



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



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
“MANUEL VELASCO SUÁREZ”

**“PERFIL DE TEMPERAMENTO Y CARÁCTER DE SUJETOS CON ALTO RIESGO DE
PSICOSIS”**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA

DRA. IIZAX GISELA RAMÍREZ ESPINOSA

TUTOR DE TESIS

DR. CAMILO DE LA FUENTE SANDOVAL

MÉXICO DISTRITO FEDERAL, AGOSTO DE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DR. NICASIO ARRIADA MENDICOA
DIRECTOR DE ENSEÑANZA
INNN "MVS"

DR. JESÚS RAMÍREZ BERMÚDEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRÍA
INNN "MVS"

DR. CAMILO DE LA FUENTE SANDOVAL
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA EXPERIMENTAL
INNN "MVS"
TUTOR DE LA TESIS

TESIS DE NEUROPSIQUIATRÍA

TITULO:

“Perfil de temperamento y carácter de sujetos con alto riesgo de psicosis”

AUTOR:

Dra. Iizax Gisela Ramírez Espinosa

INSTITUCIÓN:

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”

TUTOR:

Dr. Camilo de la Fuente Sandoval

Psiquiatra con alta especialidad en neurobiología de la esquizofrenia, Departamento de psiquiatría experimental, INNN “MVS”

COAUTORES:

Dr. Pablo León Ortiz

Neuropsiquiatra, Departamento de Enseñanza, pregrado, INNN “MVS”

Dr. Francisco Ramón Reyes Madrigal

Psiquiatra con alta especialidad en neurobiología de la esquizofrenia, Departamento de psiquiatría experimental, INNN “MVS”

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, Angélica, por heredarme la capacidad de no conformarme con lo que tengo y siempre buscar conocer cosas nuevas e inculcarme la fe.

A mi papá, Javier, por heredarme la capacidad de perseverar y enseñarme sobre disciplina e integridad.

A mis hermanas, Naayeli, Nishim y Zazil, que me han quitado lo miedosa y me han hecho cooperar con ellas toda la vida.

Arely, Celeste, Celina, Tere, Tivo, Fernanda, Cinuyni, Toñoño, Hugo, Perrito, Sandre, Aleysha, Laura e Iván, ahora distingo entre la Locura y la Psiquiatría.

A Sylvana, Cecilia y Alejandra, seguro terminé la especialidad porque me empujaron y jalieron través de entregas de guardia, ingresos, indicaciones, juntas persecutorias, historias clínicas, preconsultas, consultas, urgencias, pacientes, familiares, clases, exámenes, clases y exámenes repetidos, presentaciones, tesis, etc, etc.

A todos los residentes con que he trabajado para completar esta especialidad, los mayores por perseguirme, los menores por aguantarme.

Al doctor Jesús Ramírez Bermúdez, Daniel Crail Melendez, Ángel Ruiz Chow, Mariana Espinola Nadurille, Benilde Orozco García, Ana Luisa Sosa Ortiz por enseñarme a practicar la psiquiatría.

A Sandy y enfermería por apoyarme y educarme a trabajar en equipo.

A Paco, quien hizo posible mi tesis.

Al doctor Camilo de la Fuente Sandoval porque nadie más me hubiera tenido tanta paciencia.

A Carlos por acceder a ser mi premio.

ÍNDICE

1. LISTA DE ABREVIATURAS	1
2. RESUMEN	2
3. ANTECEDENTES	3
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
5. HIPÓTESIS	6
6. OBJETIVOS	6
7. JUSTIFICACIÓN	6
8. MATERIAL Y MÉTODOS	7
9. RESULTADOS	8
10. DISCUSIÓN	11
11. CONCLUSIONES	12
12. REFERENCIAS	13

LISTA DE ABREVIATURAS

- Organización mundial de la salud..... OMS
- Alto riesgo de psicosis..... UHR
- Inventario de temperamento y carácter..... ITC
- Inventario de temperamento y carácter revisado..... ITC-R
- Inventario de temperamento y carácter revisado corto..... ITC-RS
- Evaluación Comprensiva de Estados Mentales de Riesgo..... CAARMS
- Entrevista estructurada para síndromes prodrómicos..... SIPS
- Evitación al daño..... HA
- Búsqueda de la novedad..... NS
- Dependencia a la recompensa..... RD
- Persistencia..... PS
- Autodirección..... SD
- Cooperatividad..... CO
- Autotrascendencia..... ST

