



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

LAS DIFERENCIAS DEL FENÓMENO PSICÓTICO ENTRE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR TIPO 1 Y ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EVALUADOS MEDIANTE LA ESCALA DIPI EN HOSPITALIZACION CONTINUA DE EL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

Tesis para obtener el diploma de especialista en Psiquiatría

Presenta:

Oscar Alejandro Calleros Zubiato.

Médico residente de 4º

ASESORES DE TESIS

Dr .Miguel A. Herrera Estrella

Psic. Janeth Jiménez Genchi..

Agosto de 2011



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.

ÍNDICE

	Página
Introducción.....	1
Marco teórico: Antecedentes y marco conceptual.....	3
Planteamiento del problema.....	15
Hipótesis.....	16
Justificación.....	17
Objetivos.....	20
Tipo de estudio.....	21
Universo de trabajo.....	21
Análisis estadístico.....	21
Criterios de inclusión y exclusión.....	22
Variables: Dependiente, independiente.....	23
Instrumento.....	26
Análisis de resultados.....	31
Discusión.....	37
Conclusiones.....	40
Anexos: Instrumento.....	42

LISTA DE TABLAS Y GRÁFICAS

	Página
Cuadro de descripción de variables	23
Tabla 1. Datos socio-demográficos.....	31
Tabla 2. Datos socio-demográficos Trastorno Bipolar.....	32
Tabla 3. Datos socio-demográficos grupo Esquizofrenia.....	33
Figura 1. Resultados.....	35
Grafico1	36
Grafico 2	36
Grafico 3	36

Resumen

Es importante conocer el fenómeno psicótico ya que en muchas ocasiones se llega a observar solo como un signo y un síntoma. Sin embargo tiene una complejidad que hace que en la actualidad este constructo se vaya modificando y evolucionando para tener un mejor abordaje que no solo implica características reduccionistas o unidimensionales, sino que es y será, una importante ventana para la aproximación en los padecimientos psiquiátricos en los cuales se presenta.

En la actualidad existen múltiples hipótesis de el origen de los trastornos psicóticos especialmente se describen en este estudio la esquizofrenia paranoide y el trastorno bipolar con un enfoque en los de síntomas psicóticos mediante un abordaje multidimensional por medio de la escala de dimensión de las psicosis(DIPI).

La mayoría de los estudios que se han realizado se utilizaron instrumentos unidimensionales o bidimensionales en el abordaje de la psicosis es hasta el año 2006, por medio del estudio de Mizrahi ⁽³⁶⁾ cuando se estructura un instrumento de medición que contiene la valoración multidimensional de el fenómeno psicótico. En él se resumen en 5 dimensiones las cuales son la convicción, preocupación cognitiva, el impacto sobre la conducta, el compromiso con la idea delirante y la preocupación externa todo en relación al complejo psicótico. Mediante esta escala se puede valorar y objetivar este

complejo sintomatológico entre dos de los más importantes trastornos psiquiátricos que presentan un cuadro psicótico dentro de su evolución como se realizó en el presente estudio.

Dentro de los resultados obtenidos en el presente estudio el grupo de esquizofrenia presentó diferencias estadísticamente significativas para la convicción pregunta 1 y total de la dimensión ($p=.000$ y $.009$ respectivamente) siendo esta área dimensional la cual implica la valoración de la cualidad de la idea delirante así como de la certeza o seguridad de sus creencias, manteniendo una diferencia en comparación con los pacientes de la muestra con diagnóstico de trastorno bipolar ^{(36),(37)}.

Una valoración dirigida e intencionada de la psicosis, es una herramienta de aproximación al conocimiento objetivo de las áreas importantes dentro de ésta. Se presenta la oportunidad de comprender al individuo en el momento de la evolución de los síntomas, tratamientos y demostrar en qué otras áreas podrían ser importantes para hablar de una mejoría que se aproxime más a un control adecuado, facilitando la reinserción social, laboral y familiar.⁽³⁶⁾.

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica y sobre todo en la especialidad de psiquiatría nos aproximamos eventualmente a este fenómeno tan llamativo, tan característico, que cualquier persona ajena al mismo lo podría identificar. La psicosis ha sido tema de múltiples y diversos abordajes desde el ámbito médico, filosófico y en múltiples ocasiones en la literatura. ¿Por qué llama la atención este fenómeno? Tal vez porque esta definición abarca múltiples áreas del comportamiento y el pensamiento humano, cuando una persona sufre por primera vez síntomas psicóticos o un episodio de psicosis, es posible que no entienda lo que le sucede. Los síntomas pueden resultarle completamente desconocidos, provocándole una gran perturbación y dejándola en un estado de confusión y angustia. Por otra parte, esta angustia se ve aumentada por los mitos y estigmas relativos a la enfermedad mental que todavía son comunes en la sociedad.

Pocos estudios que han utilizado escalas dimensionales, se han enfocado a la forma de los aspectos de la experiencia psicótica. Estos pocos estudios se limitaron a valorar las ideas delirantes y solo en uno se siguió a los pacientes en tiempos estandarizados presentando esto una limitación para el estudio a profundidad de la psicosis; estos estudios se han dirigido principalmente a la esquizofrenia y su espectro, dejando de lado aquellas que también presentan esta sintomatología psicótica como son la depresión grave con síntomas psicóticos o trastorno bipolar con manía.

El siguiente trabajo intenta aproximar y explicar la experiencia de un cuadro clínico complejo como lo es la psicosis, mediante la evaluación de la misma en 5 dimensiones por medio de un instrumento semiestructurado (DIPI) enfocado a establecer las posibles diferencias de este fenómeno entre dos de las más importantes entidades clínicas de la psiquiatría: la esquizofrenia paranoide y el trastorno bipolar en manía con síntomas psicóticos.

MARCO TEORICO

Antecedentes

Cuatro de las diez enfermedades más incapacitantes del mundo son psiquiátricas, entre ellas se encuentra la esquizofrenia. En México se calcula que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Actualmente debido a los problemas sociales mundiales como pobreza, violencia, adicciones y el incremento de la esperanza de vida se espera que el índice de enfermos mentales aumente.⁽¹⁾

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

La esquizofrenia tiene una prevalencia del 1% en la población general, afectando a 50 millones de personas en el mundo, de las cuales 90% se encuentran en países en vías de desarrollo como México ⁽¹⁾. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud más del 50% de los pacientes con esquizofrenia no reciben tratamiento, lo que da lugar a costos indirectos como pérdida de productividad por morbi-mortalidad prematura de los pacientes y cuidadores. En un estudio realizado en 5 países de Europa se reportó que los familiares pasan un promedio de 6 a 9 horas al día y 67 horas al mes cuidándolos⁽²⁾. Por otro lado están los costos indirectos generados de la

asociación de la esquizofrenia con las adicciones, la incidencia de actos criminales y el costo de mantener a los que cometen crímenes en prisión ⁽³⁾.

Más aun, los costos directos que genera la enfermedad como la hospitalización constante de los pacientes, múltiples tratamientos farmacológicos y cuidados especializados representan un gasto considerable para la familia y el sistema de salud de los países ⁽³⁾. En cuanto a la morbilidad y mortalidad asociada a la enfermedad se ha visto que los pacientes tienen 2.9 veces más riesgo de morir de causas naturales que la población general, principalmente por causas cardiovasculares. Esto debido a diversos factores; entre ellos el sedentarismo, la asociación con adicciones y el uso de antipsicóticos que contribuyen al desarrollo de síndrome metabólico y diabetes mellitus ⁽⁴⁾. En Estados Unidos el 2.5% del presupuesto en salud se gasta en esquizofrenia. Los costos indirectos han sido calculados en 50 mil millones de dólares anuales. Cerca de 75% de las personas con esquizofrenia son incapaces de trabajar y están desempleados. La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales con mayor costo para la sociedad; por ejemplo, para los Estados Unidos durante el 2002, se ha hecho un estimado económico de alrededor de \$62.7 mil millones de dólares total ⁽⁵⁾.

Factores de riesgo

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

En la actualidad se desconoce la causa de la esquizofrenia. Sin embargo, se ha propuesto como una enfermedad de origen multifactorial, resultado de la combinación de cierta susceptibilidad genética y diversos factores ambientales ⁽⁶⁾.

Desde el punto de vista genético se ha tratado de relacionar genes y cromosomas específicos relacionados con la patología; en algunos estudios ⁽⁷⁾ encontraron una región del cromosoma 2 fuertemente asociada. Sin embargo, se encontraron más de 3000 genes implicados. Con historia familiar presente se ha encontrado un riesgo mayor relacionado con un familiar de primer grado hasta de 10 veces el riesgo de que esta se presente. En general los estudios son inconsistentes y no se ha visto relación con alguna región genómica en más de 4 de 27 muestras. En cuanto a los factores ambientales se ha identificado que su presencia aumenta el riesgo de presentar la enfermedad: daño obstétrico del sistema nervioso central, depresión en el embarazo, infección prenatal por rubéola, hipoxia neonatal, incompatibilidad de Rh, preeclampsia, nacimiento en ciudad y en invierno ⁽⁸⁾.

Fisiopatología esquizofrenia, trastorno bipolar y psicosis

El DSM IV define a la esquizofrenia como una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de fase activa (dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos como aplanamiento afectivo, alogia o abulia) ⁽⁹⁾.

Existen varias teorías acerca de la etiología de la esquizofrenia. La teoría principal es la dopaminérgica, la cual postula que los síntomas se deben a un aumento en la neurotransmisión de dopamina ⁽¹⁰⁾.

La dopamina es un neurotransmisor producido en áreas mesencefálicas específicas. Tiene una función prominente en los mecanismos y actividad cerebral involucrada en la anticipación. Su liberación precede a la consumación del placer. Normalmente éste neurotransmisor se libera y da la característica atractiva o desagradable a cierto estímulo externo que resulta relevante y lo hace significativo para el individuo ⁽¹⁰⁾.

Se postula que antes de experimentar un episodio psicótico existe una liberación exagerada y no modulada de dopamina independientemente de la relevancia del estímulo externo; esto da lugar a la percepción sobrevalorada de ciertos acontecimientos o ideas en los pacientes. Es probable que la persistencia de este fenómeno sea la base para la construcción del “contexto delirante” de cada paciente y para la subsecuente distorsión cognitiva secundaria a un intento de darle explicación a éstas experiencias, disminuyendo entonces la ansiedad que les provoca. Las alucinaciones, en este mismo concepto podrían ser representaciones de conceptos y memorias ⁽¹⁰⁾.

Por otro lado se ha observado que al bloquear la acción del neurotransmisor no se alivian todos los síntomas de la psicosis y aunque con tratamiento los síntomas positivos disminuyen, los niveles de receptores y metabolitos de dopamina antes y después de tratamiento, muchas veces se han encontrado en

parámetros normales. Durante los episodios psicóticos agudos se ha visto que muchas personas con esquizofrenia tienen ocupados los receptores de dopamina en diferentes regiones de los núcleos de la base ⁽¹¹⁾.

Además de la dopamina se ha visto que existen otros neurotransmisores que participan en la fisiopatología de la enfermedad glutamato, GABA y serotonina ⁽¹¹⁾. Se sugiere que las interneuronas inhibitorias se ven particularmente afectadas en la esquizofrenia, pues existe una reducción en su número, expresión enzimática, secreción de GABA, colecistocinina y somatostatina. Las interneuronas en la corteza cerebral regulan la liberación de glutamato y la excitación de las neuronas piramidales, por medio de receptores pre sinápticos GABA-inhibitorios. Una respuesta excesiva de las neuronas piramidales puede dar lugar a un episodio de psicosis.

TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno Bipolar es uno de los graves problemas de salud pública a los que tiene que enfrentarse la humanidad en este siglo XXI. En los estudios de la organización mundial de la salud (OMS) sobre la morbilidad mundial de las enfermedades, esta alteración ocupa del sexto puesto entre todos los trastornos médicos. Es una entidad que, a pesar de poseer características clínicas y evolutivas propias, es de difícil diagnóstico. ⁽¹²⁾

Existe una prevalencia a lo largo de la vida de: 1,6% para TB tipo I, y 0,5% para TB tipo II. ⁽¹²⁾ La prevalencia de TB en personas mayores de 65 años que se encuentran en la comunidad se estima en el 0,1% y el 1%.

Cuando se trata de adultos mayores residentes en asilos se eleva casi al 10% y constituye del 5% al 15% de las internaciones psiquiátricas ⁽¹³⁾. Goodwin y Jamison concentran datos de diez estudios realizados a 1.304 pacientes y encuentran la mayor frecuencia de presentación entre los 20 y 30 años de vida, con un pico menor en la adolescencia ⁽¹⁴⁾. En las mujeres es más frecuente la ciclación rápida y las hospitalizaciones psiquiátricas ⁽¹⁵⁾. Existe prevalencia similar en todos los grupos étnicos, pero se sobrediagnostica de Esquizofrenia en jóvenes hispanos y negros. Con respecto a los antecedentes familiares, niños cuyos padres son portadores de TB tienen una probabilidad mayor de desarrollar trastornos psiquiátricos⁽¹⁵⁾.

Factor hereditario: se han realizado múltiples investigaciones en este rubro sin embargo solo se han intentado hallar patrones con posibles regiones candidatas en los cromosomas 12, 18 y 21. (48)

Factor biológico: se han valorado hipótesis bioquímicas, catecolamínicas o indolamínicas.(15) (48).

Factor tóxico: pueden ser desencadenantes: alcohol, el hachís, cocaína, anfetaminas, entre otros.

Factores hormonales: relacionados con patologías de tiroides, hipófisis, gónadas y corteza suprarrenal.

La cuarta edición del Manual Diagnóstico Estadístico (DSM- IV TR) divide los trastornos bipolares en depresivos y bipolares⁽¹⁴⁾. A su vez los trastornos Bipolares se clasifican en:

Trastorno Bipolar tipo I: Episodio maníaco único, episodio más reciente hipomaníaco, episodio más reciente maníaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo, episodio más reciente no especificado.

Trastorno Bipolar tipo II: Trastorno depresivo mayor recurrente con episodios hipomaníacos.

Trastornos ciclotímicos: presencia de al menos dos años de reiterados síntomas hipomaníacos y síntomas depresivos alternados.

Trastorno Bipolar no especificado: trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún Trastorno Bipolar específico⁽¹⁵⁾.

El Déficit de atención hiperactivo es el diagnóstico diferencial más importante para el trastorno bipolar en la pre adolescencia y adolescencia temprana, en contraposición a depresión monopolar, trastornos por ansiedad, esquizofrenia y abuso de alcohol, en adolescentes tardíos y adultos⁽¹⁶⁾⁽¹⁴⁾. El pronóstico depende de la frecuencia con que aparezcan los episodios depresivos y maníacos, ya que sus reiteraciones repercuten negativamente en el destino psiquiátrico del paciente⁽¹⁶⁾.

Evolución del Concepto

El término “psicosis” es incorporado, por primera vez a la terminología psiquiátrica a mediados del siglo XIX. A principios de este siglo los términos “insania o locura” contenían el significado clínico y legal de lo que posteriormente sería conocido como psicosis⁽¹⁷⁾.

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

De cualquier forma, el concepto final de “psicosis” no parece haber sido forjado por la observación clínica ni por la sola teoría, al parecer fue moldeado sobre la psicopatología del delirium, una entidad clínica duradera que ha sobrevivido sin cambios radicales desde la Grecia antigua ⁽¹⁷⁾.

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

Se consideran trastornos psicóticos todos los trastornos mentales en los que existe pérdida de contacto con la realidad. El DSM IV ⁽⁹⁾ los define como la presencia de alucinaciones e ideas delirantes, con o sin la capacidad de introspección; alteración mental que interfiere de manera importante con la realización de las demandas cotidianas y afección importante en la prueba de la realidad. Menciona como criterios diagnósticos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos.

El CIE-10 refiere como criterios generales en el diagnóstico de esquizofrenia: el eco, inserción, robo y difusión del pensamiento; ideas delirantes de control, influencia o pasividad; voces alucinatorias; otras ideas delirantes persistentes culturalmente inapropiadas e imposibles; alucinaciones persistentes; ruptura o interpolación en el pensamiento; conducta catatónica; síntomas negativos no causados por depresión o medicación y cambio en la conducta global y consistente.

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

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

La esquizofrenia se caracteriza por una disrupción en la cognición y las emociones, afectando el lenguaje, pensamiento, percepción, afecto y percepción de uno mismo. Hoy en día los síntomas se dividen en positivos y negativos e incluyen alucinaciones, especialmente auditivas, de manera característica voces que comentan el comportamiento o los pensamientos,

ideas delirantes de persecución, grandiosidad, religiosas o somáticas, neologismos, mutismo, la pérdida de asociaciones, deterioro de la atención, pobre contenido de pensamiento, poca capacidad de abstracción, problemas para relacionarse con la gente, aplanamiento afectivo, abulia, anhedonia, entre otros.

Métodos y escalas de diagnóstico

Ya que la sintomatología en la esquizofrenia y trastorno bipolar puede ser subjetiva, es complicado evaluar la severidad y características de la enfermedad. A través de los años y desde la descripción de Eugen Bleuler de las cuatro A's de la esquizofrenia, se han intentado diseñar distintas encuestas para la evaluación de los pacientes. Estas herramientas son de suma importancia ya que de la evaluación del paciente depende el tratamiento que se instaurará y el impacto en cada uno de los síntomas. Comúnmente estos métodos de evaluación están dirigidos a la presencia o ausencia de los síntomas (síntomas positivos y negativos) en lugar de evaluar las diversas dimensiones de los mismos. Instrumentos como el PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) ⁽¹⁹⁾ han probado ser esenciales para la evaluación de la severidad de los síntomas incluyendo, de alguna manera distintas dimensiones, pero dando al final una escala unidimensional.

De manera específica la Escala del síndrome positivo y negativo (PANNS) ⁽¹⁹⁾ es una escala que mide la severidad de los distintos síntomas presentes en la esquizofrenia, y permite evaluar los cambios en respuesta al tratamiento. Incluye 30 variables agrupadas en 3 subescalas: de síntomas positivos, de síntomas negativos y de psicopatología general. Las diferencias entre las calificaciones positivas y negativas forman una escala compuesta que expresa el grado de predominancia de un síndrome sobre el otro.

Aunque diferentes investigadores han dado evidencia de que los síntomas psicóticos comprenden múltiples dimensiones; éstas varían de un estudio a otro ⁽²¹⁾. En un estudio ⁽²²⁾ se elaboró una entrevista para valorar la experiencia alucinatoria auditiva de 365 ítems, evaluando frecuencia, duración, forma, procesos cognitivos y cuestiones psicosociales relacionadas. Existen otras escalas como el Inventario de Maudsley para la Evaluación de las Ideas Delirantes donde se examinan ocho dimensiones de la experiencia delirante como la convicción, la preocupación y la sistematización; o la escala de Jones & Watson (1997) que fue diseñada para evaluar ideas religiosas, paranoides, anoréxicas, etc.

Existe consenso en el hecho de que la psicosis es un fenómeno multidimensional. Las dimensiones, sin embargo han variado grandemente de un estudio a otro; son pocos los factores que han permanecido de manera constante en los diversos abordajes. Dentro de las dimensiones más estables encontramos a la convicción (CO) que ha sido identificada en todos los estudios

que utilizaron una aproximación multidimensional, la preocupación cognoscitiva (PC) que ha sido descrita por la mayoría ^{(23), (24), (25), (26), (27), (28), (29) (30)}, el impacto en la conducta (IC), igualmente presente en la mayor parte de las escalas ^{(23), (24), (26), (27), (30)}, el compromiso emocional con la experiencia psicótica (CE) incluido en algunas de ellas ^{(23), (27), (31), (30)} y finalmente la perspectiva externa (PE), definida como la visión que tienen los pacientes acerca de cómo los demás ven el fenómeno psicótico. Investigada por algunos autores ^{(24), (31), (23), (30)}.

En los resultados obtenidos por el estudio de validación de la escala DIPI en español se observa que los cinco factores propuestos se agrupan de manera consistente después de realizar el análisis factorial; en conjunto, con estos se logra explicar el 79% de la varianza, siendo el factor de impacto en el comportamiento el que más contribuye (31.5% de la varianza total). La DIPI también mostró características psicométricas adecuadas, teniendo índices aceptables de consistencia y correlación (37).

Se demuestra que la experiencia psicótica puede caracterizarse adecuadamente con el uso de la Escala de las Dimensiones de la Psicosis en su versión en español, abordando al fenómeno psicótico como un constructo multidimensional que requiere de la disección fina de sus componentes para lograr un entendimiento profundo y un abordaje integral de los síntomas de psicosis (37).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El poder establecer diferencias que se presentan en los cuadros psicóticos en pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar tipo 1 en cuanto a las 5 dimensiones psicóticas evaluadas mediante la D.I.P.I ya que resulta importante para la valoración inicial y la valoración posterior en relación a inicios de tratamiento y evolución.

PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Existen diferencias entre las características de la psicosis entre esquizofrenia y el trastorno bipolar tipo 1 con síntomas psicóticos valorados mediante la escala de dimensión de la psicosis?

HIPOTESIS

Existen diferencias en las dimensiones de la psicosis entre los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y trastorno bipolar en manía con síntomas psicóticos de acuerdo a la escala de Dimensiones de la psicosis (DIPI).

JUSTIFICACIÓN

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

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

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

Los instrumentos como la PANSS ha probado ser esenciales para la evaluación de la respuesta global, sin embargo este tipo de escalas no fueron diseñadas para obtener la información completa o para medir la severidad de un síntoma

en particular a través de diferentes dimensiones. Así, puede decirse que este tipo de evaluaciones no tienen la capacidad de monitorizar sutil y eficazmente los cambios en la severidad de los síntomas a través del tiempo y para recolectar la información de cómo varían los síntomas de las distintas dimensiones con el tratamiento. Estas limita. Un mejor entendimiento de la variabilidad de los síntomas en cada dimensión, es invaluable para hacer una medición de la respuesta y finalmente adaptar el tratamiento farmacológico a las necesidades particulares de cada paciente.

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

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

Son necesarias escalas capaces de evaluar las distintas dimensiones del fenómeno psicótico, que permitan explorar adecuadamente y de la manera más

objetiva y replicable los procesos psicológicos subyacentes que promueven la expresión de un síntoma en específico.

La DIPI también mostró características psicométricas adecuadas en comparación con PANSS, teniendo índices aceptables de consistencia y correlación. (37)(36).

Se demuestra que la experiencia psicótica puede caracterizarse adecuadamente con el uso de la Escala de las Dimensiones de la Psicosis en su versión en español, abordando al fenómeno psicótico como un constructo multidimensional.

OBJETIVOS

Objetivo General.

Describir las diferencias que existen en el fenómeno psicótico

Objetivos Específicos.

- 1) Describir las características sociodemográficas de los pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar con síntomas psicóticos.
- 2) Describir las 5 dimensiones del fenómeno psicótico en los 2 grupos de pacientes
- 3) Analizar las diferencias existentes de los resultados de la valoración con la escala DIPI entre los grupos de pacientes.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

Transversal, descriptivo, comparativo

Ubicación Temporo Espacial. Se realizó en el servicio de hospitalización del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, durante el periodo comprendido de junio a julio del 2011.

Muestra. Se seleccionó al azar, un total de 60 pacientes que se encontraban en tratamiento dentro del área de hospitalización continúa con el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide y Trastorno Bipolar episodio actual maniaco con síntomas psicóticos.

Recolección de datos. El diagnóstico se realizó mediante la aplicación de la entrevista estructurada M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview) y la escala DIPI (Dimensiones en la Psicosis) y de acuerdo a los criterios del DSM IV TR para esquizofrenia y trastorno bipolar episodio actual maniaco con síntomas psicóticos.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de sexo masculino y femenino entre 18 y 65 años.
- Contar con mínimo un ingreso previo a hospitalización.
- Cumplieran con los criterios del DSM-IV-TR para un trastorno psicótico (esquizofrenia paranoide y trastorno bipolar tipo 1 con síntomas psicóticos).
- Que acepten el consentimiento informado proporcionado por el entrevistador.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no comprendan indicaciones o se vean imposibilitados para la aplicación o realización del instrumento.

Variables

variables	Definición conceptual	Definición Operacional
Convicción	Seguridad que tiene una persona de la verdad o certeza de lo que piensa o siente.	El compromiso o que tan real considera el paciente a la idea delirante.
Preocupación cognitiva	Conductas y pensamientos que centran la atención en los síntomas e implicaciones de éstos	Conductas y pensamientos que centran la atención en los síntomas e implicaciones de éstos
Impacto en la conducta	Proceso que se traduce en efectos sobre un determinado comportamiento psicológico o motor.	Proceso que se traduce en efectos sobre un determinado comportamiento psicológico o motor.
Compromiso emocional	La actividad regular y voluntaria de una persona.	Coherencia de la idea delirante y la actividad regular y voluntaria.
Perspectiva externa	La visión que tienen los pacientes acerca de cómo los demás ven el fenómeno psicótico.	La visión que tienen los pacientes acerca de cómo los demás ven el fenómeno psicótico.

Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Tiempo que ha vivido una persona.
Sexo	Rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina	Rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina
Esquizofrenia paranoide	Trastorno psicótico caracterizado por la presencia de alucinaciones e ideas delirantes, con o sin la capacidad de introspección; alteración mental que interfiere de manera importante con la realización de las demandas cotidianas y afección importante en la prueba de la realidad	Trastorno psicótico caracterizado por la presencia de alucinaciones e ideas delirantes, con o sin la capacidad de introspección; alteración mental que interfiere de manera importante con la realización de las demandas cotidianas y afección importante en la prueba de la realidad
Trastorno bipolar tipo 1 con síntomas psicóticos.	Trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía, cognición y del estado de ánimo. Clínicamente se refleja en estados de manía o, en casos más leves, hipomanía junto con episodios concomitantes o alternantes de depresión	Trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía, cognición y del estado de ánimo. Clínicamente se refleja en estados de manía o, en casos más leves, hipomanía junto con episodios concomitantes o alternantes de depresión

Variables dependientes: dimensiones de la psicosis convicción (CO), preocupación cognoscitiva (PC), el impacto en la conducta (IC), el compromiso emocional con la experiencia psicótica (CE) y finalmente la perspectiva externa (PE).

Variables independientes: sexo, edad, esquizofrenia paranoide y trastorno bipolar tipo 1 con síntomas psicóticos.

Instrumento de Medición

Especificaciones del instrumento de medición

Aunque las diferentes dimensiones pueden inferirse de literatura pre existente, no existía ninguna nomenclatura consistente o algún instrumento para medirlas. Por ejemplo el ítem de afecto de la Escala de Evaluación de Delirios de Maudsley (un ítem dicotómico) ⁽³²⁾, mide el compromiso emocional, mientras que “el compromiso emocional con la idea delirante” (un ítem dimensional) evaluado en el Inventario de Ideación Personal (Personal Ideation Inventory PII) ⁽³³⁾ se refiere a la “preocupación” acerca de la idea, un constructo cognitivo. Los instrumentos utilizados para la medición de estas dimensiones tienen varias limitaciones; falta de propiedades psicométricas adecuadas ^{(34), (26), (35)}, falta de objetividad en las mediciones o longitud muy extensa cuando son combinadas con las escalas de evaluación estandarizadas.

Pocos estudios longitudinales que han utilizado escalas dimensionales, han examinado la forma en la que los aspectos de la experiencia psicótica responden al tratamiento antipsicótico. Los pocos que lo han hecho, sugieren que la resolución de la psicosis está caracterizada por tiempos distintos de mejoría para cada dimensión explorada ^{(24) (33) (35)}. La mayoría de los estudios, sin embargo, se limitó a valorar las ideas delirantes y solo en uno ⁽³⁶⁾ se siguió a los pacientes en tiempos estandarizados.

El Instrumento de las dimensiones de la psicosis (DIPI) creado por Mizrahi, R., M. Kiang, et al. (2006) se deriva del análisis de múltiples escalas para evaluar el fenómeno psicótico además de la respuesta de diferentes fármacos antipsicóticos. En el año 2010 fue validado por el Dr. León Pablo en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez ⁽³⁶⁾, es un instrumento novedoso de 10 ítems, semi-estructurado, aplicado por un clínico, diseñado para evaluar la psicosis desde una perspectiva dimensional. Los ítems del DIPI se derivaron de una revisión de la literatura que provee diferentes dominios para el estudio del fenómeno psicótico.

El instrumento mostró una adecuada consistencia interna global, con un alpha de Cronbach de 0.70.⁽³⁶⁾⁽³⁷⁾. Más aún el alto porcentaje de contribución indica congruencia entre la observación clínica y la manera en la que los pacientes perciben alteraciones en su conducta resultantes de los síntomas psicóticos.

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

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

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

Dentro de las dimensiones más estables encontramos a la convicción (CO), la preocupación cognoscitiva (PC), el impacto en la conducta (IC), el compromiso emocional con la experiencia psicótica (CE) y finalmente la perspectiva externa (PE), definida como la visión que tienen los pacientes acerca de cómo los demás ven el fenómeno psicótico.

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

Una vez identificado el síntoma principal el entrevistador personaliza cada pregunta.⁽³⁶⁾

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

El entrevistador ajusta la pregunta para cada paciente relacionándola con el complejo sintomático principal identificado previamente. Esto permite concentrarse en el principal complejo sintomático de los pacientes, en una forma individualizada. Las puntuaciones van de 0 a 3, siendo 3 la máxima severidad.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo con medias, frecuencias y porcentuales de los datos sociodemográficos y puntajes del instrumento y comparar medias por prueba T, con el programa de análisis SPSS 19.0 para realizar correlaciones y frecuencias.

RESULTADOS

En el correspondiente estudio se analizaron los datos de una muestra comprendida por 60 pacientes (n=30 con diagnóstico de trastorno bipolar y n=30 con diagnóstico de esquizofrenia paranoide). Del total 53.3 % (n=32) correspondía al sexo masculino y el 46.7%(n=28) al sexo femenino. En relación al estado civil 56.7%(n=34) eran solteros, 30% (n=18) casados, 6.7% (n=4) divorciados y 6.7%(n=4) en unión libre. La edad promedio fue de 36.82. En relación a la ocupación el 58.3%(n=35) no trabaja, el 25%(n=15) son empleados, y el 16.7%(n=10) se dedica al hogar. Tabla 1

Tabla 1. Datos socio-demográficos.

	N	%
Sexo		
Mujeres	28	46.7
Hombre	32	53.3
Edad		
	Promedio 36.82	
Estado civil		
Soltero	34	56.7
Casado	18	30
Divorciado	4	6.7
Unión libre	4	6.7
Escolaridad		
Ninguno	4	6.7
Primaria	10	16.7
Secundaria	19	31.7
Preparatoria	25	41.7
Licenciatura	2	3.3
Ocupación		
Ninguna	35	58.3
Empleado	15	25
Hogar	10	16.7

En relación al grupo de pacientes con trastorno bipolar se encontró que el 40% (n=12) son de sexo masculino y el 60 % (n=18) son de sexo femenino. La edad promedio fue de 36.30. En cuanto al estado civil el 43%(n=13) están casados, 30%(n=9) son solteros, 13.3% (n=4) están divorciados y 13.3%(n=4) viven en unión libre.

En la ocupación el 40% (n=12) son empleados, el 33.3% (n=10) no tiene ninguna ocupación, el 26.7%(n=8) se dedican al hogar. En relación a escolaridad el 46.7%(n=14) tienen preparatoria, el 33.3% (n=10) cuentan con secundaria y el 13.3 % (n=4) con primaria y el 6.7%(n=2) licenciatura. Ver tabla 2.

Tabla 2. Datos socio-demográficos Trastorno Bipolar

	N	%
Sexo		
Mujeres	18	60
Hombre	12	40
Edad		
	Promedio 37.33	
Estado civil		
Soltero	9	30
Casado	13	43.3
Divorciado	4	13.3
Unión libre	4	13.3
Escolaridad		
Ninguno		
Primaria	4	13.3
Secundaria	10	33.3
Preparatoria	14	46.7
Licenciatura	2	6.7
Ocupación		
Ninguna	10	33.3
Empleado	12	40
Hogar	8	26.7

En el caso de la muestra para esquizofrenia sexo masculino 66.7% (n= 20) y femenino 33.7%(n=10) tenemos una edad promedio 36.30 para el estado civil tenemos un 83.3%(n=25) para solteros y 16.7%(n=5) casados. En el área de ocupación ninguna 83.3%(n=25), empleado 10% (n=3) y hogar 6.7%(n=2).En el rubro de escolaridad, ninguna 13.3% (n=4), Primaria 20%(n=6), secundaria 30% (n=9), preparatoria 36.7(n=11). Ver Tabla 3.

Tabla 3. Datos socio-demográficos grupo Esquizofrenia.

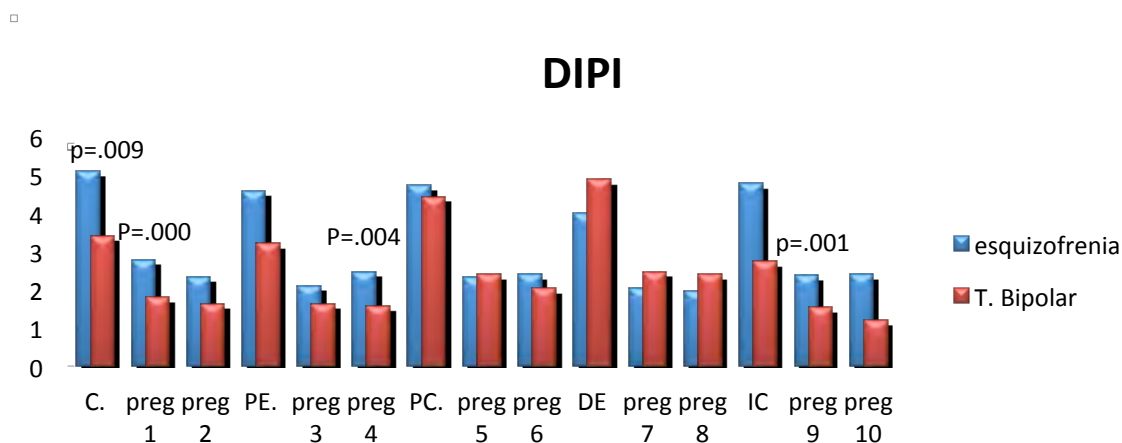
	N	%
Sexo		
Mujeres	10	33.7
Hombres	20	66.7
Edad		
	Promedio 36 .30	
Estado civil		
Soltero	25	83.3
Casado	5	16.7
Escolaridad		
Ninguno	4	13.3
Primaria	6	20
Secundaria	9	30
Preparatoria	11	36.7
Ocupación		
Ninguna	25	83.3
Empleado	3	10
Hogar	2	6.7

Como segundo análisis contrastando medias del instrumento se utilizo la prueba T donde se muestran estadísticamente significativas la dimensión de convicción la cual valora la persistencia y la creencia en la idea delirante siendo está valorada por dos preguntas (¿qué tan seguro está usted de que X es falso? y ¿algunas veces piensa que X es cierto, pero después piensa que, en realidad, es parte de una enfermedad?)($f=7.318$ y $p=.009$) (grafico 1) dentro de esta la pregunta 1 (¿ qué tan seguro está usted acerca de X , tienen alguna duda de ello? $f=24.295$, $p=.000$) (grafico 2) mencionados en la siguiente tabla (fig.1) con la representación grafica: dimensión total C (convicción) la cual incluye las preguntas 1 y 2, perspectiva externa (PE) preguntas 3 y 4, preocupación cognoscitiva (PC) preguntas 5 y 6, dimensión Emocional (DE) preguntas 7 y 8, por ultimo impacto sobre la conducta incluyendo las preguntas 9 y 10. En esta tabla se muestran la media por respuesta incluida en el instrumento.

Como se puede observar tenemos una descripción detallada de los resultados en los cuales se compara la media para cada una de las respuestas así como para la dimensión total las que presentan dentro de nuestro análisis motivo de mención serian convicción total ($p=.009$) particularmente para la pregunta 1 ($p=.000$). Para esta pregunta tuvimos una respuesta con mayor significancia estadística para el grupo de pacientes con esquizofrenia paranoide los cuales parecen demostrar mayor certeza y seguridad de su convicción.

Dentro del análisis de los datos la pregunta 4 ($p=.004, F=9.169$)(grafico 3) demostró significancia en la dimensión de perspectiva externa: (si le contáramos su historia a otra persona ¿usted piensa que esta le creería?) . Con una media para esquizofrenia (2.47) y para T. bipolar (1.57). Por último tenemos la pregunta 9 ($p=.001, F=12.517$) (grafico 4), la cual se describe para el impacto conductual refiriéndose particularmente a ¿en la última semana ha hecho algo en particular debido a la idea delirante? En esta dimensión se observa cómo es que este ítem caracteriza el comportamiento de manera muy particular para los pacientes quienes sufren esquizofrenia siendo de suma importancia dentro de la valoración clínica ya que esto nos podría explicar las conductas erráticas derivadas de las ideas delirantes.

Figura 1. Resultados de puntaje en la escala de la dimensiones de las psicosis con la muestra de mayor significancia sobre barras de las preguntas.



□

Convicción

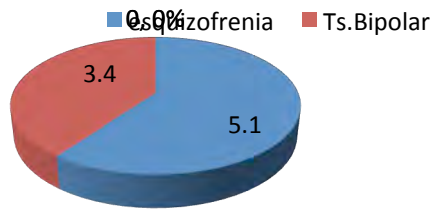


Grafico 1. Diferencias en la dimensión que mide la convicción.

□

Pregunta 1

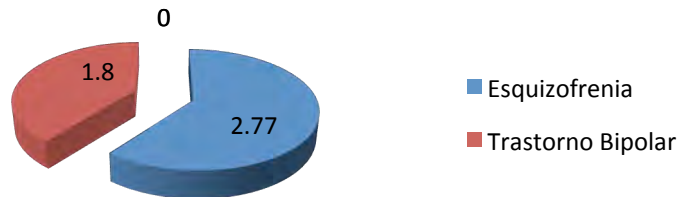


Grafico 2. Pregunta 1 de la escala de dimensión de la psicosis.

□

Pregunta 4

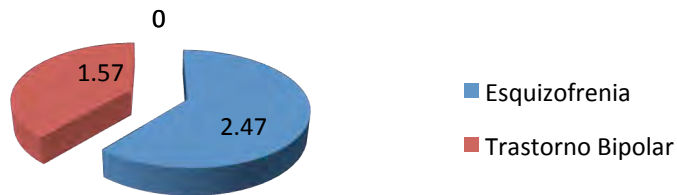


Grafico 3. Pregunta 4 de la escala de dimensión de la psicosis.

□

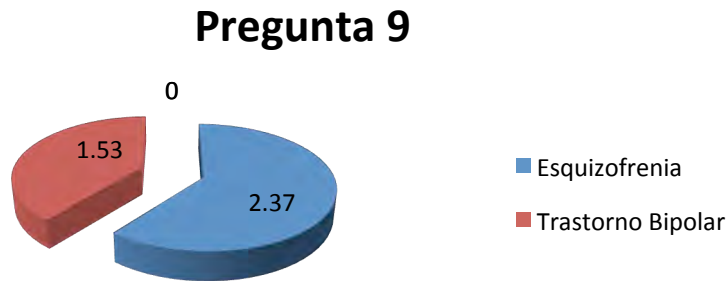


Grafico 4. Pregunta 9 en la dimensión de impacto en la conducta.

DISCUSIÓN

Mediante el análisis de los datos previamente presentados así como la información descrita en el desarrollo de la introducción podemos observar una aproximación a los estudios anteriormente planteados ^{(36),(37)}, y de los cuales se basa la aplicación de la escala de dimensión de la psicosis ^{(36),(37)}. En lo que concierne al grupo de esquizofrenia con la presencia de diferencias estadísticamente significativas para la convicción pregunta 1 y total de la dimensión ($p=.000$ y $.009$ respectivamente) siendo esta área dimensional la cual implica la valoración de la cualidad de la idea delirante así como de la certeza o seguridad de sus creencias, manteniendo una diferencia significativa en comparación con los pacientes de la muestra con diagnóstico de trastorno bipolar ^{(36),(37)}. Siguiendo esta misma línea de análisis se plantea una diferencia significativa en los análisis de resultados para la pregunta cuatro ($p=.004$), la cual valora la dimensión de la perspectiva externa, que se describe en el instrumento como aquella en donde se aprecia el auto monitoreo del paciente en relación a que si otras personas comparten sus ideas.

Nuevamente para la muestra con esquizofrenia demostró ser una pregunta con diferencias significativas en comparación con los pacientes con trastorno bipolar, con lo cual se podría explicar la persistencia y las posibles cualidades del cuadro psicótico manifestado por los pacientes a quienes les es diagnosticado esquizofrenia paranoide⁽³⁷⁾ y de las resoluciones totales o casi totales observadas clínicamente en los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar. Sin embargo por los posibles sesgos del estudio también convendría tomar en cuenta años de estudio, el número de cuadros previos y el tipo de antipsicóticos, ya que el resultado de esta combinación de factores puede resultar en variaciones en la resolución de los cuadros clínicamente significativos según los estudios previos (36)(37). Otra de las preguntas resultantes con significancia estadística para mención sería la pregunta 9 ($p=.001$) incluida en el área dimensional de impacto sobre la conducta, ésta nos traduce qué actividades realiza debido a la presencia de la idea delirante o si ha realizado algo en particular debido a ésta durante la última semana; podría inferirse que esta observación podría ser de utilidad dentro de la valoración por todas las posibles consecuencias que de ello se generen.

Debido a la complejidad que se observa en los cuadros psicóticos sea cual sea su origen o diagnóstico en quienes se presenta es importante una valoración inicial multidimensional y no solo abarcar lo ya establecido para su manejo (36),(37). De manera individual da parámetros importantes para el manejo personalizado de cada paciente con posibilidades de abordaje farmacológico y plantear cuidados relacionados a diferencias o resultados; como ejemplo, el

aumento en una área o dimensión particular de este instrumento puede dirigir a cuidados especiales si puntea alto para convicción e impacto sobre la conducta, deberemos de analizar adecuadamente si esto no pone en peligro su manejo e incluso su vida.(36)(37), O aquellos en los cuales la preocupación cognitiva y la perspectiva externa impidan desarrollarse laboral y socialmente de manera adecuada, siendo esto una pequeña aproximación a uno de los síntomas más llamativos dentro de la psiquiatría y a la clínica en general, nunca será suficiente la aproximación y la búsqueda constante de una mejoría en quienes padecen o cursan, sea momentánea o crónicamente.

CONCLUSIONES

Por último observamos una valoración dirigida e intencionada de la psicosis, haciendo ver al instrumento como una herramienta de aproximación al conocimiento objetivo de las áreas importantes dentro de ésta y para un abordaje integral de nuestros pacientes(36)(37). Se presenta la oportunidad de conjugar diferentes abordajes terapéuticos de tratamiento, así como la comprensión del individuo en el momento de la evolución de los síntomas y tratamientos y demostrar en qué otras áreas (como la preocupación por padecer este síndrome manifestado por ideas o conductas o el cómo lo ven los demás incluidos familia, amigos, etc.), podrían ser importantes para hablar de una mejoría que se aproxime mas a un control adecuado, facilitando la reinserción social, laboral y familiar.(36)

Mediante este estudio observamos las características clínicas multidimensionales de el fenómeno psicótico entre estos dos grupos de suma importancia epidemiológica y que podrían ser de utilidad en pacientes valorados en un servicio de urgencias y como posible seguimiento de la respuesta sintomática a un tratamiento determinado dentro de las áreas de hospitalización ⁽³⁶⁾ Por lo cual es de gran importancia darnos a la tarea de una recopilación más completa de información acerca de la psicosis y no solo limitarnos a los estándares actuales para valoración de este fenómeno.

Debido a que la literatura existente poco abarca acerca del abordaje en múltiples dimensiones es claro que queda mucho por hacer y que este estudio nos aproxima solo un poco más al conocimiento del mismo.

Entre las limitaciones del estudio que encontramos fue que no se considero el tiempo de evolución del trastorno, así como el uso de fármacos, el número de hospitalizaciones lo cual pudo resultar en un sesgo debido a que estos factores pueden resultar en un cambio en las dimensiones de la psicosis.

Por ello se considera importante la realización de estudios posteriores donde se consideren las variables de nivel sociodemografico, nivel escolar, uso de fármacos, tiempo de evolución del trastorno y del episodio agudo actual que nos permitan ampliar la correlación y observar las posibles diferencias que pueden presentar de acuerdo a la dimensión psicótica.

Sin embargo los resultados de este estudio, mostraron que ciertas áreas de la dimensión psicótica son diferentes entre ambas patologías, esto derivado posiblemente de las propias diferencias inherentes entre ambos trastornos o tal vez por las propias limitaciones del estudio (número de pacientes limitado), aunque por el momento es una posibilidad real para la aproximación a este fenómeno tan complejo.

ANEXO

Escala de las Dimensiones de la Psicosis (DIPI)

1. ¿Qué tan seguro está usted acerca de X, tienen alguna duda de ello?, ¿está seguro de que es cierto?

0. El paciente esta completamente seguro de que X es falso.

1. El paciente cree que X es falso, pero considera que hay una pequeña posibilidad de que sea cierto.

2. El paciente cree que X es cierto, aunque existe algún elemento de duda.

3. El paciente esta completamente seguro de que X es cierto y no hay elemento de duda.

2. ¿Algunas veces piensa que X es cierto, pero después piensa que, en realidad, es parte de una enfermedad?

0. El paciente no cree mas en X, y lo considera como parte de una enfermedad psiquiátrica.

1. El paciente no cree en la mayor parte de X, pero cree que pudo haber sido cierto.

2. El/ella reconoce estar sufriendo una enfermedad psiquiátrica que implica psicosis.

3. El paciente sostiene fuertemente a X y no lo considera como parte de una enfermedad psiquiátrica.

3. ¿Sus familiares o amigos consideran a X como algo extraño o inusual?

0. Completamente

1. Moderadamente

2. Levemente

3. No en lo absoluto

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

0. Ninguna o esta persona, creería ninguna parte de ella.

1. Algunas o esta persona, creerían solo una parte de ella.

2. La mayoría de la gente o esta persona creería la mayor parte de ella.

3. Todos o esta persona, creerían toda la historia.

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

0. Nunca

1. Ocasionalmente

2. Frecuentemente

3. Siempre

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

0. No en lo absoluto

1. X se encuentra ahí, pero esta en “la parte trasera” de los pensamientos del paciente

2. X se encuentra muy presente en los pensamientos del paciente pero es posible, con esfuerzo, ponerla fuera de ahí.

3. X esta todo el tiempo muy presente en los pensamientos del paciente e interfiere con todas sus actividades.

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

0. No en lo absoluto

1. Levemente

2. Moderadamente

3. Completamente

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

0. No en lo absoluto

1. Levemente

2. Moderadamente

3. Completamente

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

0. Nunca

1. Ocasionalmente

2. Frecuentemente

3. Siempre

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

0. Nunca

1. Ocasionalmente

2. Frecuentemente

3. Siempre

REFERENCIAS

1. Frenk-Mora, J. (2005). Alucinaciones, delirio y paranoia, síntomas de esquizofrenia. S. d. Salud. Mexico.
2. Magliano, L., A. Fiorillo, C. Malangore, A. Aletti, G. Belotti, P. Bevilacqua, A. L. Delle Femine, G. Fontana, F. Maucioni, M. Travi, P. Zonus, A. Rossi, M. Maj. (1998). "[Family burden in schizophrenia: effects of socio-environmental and clinical variables and family intervention]." *Epidemiol Psichiatr Soc* 7(3): 178-87.

3. Knapp, M. R. Mangalore, J. Simon. (2004). "The global costs of schizophrenia." *Schizophr Bull* 30(2): 279-93.
4. Lambert, T. J., N. Cock, S. J. Alcock, D. L. Kelly, R. R. Conley. (2003). "Measurement of antipsychotic-induced side effects: support for the validity of a self-report (LUNSERS) versus structured interview (UKU) approach to measurement." *Hum Psychopharmacol* 18(5): 405-11.
5. Saraceno, B. (2002). "The WHO World Health Report 2001 on mental health." *Epidemiol Psichiatr Soc* 11(2): 83-7.
6. Kirkbride, J. B., P. Fearon, C. Morgan, P. Dazzan, K. Morgan, J. Tarrant, T. Lloyd, J. Holloway, G. Hutchinson, J.P. Leff, R.M. Mallett, G.L. Harrison, R.M. Murray, P.B. Jones. (2006). "Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study." *Arch Gen Psychiatry* 63(3): 250-8.
7. Lewis, C. M., D. F. Levinson, L. H. Wise, L. E. DeLisi, R. E. Straub, I. Hovatta, N. M. Williams, S. G. Schwab, A. E. Pulver, S. V. Faraone, L. M. Brzustowicz, C. A. Kaufmann, D. L. Garver, H. M. Gurling, E. Lindholm, H. Coon, H. W. Moises, W. Byerley, S. H. Shaw, A. Mesen, R. Sherrington, F. A. O'Neill, D. Walsh, K. S. Kendler, J. Ekelund, T. Paunio, J. Lönnqvist, L. Peltonen, M. C. O'Donovan, M. J. Owen, D. B. Wildenauer, W. Maier, G. Nestadt, J. L. Blouin, S. E. Antonarakis, B. J. Mowry, J. M. Silverman, R. R. Crowe, C. R. Cloninger, M. T. Tsuang, D. Malaspina, J. M. Harkavy-Friedman, D. M. Svrakic, A. S. Bassett, J. Holcomb, G. Kalsi, A. McQuillin, J. Brynjolfson, T. Sigmundsson, H.

Petursson, E. Jazin, T. Zoëga, T. Helgason. (2003). "Genome scan meta-analysis of schizophrenia and bipolar disorder, part II: Schizophrenia." *Am J Hum Genet* 73(1): 34-48.

8. Sullivan, P. F. (2005). "The genetics of schizophrenia." *PLoS Med* 2(7): e212.

9. APA (2000). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC, American Psychiatric Association.

10. Kapur, S. (2003). "Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia." *Am J Psychiatry* 160(1): 13-23

11. Freedman, R. (2003). "Schizophrenia." *N Engl J Med* 349(18): 1738-49.

12. Tellez – Vargas J. Criterios para el diagnóstico precoz de la depresión bipolar. *Revista Argentina de clínica Neuropsiquiátrica*. [en línea] jun 2004 [citado 15 enero2008]; 11(3). URL disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/11/43/01_tellez.htm

13. Lara Tapia H, Méndez Contreras JI. Características clínicas y epidemiológicas del Trastorno bipolar en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía” Manuel Velazco Suárez”. Un análisis de cuatro años. *Revista neurología, Neurocirugía y Psiquiatría* 2002; 35(3):132-157.

14. Alvarez Grandi S, Feijoo Rodríguez V. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con trastorno bipolar con ciclación rápida y sin ciclación rápida. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. [en línea] nov

2005 [citado 15 enero 2008];12(4): 371-382. URL disponible en:
http://www.alcmeon.com.ar/12/48/03_cicladores.htm

15. Viola L, Prego CE. Evolución del trastorno bipolar de inicio muy temprano y sus controversias. Revista de Psiquiatría del Uruguay ag 2006; 70(1): 53-65.

16. Akiskal, Cetkovich, Bakmas, García-Boneto, Strejilevich, Vázquez. Trastornos Bipolares. Conceptos Clínicos, