características sintomatológicas, y la función neuropsicológica ⁽¹¹⁸⁻¹¹⁹⁾. En general, los pacientes varones con la esquizofrenia tienden a reportarse más gravemente enfermos que su contraparte femenina, lo cual se muestra, por edad más temprana de inicio, pobre funcionamiento premórbido, severos déficits cognitivos y riesgo mayor de tener un déficit ⁽¹²⁰⁻¹²¹⁾. Algunas de estas diferencias de género podrían reflejar las diferencias en términos de personalidad; ya que en el estudio los pacientes masculinos al parecer, mostraron perfiles de personalidad más singulares que las pacientes de sexo femenino.

Fortalezas y limitaciones

En el presente estudio, ya que las dimensiones del ITC- RM fueron poco correlacionados con los síntomas psicóticos y dosis de antipsicóticos, la personalidad puede verse afectada por la gravedad de la enfermedad.

Una ventaja importante de este estudio fue que la personalidad se examinó mediante el ITC- RM, que tiene un número importante de méritos en la investigación de la personalidad que ya se ha mencionado en el presente informe. Nuestros pacientes y controles fueron emparejados por edad y sexo, hombres y mujeres y los pacientes fueron similares entre sí respecto a todas las variables clínicas examinadas.

Por otro lado, el grado de escolaridad fue significativamente diferente entre los pacientes y los controles sin embargo, se debe tomar en cuenta que probablemente el grado escolar bajo en la esquizofrenia podría estar estrechamente relacionado con la enfermedad misma.

Existen varias limitaciones en este estudio. En primer lugar, su carácter transversal no permite realizar conclusiones en cuanto a si los rasgos de personalidad que nos encontramos en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia son premórbidos o son resultado de los cambios después de la aparición de la enfermedad. En segundo lugar la evaluación de la personalidad se basó en la auto-informe, por tanto, no es objetivo. Sin embargo, nuestros resultados mostraron que la correlación moderada entre el ITC- RM y las puntuaciones de la PANSS podrían sugerir que los resultados de la evaluación subjetiva de la personalidad con el cuestionario fueron corroboradas por la evaluación objetiva de los síntomas. En tercer lugar, puesto que nuestra muestra no fue aleatoria basada en el muestreo de la comunidad, es posible que ciertos sesgos de muestreo existan, ya que las personas que tenían alta "búsqueda de la novedad", por ejemplo, era más probable que se interesaran en este estudio.

Por último, los pacientes con esquizofrenia eran en su mayoría crónicos, lo que impidió la extrapolación de los resultados a paciente con reciente diagnóstico.

Conclusiones

Los presentes resultados indican que los pacientes con enfermedades crónicas como la esquizofrenia presentan una alteración penetrante del perfil de personalidad según lo medido por el ITC-RM.

El modelo etiológico de la «Vulnerabilidad» se presenta como una innovación teórica que permite explicar la Esquizofrenia como un trastorno episódico elicitado por los estresores vitales en un sujeto vulnerable. No obstante, cabría preguntarse si la personalidad premórbida es un factor que se identifica o se incluye en la

«vulnerabilidad» o es independiente de ésta. Si fuese independiente, cabría esperar que los sujetos vulnerables dotados de una personalidad normal debieran tener un menor riesgo de Esquizofrenia. Si, por el contrario, no fuese independiente, el propio concepto de vulnerabilidad implicaría un tipo de personalidad «débil». Tampoco es posible, hasta hoy, contestar a esta cuestión.

Mientras que estos interrogantes todavía no han sido aclarados y no es posible predecir cuál es el rol de la personalidad premórbida en el comienzo y la prevención de la Esquizofrenia, se ha podido establecer su rol en la evolución a largo plazo del trastorno psicótico, siendo este el precedente más importante del estudio.

• **Referencias Bibliográficas**

1. EKLUND, M., HANSSON, L., BENGTSSON-TOPS, A. The influence of temperament and character on functioning and aspects of psychological health among people with schizophrenia. *European Psychiatry* 2004; 19: 34–41.
2. LIBERMAN RP, KOPELOWICZ A: Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric Services* 2005; 56:735–742.
3. BOEKER,H., KLEISER, M., LEHMAN, D., JAENKE, L., et.al. Executive dysfunction, self, and ego pathology in schizophrenia: an exploratory study of neuropsychology and personality. *Comprehensive Psychiatry* 2006; 47: 7–19.
4. BRÄNDSTRÖM, S., RICHTER, J., PRZYBECK, T. Distributions by age and sex of the dimensions of temperament and character inventory in a cross-cultural perspective among Sweden, Germany, and the USA. *Psychological Reports* 2001; 89:747–758.
5. O'FLYNN K, GRUZELIER J, BERGMAN A, et al. The schizophrenia spectrum personality disorders. En: Hirsh SR, Weinberger D, editors. *Schizophrenia*. 2nd ed. Blackwell Science 2003; 1:80-100.
6. LICHTERMANN D, KARBE E, MAIER W. The genetic epidemiology of schizophrenia and of schizophrenia spectrum disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2000; 250:304-10.
7. FANOUS A, GARDNER C, WALSH D, et al. Relationship between positive and negative symptoms of schizophrenia and schizotypal symptoms in nonpsychotic relatives. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 669- 73.

8. GUILLEM F, BICU, M, SEMKOVSKA M Y DEBRUILLE J.B The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and carácter Schizophrenia Research 2002; 56: 137- 147.
9. GUILLEM F, PAMPOULOVA T, STIP, E LALONDE P. Are there common mechanisms in sensation seeking and reality distortion in schizophrenia? A study using memory event- related potentials Psychiatry Research 2005; 135: 11-33.
10. HANSSON L EKLUND M Y BENGSTSSON- TOPS A. The relationship of personality dimensions as measured by the temperamente and character inventory and quality of live in individual with schizophrenia or schizoaffective disorder living in the community Quality of live research 2001; 10: 133-139.
11. MINKOWSKI E. La esquizofrenia: psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos. Fondo de Cultura Económica. México 2000.
12. LYSAKER PH et al. Personality dimensions in Schizophrenia: asociations with symptoms and coping. J Nerv Ment Dis 2003; 191: 80-86.
13. ABLENSKY A. Epidemiología de la esquizofrenia. Tratado de psiquiatría. Tomo I. Psiquiatría Editores, SL, 2003.
14. BERENBAUM H, FUJITA F. Schizophrenia and personality. Exploring the boundaries and connections between vulnerability and outcome. J Abnorm Psicol. 1994; 103: 148-158.
15. RUND B. A review of longitudinal studies of cognitive functions in schizophrenia patients. Schizophr Bull 1998; 24: 425-435.
16. LIDDLE PF. Manifestaciones clínicas descriptivas de la esquizofrenia. En: Gelder MG, López Ibor Jr JJ, Andreasen N. Tratado de psiquiatría. Psiquiatría Editores, SL Barcelona. Tomo I. 2003.
17. HARRISON PJ. Neurobiología de la esquizofrenia. En: Gelder MG, López Ibor Jr JJ, Andreasen N. Tratado de psiquiatría. Psiquiatría Editores, SL Barcelona; Tomo I. 2003.
18. MILLON T. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM IV. Ed. Masson. Barcelona. 1998.
19. GURRERA RJ, NESTOR PG, O'DONNELL BF. Personality traits in schizophrenia: a comparison with a community sample. J Nerv Ment Dis 2000; 188(1): 31- 35.

20. LYSAKER PH et al. Personality and psychopathology in schizophrenia: The association between personality traits and symptoms. *Psychiatry* 1999; 62: 36- 38.
21. MALMBERG A, LEWIS G, DAVID A ALLEBECK P. Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 308-313.
22. BERENBAUM, H Y FUJITA, F. Schizophrenia and personality: exploring the boundaries and connections between vulnerability and outcome. *Journal of Abnormal Psychology* 1994; 103: 148- 158.
23. CAMISA, K. M., BOCAKBRADER, M.A. LYSAKER, P,et. al. Personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry Research* 2005; 133: 23- 33.
24. CLONINGER C, SVRAKIC D, PRZYBECK T. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50(12): 975-90
25. MEDINA-MORA M, BORGES G, LARA C, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26:1-16
26. SÁNCHEZ DE CARMONA M, PAÉZ F, LÓPEZ J, et. al. Traducción y confiabilidad del inventario de temperamento y carácter (ITC). *Salud Mental* 1996; 19(Supl 3):5-9.
27. APIQUIAN R. Estudio de seguimiento de pacientes con primer episodio psicótico: Curso clínico, personalidad y genotipos moleculares., Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado. México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, 2001, 121-122.
28. PÁEZ F, RODRÍGUEZ R, PÉREZ V, et al. Prevalencia comunitaria de los trastornos de la personalidad, Resultados de un estudio piloto. *Salud Mental* 1997; 20(Supl 3):19-23.
29. BLEULER E. Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias. Ed. Hormé Buenos Aires 1993 p 150- 167.
30. REICH J, BOERSTLER H, YATES W, et. al. Utilization of medical resources in persons with DSM-III personality disorders in a community sample. *Int J Psychiatry Med* 1989; 19(1):1-9.
31. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatry Association. Barcelona: Masson; 2002.

32. MURRAY RM. Epidemiological evidence concerning the diagnostic status of schizophrenia and bipolar disorder epidemiological [abstract of the XX International Congress on Schizophrenia Research]. *Schizophr Bull.* 2007; 33(2):2 43.
33. ZIMMERMAN M, CORYELL W. Diagnosing personality disorders in the community. A comparison of self-report and interview measures. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47(6): 527-531.
34. LARSEN , R.J. Y BUSS, D.M. *Personality psychology: domains of knowledge about nature*, 2nd ed. McGraw Hill (trad. *Psicología de la personalidad: dominios del conocimiento sobre la naturaleza humana*. Mexico: McGraw Hill, 2005.
35. LÓPEZ-IBOR, J J; ORTIZ T; LÓPEZ-IBOR MI. “Personalidad desde la teoría de los rasgos”. *Lecciones de psicología médica*. España: Masson. 2000.
36. SPITZER, R.L., WILLIAMS, J.B. Y GIBBON, M. *The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders*. New York: Biometric Research, New York State Psychiatric Institute. 1990.
37. SIEVER L.J., NEW A.S., KIRrane R., ET AL *New biological research strategies for Personality Disorders* In : *Biology of Personality Disorders*. Silk KR (Ed). American Psychiatric Press Inc. Washington D.C. 1998
38. ALLPORT, G.W. *Becoming: Basic considerations for a psychology of personality*. Yale University Press, New Haven, CT. 1955.
39. CLONINGER, C.R., PRZYBECK T.R, SVRAKIC, et. al. *The temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use*. St. Louis: Washington University, Center for Psychobiology of Personality. 1994
40. CLONINGER, C.R .Y SVRAKIC, D.M. Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *Psychiatry* 1997; 60: 120- 141.
41. CLONINGER, C.R., PRZYBECK T.R, SVRAKIC, D.M, et. al. Measurement of psychopathology as variants of personality. En C.R. Cloninger (Ed), *Personality and Psychopathology*. Washington: American Psychiatry Press. 1999; 33- 65.
42. KRAEPELIN, E., In: Barclay, R.M., Roberston, G.M. (Eds.), *Dementia Praecox and Paraphrenia*. E 7 S Livingstone, Edinborough. 1919.

43. BLEULER E. Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias. Ed. Hormé Buenos Aires 1993 p 150-167.
44. KRETSCHMER, E. Körperbau und Charkter, Berlin: Springer. 1922. 45. ESSEN- MÖLLER E. Die beweiskraft der ahnlichkert in vaterschaftsnachweis. Theoretische grandlagen. Mitt Anthr Ges 1938; 68: 9-53.
46. KAY D.W.K, COOPER A.F., CARSIDE R.F. The Diferentiation of Paranoid from Affective Psychoses by Patients' Premorbid Characteristics. British Journal of Psychiatzy 1975; 129: 207- 2 15.
47. CUESTA, M. J. PERALTA, V. Y CARO, F. Premorbid personality in psychosis. Schizophrenia Bulletin 1999; 25: 781- 792.
48. CUESTA, M. J. PERALTA, V. Y ZARZUELA, A. ¿Are personality traits associated with cognitive disturbance in psychosis? Schizophrenia Research 2001; 51: 109-117.
49. EKLUND, M., HANSSON, L Y BENGTSSON- TOPS, A. The influence of temperamento on functioning and aspects of psychological healt among people with schizophrenia. European Psychiatry 2004; 19: 34- 41.
50. GROSS, G Y HUBER, G. Premorbid personality in schizophrenia: the contribution of European longterm studies. Neurology Psychiatry Brain Research, 1993; 2:14-20.
51. GUILLEM, F., BICU M., SEMKOVSKA, M. et. al. The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. Schizophrenia Research, 2002; 56: 137-147.
52. PERALTA, V., CUESTA, M.J. Y DE LEÓN, J. Premorbid personality and positive and negative symptoms in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1991; 84: 336-339.
53. RITSNER, M., Y SUSSER, E. Temperament types are associated with self construct, elevated distress and emotion- oriented coping in schizophreia: ¿evidence for a complex vulnerability marker? Psychiatry Res 2004; 128: 219- 228.
54. RADO, S. Dynamics and classification of disordered behaviour. American Journal of Psychiatry 1953; 110: 406- 416.
55. MEEHL, P.E. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist* 1962; 17: 827 - 838.
56. APIQUIAN R, LOYZAGA C, CRUZ E, et. a: Estudio Mexicano del primer episodio psicótico: resultados preliminares, características sociodemográficas y clínicas. Salud mental 1997; 20(supl 3):1-7.

57. APIQUIAN R, FRESAN A, NICOLINI H: Evaluación de la Psicopatología. Escalas en español. Editorial Ciencia y Cultura Latinoamericana 2000; 97-111.
58. KAY SR, FIZBEIN A, VITAL-HERNE M, SILVA L: Positive and Negative Syndrome Scale-Spanish adaptation. *J Nervous Mental Diseases* 1990; 178:510-517.
59. ORTEGA HA, GRACIA S, IMAZ B, et, al: Validez y Reproductibilidad de una escala para evaluar la depresión en pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental* 1994; 17(3):7-14.
60. EMSLEY, R., RABINOWITZ, J., TORREMAN, M. The factor structure for the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in recent-onset psychosis. *Schizophr. Res* 2003; 61: 47– 57.
61. FITZGERALD, P., DE CASTELLA, A., BREWER, K., et. al. A confirmatory factor analytic evaluation of the pentagonal PANSS model. *Schizophr. Res.*2003; 61: 97–104.
62. LANCON, C., AUQIOER, P., NAYT, G., et. al. Stability of the five-factor structure of the Positive and Negative syndrome Scale (PANSS). *Schizophr. Res.* 2000; 42: 231–239.
63. LARSEN , R.J. Y BUSS, D.M. .Personality psychology: domains of knowledge about nature, 2nd ed. McGraw Hill. Mexico; cap. 1. 2005.
64. JASPERS, K. General Psychopathology. Chicago: University of Chicago Press. 1968.
65. ADDINGTON, J., ADDINGTON, D. “Premorbid Functioning, Cognitive Functioning, Symptoms And Outcome In Schizophrenia.” *Journal Psychiatr. Neurosci.* 1993; 18(1): 18-23
66. ALEXANDER, F.C., SELESNICK, S.L., Historia De La Psiquiatuia: Una Evaluación Del Pensamiento Psiquiátrico Desde Los Tiempos Prehistóricos Hasta Nuestros Días. Espaxs Ed. Barcelona. 1970.
67. ALNAES, R., TORGERSEN, “The Relationship Between Dsm-Ill Symptom Disorder (Axis 1) And Personality Disorders (Axis Ii) In An Outpatient Population” *Acta Psychiatdca Scandinavica* 1988; 78: 485-492.
68. ALONSO-FERNANDEZ F. “Las Personalidades Psicopáticas’ Alonso Fernández. Fundamentos De La Psiquiatría Actual. Ed. Paz Montalbo. Madrid. Tomo I; 1979.
69. ALUJA FABREGAT, A. “Los Trastornos De Personalidad En El Dsm-Ill: Críticas Y Sugerencias” a. *Psiquis* Viii: 1987; 318-328.
70. ARRANZ MUÑECAS T., BELLIDO TORREJON J., BOSQUE GABARRE O, et. al. “Comorbilidad En

Los Trastornos De Personalidad” *Actas Luso-Españolas De Neurología Y Psiquiatría*. 1993; 21(2): 33-38.

71. ASTRUP, C. NOREIK, K. *Functional Psychoses. Diagnostio And Prognostic Models* Springfield, Ill, Charles, C. Thomas Ed. 1966.

72. BARON, M., GRUEN, R., ASNIS, L., et.al. “Age Of Onset In Schizophrenia And Schizotypal Disorders. Clinical And Genetic Implications” *Neuropsychobiology* 1983; 10(4): 199-204.

73. BARON M, GRUEN R, ASNIS L, et. al. “Familial Relatedness Of Schizophrenia And Schizotypal States” *American Journal Of Psychiatry* 1983; 140: 1437-1442.

74. BELL R.C., JACKSON H.J. “The Structure Of Personality Disorders In Dsm-III” *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992; 65: 279-287.

75. BERENBAUM H, FUJITA F. “Schizophrenia And Personality: Exploring The Boundaries And Connections Between Vulnerability And Outcome” *Journal Of Abnormal Psychology* 1994; 103(1): 148- 156.

76. DALVIN T., MURPHY P., GLAZEBROOK C., Medley “Premorbid Personality In First-Onset Psychosis”
a. *British Journal Of Psychiatry* 2002; 164: 202-207.

77. HOLTE A., WICHSTROM L. “Relationships Between Personality Development, Interpersonal Perception And Communication In Parents Of Schizophrenics, Psychiatric Controls And Normal Subjects” *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991; 84: 46-57.

78. JONES, P.B., BEBBINGTON, I.R., FOERSTER, A., et.al. “Premorbid Social Underachievement In Schizophrenia. Results From The Camberwell Collaborative Psychosis Study” *British Journal Of Psychiatry* 1993; 162: 65-71.

79. PERALTA, V.; CUESTA, M.J.; DE LEON, J. “Premorbid Personality And Positive And Negative Symptoms In Schizophrenia” *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991; 84: 336-339.

80. TI-IAKER C., ADAMI H., MORAN M., et.al. “Psychiatric Illnesses In Families Of Subjects With Schizophrenia-Spectrum Personality Disorders: High Morbidity Risks For Unspecified Functional Psychosis And Schizophrenia” *American Journal Of Psychiatry* 1993; 150: 66-71.

81. VIZE, C., TYRER, P. “The Relationship Between Personality Current Opinion In Psychiatry 1994; 7:123-128.

82. ORTEGA-SOTO, HÉCTOR A; GRACIA PERALES, S, et.al. Validez y reproductibilidad de una escala para evaluar la depresión en pacientes esquizofrénicos *Salud Mental* 2004; Vol: 17 (3): 7 – 14.
83. FRESÁN A, DE LA FUENTE-SANDOVAL C, LOYZAGA C, et al. A forced five-dimensional factor analysis and concurrent validity of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in Mexican schizophrenic patients. *Schizophrenia Research* 2001; 72:123-129.
84. KAY SR, FISBEIN A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13: 261-276.
85. PERALTA V, CUESTA MJ. Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 1994; 53: 31-40.
86. KAY SR, SEVY S. Pyramidal model of schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1990;16: 537-45.
87. WHITE L, HARVEY PD, OPLER L, LINDENMAYER JP, The PANSS Study Group. Empirical assessment of the factorial structure of clinical symptoms in schizophrenia. *Psychopathology.* 1997; 30:263-74.
88. KAY SR, OPLER LA, FISZBEIN A. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) Multi-Health Systems. Toronto, 2000.
89. FITZGERALD PB, DE CASTELLA A, BREWER K, et al. A confirmatory factor analytív evaluation of the pentagonal PANSS model. *Schizophr Res.* 2003; 61:97-104.
90. LYKOURAS L, OULIS P, PSARROS K, et al. Five-factor model of schizophrenia pathology: how valid is it? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2000; 250:93-100.
91. WOLTHAUS JED, DINGEMANS PMAJ, SCHENE AH, et al. Component structure of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in patients with recent-onset schizophrenia and spectrum disorders. *Psychopharmacology.* 2000;150:399-403.
92. EMSLEY R, RABINOWITZ J, TORREMAN M, The RIS-INT-35 Early Psychosis Blobal Working Group. The factor structure for the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in recent-onset psychosis. *Schizophr Res.* 2003;61: 47-57.
93. KLINGBERG S, WITTORF A, WIEDEMANN G. Disorganization and cognitive impairment in schizophrenia: independent symptom dimensions? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006; 256:532-40.

94. BRESLOW NE, DAY NE. Statistical methods in cancer research. The design and analysis of cohort studies. Vol. II. Lyon, Francia: International Agency for Research on Cancer, 1994.
95. AHLBOM A, STAFFAN N. Fundamentos de epidemiología. 4ª. edición. México, D.F.: Siglo XXI editores, 1993.
96. GUILLEM, F, BICU M, SEMKOVSKA M. The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and carácter. Schizophrenia Research 2002; 56:137-147.
97. GUILLEM F, PAMPOULOVA T, STIP E. Are there common mechanisms in sensation seeking and reality distortion in schizophrenia?. A study using memory event- related potentials. Psychiatry Research 2005; 135:11-33.
98. GURRERA, R. J, NESTOR P Y O'DONNELL B. Personality traits in schizophrenia: comparison with a community simple. Journal of Nervous and Mental Disease, 2003; 31- 35,
99. HANSSON L, EKLUND M Y BENGTSSON A. The relationship of personality dimensions as measured by the temperament and character inventory and quality of live in individual with schizophrenia or schizoaffective disorder living in the community. Quality of live research 2001; 10:133- 139. 2001.
100. RITSNER M Y SUSSER E. Temperament types are associated with self- construct, elevated distress and emotion- oriented coping in schizophrenia: ¿evidence for a complex vulnerability marker?. Psychiatry research, 2004; 128: 219- 228.
101. SZOKE A, SCHURHOFF F. Temperamente in schizophrenia: a study of tridimensional Personality Questionnaire (TPQ). European Psychiatry 2002; 17: 379- 383.
102. CUESTA M, PERALTA V ¿Are personality traits associated with cognitive disturbance in psychosis?. Schizophrenia Research 2001; 51:109- 117.
103. EKLUND M, HANSSON L Y BENGTSSON – Tops A. The influence of temperamento on functioning and aspects of psychological health among people with schizophrenia. European Psychiatry 2005; 19: 34-41.
104. BOEKER,H., KLEISER, M., LEHMAN, D., et. al. Executive dysfunction, self, and ego pathology in schizophrenia: an exploratory study of neuropsychology and personality. Comprehensive Psychiatry 2006, 47: 7–19.

105. CALVO DE PADILLA, M., PADILLA, E., GONZALEZ ALEMAN, G., et. al. Temperament traits associated with risk of schizophrenia in an indigenous population of Argentina. *Schizophrenia Research* 2006; 83: 299–302.
106. GUILLEM, F., BICU, M., SEMKOVSKA, M. The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. *Schizophrenia Research* 2002; 56: 137–147.
107. BOEKER, H., KLEISER, M., LEHMAN, D. Executive dysfunction, self, and ego pathology in schizophrenia: an exploratory study of neuropsychology and personality. *Comprehensive Psychiatry* 2006; 47: 7–19.
108. CALVO DE PADILLA, M., PADILLA, E., GONZALEZ ALEMAN, G. Temperament traits associated with risk of schizophrenia in an indigenous population of Argentina. *Schizophrenia Research* 2006; 83: 299–302.
109. EKLUND, M., HANSSON, L., BENGTSSON-TOPS, A. The influence of temperament and character on functioning and aspects of psychological health among people with schizophrenia. *European Psychiatry* 2004; 19: 34–41.
110. HANSSON, L., EKLUND, M., BENGTSSON-TOPS, A. The relationship of personality dimensions as measured by the temperament and character inventory and quality of life in individuals with schizophrenia or schizoaffective disorder living in the community. *Quality of Life Research* 2001; 10: 133–139.
111. BRÄNDSTRÖM, S., RICHTER, J., PRZYBECK, T. Distributions by age and sex of the dimensions of temperament and character inventory in a cross-cultural perspective among Sweden, Germany, and the USA. *Psychological Reports* 2001; 89: 747–758.
112. PÉLISSOLO, A., LÉPINE, J.P. Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in the French version. *Psychiatry Research* 2000; 24: 67–76.
113. GURRERA, R.J., NESTOR, P.G., O'DONNELL, B.F. Personality traits in schizophrenia: comparison with a community sample. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2000; 188: 31–35.
114. CAMISA, K.M., BOCKBRADER, M.A., LYSAKER, P. Personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry Research* 2005; 133: 23–33.

115. PILLMANN, F., BLOINK, R., BALZUWEIT, S. Personality and social interactions in patients with acute brief psychoses. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2003;191: 503–508.
116. DE FRUYT, F., VAN DE WIELE, L., VAN HEERINGEN, C. Cloninger's psychobiological model of temperament and character and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences* 2000; 29: 441–452.
117. MACDONALD, D.A., HOLLAND, D. Examination of relations between the NEO Personality Inventory-Revised and the Temperament and Character Inventory. *Psychological Reports* 2002; 91: 921–930.
118. RAMANAIAH, N.V., RIELAGE, J.K., CHENG, Y. Cloninger's temperament and character inventory and the NEO Five-Factor Inventory. *Psychological Reports* 2002; 90: 1059–1063.
119. LEUNG, A., CHUE, P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *A. Psy. Scand.* 2000; 401: 3–38 (suppl).
120. CASTLE, D.J., WESSELY, S., MURRAY, R.M. Sex and schizophrenia: effects of diagnostic stringency and associations with premorbid variables. *British Journal of Psychiatry* 1993; 162: 658–664.
121. ANDREASEN, N.C., ARNDT, S., ALLIGER, R., Symptoms of schizophrenia. Methods, meanings, and mechanisms. *Archives of General Psychiatry* 1995; 52: 341–351
122. TOOMEY, R., KREMEN, W.S., SIMPSON, J.C. Revisiting the factor structure for positive and negative symptoms: evidence from a large heterogeneous group of psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154: 371–377.

- Anexos

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, este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Programa a Efectuar

El objetivo es estudiar por medio de entrevistas y escalas a pacientes que han sido diagnosticados con esquizofrenia. Nos interesa estudiar el fenómeno de la personalidad en este tipo de padecimientos.

Para el estudio, requerimos de su cooperatividad con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información sobre su padecimiento actual. Para el diagnóstico y evaluación de sus síntomas, se utilizarán entrevistas médicas y escalas clínicas.

Procedimientos del estudio

Si usted acepta participar en este estudio, será entrevistado por psiquiatras expertos para el establecimiento del diagnóstico clínico. Una vez establecido el diagnóstico, se le realizarán algunas preguntas relacionadas a la forma en la que se ha sentido y se le pedirá contestar un cuestionario dirigido a conocer los aspectos de temperamento y carácter. La realización de estas entrevistas no tiene riesgo alguno para usted.

- 1.- Se le pedirá su cooperatividad para realizar las entrevistas.
- 2.- Si usted cambia de domicilio o teléfono, avise al 56552811. Estos datos servirán para poder asegurar que las evaluaciones se cumplan.
- 3.- No se le cobrará ningún recargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con esta investigación.
- 4.- Su participación es voluntaria y previa consulta con los investigadores asignados, podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte su atención y tratamiento en esta Institución.

Ventajas Posibles

- 1.- Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor la naturaleza de la enfermedad.
- 2.- Usted podrá discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen.
- 3.- Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de estas enfermedades mentales y su relación con la personalidad.

Confidencialidad

Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son confidenciales. Se asignará un código a los expedientes, por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Disposiciones Generales

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con la responsable del proyecto, Dra. Ana Fresán o la Dra Diana Guizar, durante horas regulares de trabajo al 56552811

Carta de Consentimiento

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el 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 Dra. Ana Fresán o la Dra. Guizar al teléfono 56552811

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Investigador

Fecha

Nombre del Investigador

"2011, año del turismo en México"

Comisión de Ética en Investigación

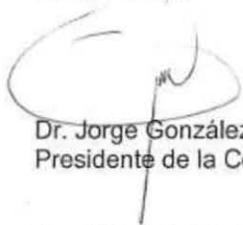
Octubre 3, 2011.

Dra. Diana Patricia Guizar Sánchez
Investigador Principal
Presente

Estimada doctora Guizar,

Por medio de la presente me permito informarle que el proyecto titulado:
"Rasgos de la personalidad en pacientes con esquizofrenia y su asociación con la gravedad de los síntomas psicóticos" de la investigación principal titulada:
"Validez y confiabilidad y datos normativos del inventario de temperamento y carácter (ITC-R) en una muestra de población mexicana", ha sido **APROBADO** por la Comisión, ya que se considera que cumple con los requerimientos éticos y metodológicos establecidos.

Atentamente,



Dr. Jorge González Olvera
Presidente de la Comisión de Ética en Investigación.

C.c.p. Dr. Héctor Senties Castellá, Director de Enseñanza.- Presente
Dra. Danelia Mendieta Cabrera, Presidenta del Comité de Tesis.-Presente.
Dr. Carlos Berlanga Cisneros, Secretario Técnico de la Comisión de la Investigación.-
Presente



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE

salud mental

Ref: DEDPC-060-12

Dra. Ana Fresán
Dra. Diana Patricia Guízar Sánchez
Dr. Ricardo Saracco Alvarez
Presentes

Febrero 10 de 2012

Distinguidos autores:

Por medio de la presente les comunico que la segunda versión de su artículo: "RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA", ha sido aceptada por el Comité Editorial y aparecerá publicado en SALUD MENTAL, a partir del vol. 35, no. 4, julio-agosto de 2012.

Atentamente

Dr. Héctor Pérez-Rincón
Director-Editor

HP-R/ech

Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco.
Del. Tlalpa, C.P. 14370, México D.F.
E-mail: perezrh@imp.edu.mx

Tel. 4160 5128
www.inprf-cd.org.mx/revista_am/