RESUMEN

La esquizofrenia tiene una prevalencia entre 0.08 y 0.44%², los costos al sistema de salud y a la población son altos por la discapacidad que provoca. Se ha llegado a describir que es el tercer padecimiento más discapacitante⁴. Actualmente, se busca prevenir la instalación de este trastorno, principalmente identificando a las personas que se encuentran en riesgo de presentar psicosis, 29.2% de ellos presentarán psicosis franca en los siguientes 31 meses desde la aparición de los síntomas⁷. Estos individuos presentan cuadros clínicos con síntomas psicóticos atenuados, o con síntomas psicóticos breves e intermitentes o tienen familiares con esquizofrenia y pérdida de función laboral, social, etc. En un esfuerzo por detectar con mayor certeza quiénes de estos individuos en riesgo sufrirán este trastorno se han realizado estudios funcionales y estructurales, que amplían el entendimiento de esta etapa, pero no predicen la conversión. El objetivo de esta investigación es contribuir a la caracterización de estos pacientes.

Los datos obtenidos en esta investigación permiten decir que las personas con riesgo de presentar psicosis presentan un perfil específico de temperamento y carácter. En comparación con las personas sanas, los sujetos con síndromes prodrómicos obtuvieron un puntaje mayor en todas las subescalas y por lo tanto, en la dimensión de evitación al daño ($F=7.96$, $p=0.001$) y un puntaje menor en 4 de 5 sub escalas de cooperatividad, así como en el puntaje total de la dimensión ($F=6.72$, $p=0.002$), resultados similares a los de los pacientes con esquizofrenia.

Este estudio aporta datos para poder realizar una detección temprana y acertada de los sujetos en riesgo de presentar psicosis. Incluso podría llegar a contribuir para la construcción de un endofenotipo de esquizofrenia.

ANTECEDENTES

En México, los trastornos psicóticos tienen una prevalencia a lo largo de la vida de 1%¹ lo cual coincide con las cifras publicadas por la organización mundial de la salud (OMS), que describen la prevalencia a lo largo de la vida de psicosis no afectiva en 0.3 a 1.6%². El principal diagnóstico de este grupo es la esquizofrenia, un trastorno mental en el que los pacientes presentan datos de psicosis: alucinaciones, comúnmente auditivas, ideas delirantes, desorganización del lenguaje o de la conducta y síntomas negativos, como abulia, alogia o aplanamiento afectivo. Estos signos y síntomas rara vez remiten por completo causando en el paciente una discapacidad laboral que compromete sus relaciones sociales, incluso su independencia económica. De esta manera, la esquizofrenia no sólo causa gastos directos en medicamentos y hospitalizaciones, también causa gastos indirectos derivados de la imposibilidad de los pacientes para incorporarse a la población económicamente activa con la consecuente falla en la obtención de los recursos necesarios para costear los gastos generados por la enfermedad⁴.

Específicamente, la OMS ha calculado el costo anual de la esquizofrenia en América Latina y el Caribe en 1.81 millones de dólares por millón de personas², más alto que en Europa, el sureste de Asia o África. Los costos directos de la esquizofrenia se derivan principalmente de las hospitalizaciones y de la atención brindada en instituciones de salud³. Los costos indirectos se han tratado de calcular a través de los años de vida ajustados por discapacidad, según la OMS son 2,049 días por 1 millón de personas². Con el propósito de aterrizar y comprender el impacto de este problema, cabe mencionar que la esquizofrenia se ha calificado como el tercer padecimiento más discapacitante, superior incluso a la ceguera y paraplejía^{4,5}.

El impacto económico de este trastorno mental es claro, sin embargo todavía no tiene una causa identificada, se ha estudiado su fisiopatología desde el punto de vista de una disfunción dopaminérgica, o una alteración del neurodesarrollo, o de una disfunción de glutamato, entre otras⁶. Si bien ninguna teoría explica por sí misma la complejidad de las alteraciones de este padecimiento, todas contribuyen a un mayor entendimiento de éste.

Thomas R. Insel en su artículo "Rethinking schizophrenia" (Nature 2010) describe que la esquizofrenia tiene varias etapas⁶:

1. Etapa de riesgo (<12 años de edad)
2. Etapa prodrómica (12 a 18 años de edad)
3. Psicosis instalada (18 a 24 años de edad)
4. Discapacidad crónica (>24 años de edad)

Actualmente el diagnóstico de esquizofrenia se realiza cuando la persona presenta datos de psicosis franca y el objetivo es llegar a prevenir la instalación del trastorno y de la disfunción. Existe una población de jóvenes

que es vulnerable a presentar este trastorno, presentan signos y síntomas identificables, que permiten reconocer la fase prodrómica de la psicosis. Comúnmente estas personas buscan ayuda psiquiátrica por síntomas de ansiedad o depresión, pero durante la evaluación presentan cuadros clínicos acompañados de síntomas psicóticos atenuados, o síntomas psicóticos breves, intermitentes y autolimitados, o son personas con riesgo genético para esquizofrenia que reportan deterioro en su funcionalidad. Para definir de manera certera si este individuo se encuentra en riesgo de presentar psicosis se debe evaluar con entrevistas estructuradas, como la Evaluación Comprensiva de Estados Mentales de Riesgo (CAARMS) o la entrevista estructurada para síndromes prodrómicos (SIPS).

A pesar del reconocimiento del cuadro clínico y la identificación del sujeto en riesgo, no se puede predecir quién avanzará a la siguiente etapa de este trastorno. Se ha estimado que el riesgo de transición de una fase prodrómica al primer episodio psicótico es de 29.2%, en un seguimiento hasta 31 meses⁷. Aunado al diagnóstico de un síndrome prodrómico, se realizan pruebas genéticas, neuropsicológicas o se buscan alteraciones cerebrales estructurales, funcionales, neuroquímicas o de conectividad, con limitada contribución al pronóstico de los pacientes⁸.

Cabe mencionar que uno de los factores de riesgo más estudiados es el riesgo genético ya que hasta el 80% de las expresiones clínicas (fenotípicas) de la esquizofrenia son atribuibles a factores genéticos⁸. No obstante, se ha encontrado que la contribución genética para el desarrollo de la esquizofrenia involucra cientos o miles de genes⁸. De esta manera, la esquizofrenia como entidad no es atribuible a un grupo selecto de genes, pero se ha estudiado la posibilidad de que los fenómenos y presentaciones clínicas, con alteraciones cognitivas, estructurales o neuroquímicas cerebrales sean un fenotipo específico atribuible a varios y/o diferentes grupos de alteraciones genéticas correspondientes¹⁷.

Se ha buscado la conexión entre los signos y síntomas clínicos y las alteraciones genéticas subyacentes en varios campos de la salud. En psiquiatría y en específico para la esquizofrenia se ha intentado esclarecer los factores genéticos y ambientales y las interacciones entre éstos que confieren una susceptibilidad para el desarrollo de la psicosis franca. Se ha tratado de desglosar los signos y síntomas mediante pruebas bioquímicas, microscópicas, psicométricas, de tal manera que su relación con un gen específico sea más directa. A estos fenotipos “escondidos o internos” se les llamó endofenotipos²³. En el estudio de la genética psiquiátrica se han descrito criterios para poder identificar los endofenotipos²³:

1. El endofenotipo está asociado a la enfermedad.
2. El endofenotipo es heredable.
3. El endofenotipo está presente aún si la enfermedad no se encuentra activa.
4. Entre familiares, el endofenotipo y la enfermedad se heredan.

5. El endofenotipo se encuentra en familiares que no tengan la enfermedad con mayor prevalencia que en la población general.

En esquizofrenia se han estudiado endofenotipos estructurales y funcionales en pacientes diagnosticados, en familiares y en sujetos con riesgo de psicosis. Existe un modelo que establece que la personalidad es la organización interna y dinámica de los sistemas psicosociales que determinan la adaptación de un individuo a su ambiente, esta adaptación puede estar sesgada por factores heredados (temperamento) y modelada por factores aprendidos (carácter)⁹. Este modelo de personalidad ha permitido establecer asociaciones entre el comportamiento y factores genéticos²¹, por lo que se ha empleado para la construcción de un endofenotipo para varias enfermedades psiquiátricas. En esquizofrenia, se ha investigado en pacientes con esquizofrenia y hermanos que no presentan la enfermedad, encontrando evidencia de que la dimensión del temperamento que concierne a la evitación al daño está alterada tanto en los pacientes como en sus hermanos, sugiriendo que este rasgo es un endofenotipo¹⁰.

El modelo biopsicosocial de la personalidad, evalúa el temperamento en 4 dimensiones o comportamientos: evitación al daño (HA), búsqueda de la novedad (NS), dependencia a la recompensa (RD) y persistencia (PS) y, el carácter se divide en 3: autodirección (SD), cooperatividad (CO) y autotrascendencia (ST). El puntaje obtenido en cada dimensión y cómo este puntaje interactúa con el de las otras dimensiones permitirá describir el perfil de personalidad⁹.

Para la apreciación de la personalidad, Cloninger y colaboradores han creado varios cuestionarios. El primero fue el "Cuestionario tridimensional de la personalidad" (TPQ) que posteriormente se mejoró y completó con el "Inventario de temperamento y carácter" (ITC) posterior a este y en búsqueda de una mejor valoración y sustentación de su teoría biopsicosocial de la personalidad modificó el cuestionario para adaptarlo mejor a menores de edad "inventario de temperamento y carácter juvenil" (JITC), posteriormente modificó el cuestionario de adultos e introdujo el "inventario de temperamento y carácter revisado", en un esfuerzo por reducir el número de preguntas se diseñó el ITC- R corto (TC-RS), pero no demostró tener suficiente consistencia interna²². En este estudio se utilizará el ITC-R, versión en español, que obtuvo una consistencia interna $\alpha > 0.80$ ¹⁰. Como se mencionó con anterioridad, se han realizado estudios encontrando que ciertos aspectos del temperamento y carácter forman parte del endofenotipo de la esquizofrenia. Smith y colaboradores encontraron que los pacientes que padecen esquizofrenia y sus hermanos no psicóticos comparten un alto puntaje en evitación al daño¹⁰.

En la investigación actual, se evaluará el temperamento y carácter de los sujetos que presentan síndrome prodromico para obtener datos suficientes para describir el perfil y aportar datos que permitan continuar la construcción de un endofenotipo de esquizofrenia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existirá un patrón de personalidad que distinga a los sujetos en estado de alto riesgo de psicosis de los controles sanos y de los pacientes con esquizofrenia? Si existe ¿cuál es?

HIPÓTESIS

Se encontrarán diferencias en el temperamento y carácter entre los sujetos de alto riesgo y los sujetos control, compartiendo características de sujetos con esquizofrenia presentando puntajes mayores en el área de evitación al daño y menor puntaje en autodirección.

OBJETIVO

1. Identificar si existe un patrón específico de temperamento y carácter en los sujetos en alto riesgo de presentar psicosis.
2. Describir el perfil de temperamento y carácter de los sujetos en alto riesgo de presentar psicosis encontrado.

JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia tiene una prevalencia entre 0.08 y 0.44%², los costos al sistema de salud y a la población son altos por la discapacidad que provoca. Se ha llegado a describir que es el tercer padecimiento más discapacitante⁴. Todo esto conlleva un gasto de 1.8 millones de dólares por un millón de personas². Es imperativo buscar la manera de prevenir este trastorno. De tal manera que se ha estudiado a la población en riesgo, personas que presentan un cuadro clínico prodrómico y qué características los vuelven más susceptibles a evolucionar al cuadro psicótico franco. Se han realizado varias pruebas: imágenes estructurales, marcadores neuroquímicos cerebrales, pruebas neuropsiquiátricas y de función inhibitoria. Todas han contribuido a tener una mejor caracterización de los pacientes. De igual manera esta investigación busca contribuir a esta búsqueda al describir el temperamento y carácter de estos pacientes.

METODOLOGÍA

a) Población y muestra

Como ya se ha mencionado, los sujetos con alto riesgo de psicosis buscan atención psiquiátrica por diferentes razones, por lo que el reclutamiento depende de que ellos acudan este instituto. Durante la valoración inicial se sospecha que presente un síndrome prodrómico y posteriormente se corrobora mediante la entrevista SIPS.

Una vez confirmado, se atiende su queja principal y, en revisiones posteriores, se le invita a contestar el ITC-R. De esta manera se obtuvieron 33 cuestionarios de individuos con alto riesgo de psicosis, pero 8 fueron descartados debido a un mal llenado (el cuestionario se invalida al dejar más de 5 preguntas sin responder). Se incluyeron personas de ambos géneros entre 10 y 35 años de edad, que comprendan idioma español, sepan leer y escribir, se excluyeron aquellos que presentaban alguna enfermedad neurológica o deficiencia intelectual.

Paralelo a esto, se solicitó a 50 individuos control (libres de enfermedades psiquiátricas o antecedentes heredofamiliares de esquizofrenia) y 25 pacientes diagnosticados con esquizofrenia que contestaran el cuestionario.

b) Procedimiento

El resultado de cada dimensión de alto orden del ITC- R y sus sub-escalas fueron obtenidos acorde al método indicado por C. R. Cloninger. Es decir, los puntajes de cada sub escala son obtenidos por la suma de preguntas específicas, mientras que los puntajes de las dimensiones son obtenidos por la suma de las sub escalas correspondientes.

c) Análisis estadístico

El análisis fue llevado a cabo con el programa SPSS (Chicago, IL) versión 19.0. Posterior a comprobar que los resultados tenían una distribución normal, se comenzaron a comparar las medias de cada dimensión y cada sub escala entre los 3 grupos.

RESULTADOS

Demográficos:

Se analizaron 25 individuos en riesgo de psicosis, 25 pacientes con esquizofrenia y 50 sujetos control pareados por edad y sexo.

Comparación de los puntajes de ITC- R entre los sujetos UHR, los pacientes con esquizofrenia e individuos sanos

Tabla 1. Resultados del puntaje de la media en las dimensiones de alto orden del ITC-R de los sujetos control, individuos de alto riesgo de psicosis y pacientes con esquizofrenia.

Dimensión	Control (n=50)		UHR (n=25)		Esquizofrenia (n=25)		Estadística
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	
<u>Temperamento</u>							
Búsqueda de la Novedad	105.2	12.0	103.6	10.1	103.4	20.3	F=0.19, p=0.82
Evitación al daño	85.2	18.4	100.4	17.2	100.4	21.6	F=7.96, p=0.001
Dependencia a la Recompensa	94.7	12.8	89.9	14.2	98.6	18.5	F=2.20, p=0.11
Persistencia	121.9	18.4	115.8	20.3	117.4	28.4	F=0.75, p=0.47
<u>Carácter</u>							
Autodirección	139.8	22.3	116.4	16.0	113.8	14.3	F=2.12, p=0.12
Cooperatividad	125.6	13.9	116.4	16.0	113.8	14.3	F=6.72, p=0.002
Autotrascendencia	73.6	14.2	76.7	17.3	75.0	21.7	F=0.27, p=0.76

Temperamento:

Se compararon los resultados de los 3 grupos (Tabla 1), las medias de cada dimensión fueron analizadas, con un test ANOVA. Los puntajes obtenidos muestran que el grupo de sujetos en riesgo de psicosis tienen un patrón de personalidad que se distingue de los otros 2 grupos. Se encontró una diferencia significativa entre los tres grupos en la dimensión de evitación al daño (F=7.96, p=0.001). Posteriormente se realizará un análisis multivariado para revelar otras diferencias, en especial entre sujetos con alto riesgo de psicosis y los pacientes con esquizofrenia.

Las sub escalas de evitación al daño demostraron que toda la dimensión se encuentra afectada: el rasgo de pesimismo contra optimismo desinhibido (F=5.75, P=0.004), miedo a lo incierto contra confianza (F=4.39, p=0.01), timidez con los extraños contra gregarismo (F=4.37, p=0.01), fatigabilidad y astenia contra vigor (F=6.84, p=0.002). Los cuatro rasgos obtienen puntajes significativamente más altos que los otros grupos de población.

Tabla 2. Resultados del puntaje de la media en las sub-escalas de Evitación al Daño en sujetos control, individuos con alto riesgo de psicosis y pacientes con esquizofrenia.

Sub-escala	Control (n=50) Media (DE)	UHR (n=25) Media (DE)	Esquizofrenia (n=25) Media (DE)	Estadístico
Evitación al Daño				
HA1 Pesimismo vs Optimismo distribuido	27.6 (5.5)	32.7 (6.2)	31.8 (5.7)	F=6.75, p=0.004
HA2 Miedo a lo incierto vs confianza	19.3 (5.0)	21.6 (4.8)	22.9 (6.1)	F=4.39, p=0.01
HA3 Timidez con extraños vs gregarismo	18.7 (5.3)	21.7 (6.7)	22.8 (6.8)	F=4.37, p=0.01
HA4 Fatigabilidad y anemia Vs vigor	19.3 (5.5)	24.4 (6.3)	22.8 (5.5)	F=6.84, p=0.002

Carácter:

Se compararon los resultados de los 3 grupos (tabla 1) y se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la dimensión de Cooperatividad (F=6.72, p=0.002). Posteriormente se podría analizar si las medias entre sujetos en riesgo y pacientes con esquizofrenia también son diferentes de manera significativa.

El análisis de sub escalas de Cooperatividad también demostró que esta característica se encuentra afectada en la mayoría de los componentes. Solamente el rasgo que investiga si la persona tiende a ser íntegra o a tener falta de escrúpulos al momento de buscar una ventaja no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los tres grupos (tabla 3).

Tabla 3. Resultados del puntaje de la media en las sub-escalas de Cooperatividad en sujetos control, individuos con alto riesgo de psicosis y pacientes con esquizofrenia.

Sub-escala	Control (n=50) Media (DE)	UHR (n=25) Media (DE)	Esquizofrenia (n=25) Media (DE)	Estadístico
Cooperatividad				
CO1 Aceptación social vs Intolerancia social	28.8 (5.4)	29.1 (3.6)	25.2 (4.6)	F=2.52, p=0.09
CO2 Empatía vs desinterés social	17.6 (2.6)	15.7 (2.7)	16.4 (3.7)	F=5.22, p=0.007
CO3 Capacidad de ayuda vs incapacidad	27.7 (3.7)	25.2 (3.8)	25.5 (3.8)	F=4.95, p=0.009
CO4 Compasión vs venganza	24.2 (5.9)	20.8 (7.3)	21.1 (6.1)	F=3.30, p=0.04
CO5 Integridad vs falta de escrúpulos	27.1 (4.3)	25.4 (4.7)	25.4 (5.3)	F=1.65, p=0.19

No se alcanzó la significancia estadística en la diferencia entre los tres grupos en la dimensión de autodirección como se había hipotetizado y reportado en la literatura. Esto quiere decir que el puntaje obtenido no es una característica única de los pacientes con alto riesgo de psicosis.

DISCUSIÓN

Las diferencias en evitación al daño y baja cooperatividad entre personas sanas y pacientes con esquizofrenia ya se han descrito con anterioridad en varias versiones del inventario de temperamento y carácter^{10, 13, 20}. La aplicación de esta prueba, en la versión revisada no se había realizado en pacientes con alto riesgo de psicosis. Solamente un artículo sobre el temperamento y carácter de los sujetos en alto riesgo de psicosis es encontrado en la literatura, es expuesto por Song y colaboradores (julio 2013) pero utilizaron las versiones ITC-RS y JTC en idioma coreano. Ellos describen que el grupo de individuos con síndromes prodrómicos presentan alteraciones en las dimensiones de evitación al daño, dependencia a la recompensa, persistencia, autodirección y cooperatividad²⁰. Cabe mencionar que los resultados son comparables pero no equivalentes, debido a que la consistencia interna de las dimensiones y algunos de las sub escalas difieren entre e JTCl, TCl- R y el TCl- RS²¹.

Es posible que el perfil de temperamento y carácter específico de los sujetos con alto riesgo de psicosis comprenda solamente un mayor puntaje en evitación al daño y baja cooperatividad, como se obtuvo en este estudio, ya que en la versión revisada la estructura del cuestionario permite que las preguntas correspondan a una dimensión en concreto de mejor manera^{19, 14, 21}.

Con respecto a que no se encontró significancia estadística en la dimensión de autotranscendencia en esta investigación como se había hipotetizado y como se ha descrito en la literatura, se considera que posiblemente obteniendo un tamaño de población con síndrome prodrómico mayor se alcance la significancia estadística ya que los datos muestran una tendencia a que esta dimensión tenga menor puntaje que las personas control.

Por otro lado, es importante exponer que estas diferencias pueden corresponder a un endofenotipo de esquizofrenia. Como primer punto a favor de esto: Existen varios estudios que describen una asociación entre las alteraciones en temperamento y carácter con el cuadro clínico de la esquizofrenia^{10,13,20,22}. Segundo: los puntajes obtenidos en diferentes dimensiones son muy similares entre los sujetos con síndromes prodrómicos y los de los pacientes con esquizofrenia, esto apoya la suposición de que existen ciertas alteraciones conductuales presentes aún cuando la enfermedad no se encuentra activa todavía. Tercero, los comportamientos como la preocupación pesimista, timidez, miedo a lo incierto y fatigabilidad se han descrito como rasgos heredables de la personalidad por Cloninger desde 1988 y por otros autores posteriormente^{21, 19}. Cuarto, se han descrito alteraciones en evitación al daño, cooperatividad y autodirección tanto en pacientes con esquizofrenia como en sus hermanos, comparándolos contra personas sanas¹⁰.

CONCLUSIONES

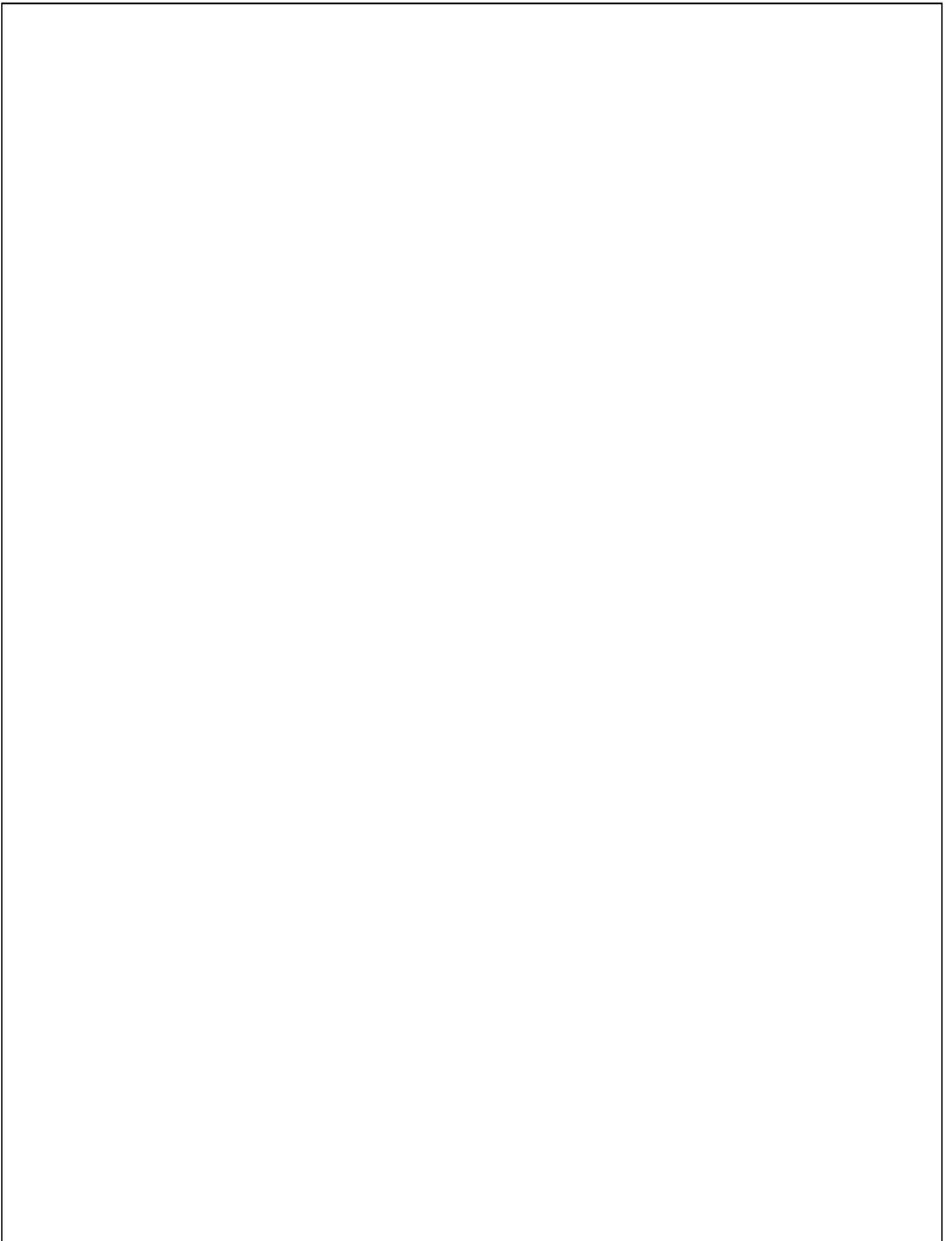
El perfil de temperamento y carácter de los sujetos en alto riesgo de psicosis comprende obtener altos puntajes de evitación al daño mediante comportamientos como la preocupación, miedo a lo incierto, timidez y fatigabilidad así como un menor puntaje en cooperatividad. Este último definido como una falla en la aceptación a las peculiaridades de personas desconocidas, en ser empático y acceder ante los otros.

Se obtuvieron resultados parcialmente esperados ya que la dimensión de autodirección no se distinguió de los otros dos perfiles de personalidad. A pesar de esto es posible decir que las alteraciones encontradas van acorde a los hallazgos de otros estudios.

Este estudio contribuye a caracterizar de una mejor manera a los sujetos con alto riesgo de presentar psicosis. Probablemente auxilie en la construcción de un endofenotipo que permita en un futuro identificar de manera fiel al sujeto en riesgo de presentar psicosis e incluso permita realizar intervenciones tempranas para evitar la conversión de un estado prodrómico al de psicosis franca.

REFERENCIAS

1. Cabello Rangel et al. "Costo- efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México". Salud mental 2011.
2. World Health Organization. Disease control priorities related to mental, neurological, developmental, and substance abuse disorders. Geneva: 2006.
3. Apiquian et al "Registro electrónico de adherencia al tratamiento de esquizofrenia en latinoamerica (e-STAR): Resultados clínicos del uso de risperidona inyectable de liberación prolongada a dos años de seguimiento. Salud mental 2013
4. Lara- Muñoz et al. "Estudio de costo- efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México" Salud mental 2010
5. Üstün et al. "Multi- informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries" Lancet 1999
6. Insel et al. "Rethinking schizophrenia" Nature 2010.
7. Fusar- Poli et al. "Predicting psychosis". Meta-analysis of Transition Outcomes in Individuals at High Clinical Risk". Arch Gen Psychiatry 2012
8. Maric and Svaric. "Why schizophrenia genetics needs epigenetics: a review" Psichiatria Danubina 2012
9. Clonninger et al. "A psychobiological model of temperament and carácter". Arch Gen Psychiatry 1993
10. Smith et al. "Temperament and character as schizophrenia- related endophenotypes in non- psychotic siblings". Schizophrenia research 2008. Liu et al. "An evidence map of interventions across premorbid, ultra high risk and first episode phases of psychosis". Schizophrenia research 2010.
11. Cannon et al. "Predicting psychosis in youth at high clinical risk. A Multisite Longitudinal Study in North America". Arch Gen Psychiatry 2008
12. Van der Gaag. "Cognitive behavioral therapy for subjects at ultra- high risk of developing psychosis: a randomized Controlled clinical trial" Schizophrenia bulletin 2012.
13. Guillem et al. "The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character". Schizophrenia Research 2002
14. Fresán et al. "Personality differences according to age and sex in a Mexican sample using the temperament and character inventory- revised". Comprehensive psychiatry 2011
15. Singh et al. "Ethical Implications for Clinical Practice and Future Research in "At Risk" individuals". Current pharmaceutical design 2012.
16. Preti and Cella. "Randomized controlled trials in people at ultra high risk of psychosis: A review of treatment effectiveness". Schizophrenia research 2010.
17. Braff y Freedman. "Endophenotypes in studies of the genetics of schizophrenia" Capítulo 51 de "Neuropsychopharmacology: the fifth generation in progress" pp 703 a 704. American College of neuropsychopharmacology 2002
18. Sullivan et al "Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications". Nature reviews. Genetics 2012.
19. Sánchez et al "Traducción y confiabilidad del Inventario de temperamento y carácter (ITC)" Salud Mental.1996
20. Song et al. "Temperament and character in individuals at ultra high risk for psychosis and with first-episode schizophrenia: associations with psychopathology, psychosocial functioning, and aspects of psychological health". Comprehensive psychiatry 2013.
21. Farmer and Lewis. "A psychometric evaluation of the temperament and character inventory (TCI-R) and the TCI- 140". Psychological assessment 2008.
22. Fresán et al. "Temperament and character in violent schizophrenic patients". Schizophrenia research 2007.
23. Gottesman et al "The endophenotype concept in psychiatry: etimology and strategic intentions" The American journal of psychiatry 2003.



*“The Road goes ever on and on
Down from the door where it began.
Now far ahead the Road has gone,
And I must follow, if I can,
Pursuing it with eager feet,
Until it joins some larger way
Where many paths and errands meet.
And whither then? I cannot say”*

- JRR Tolkien, The Fellowship of The Ring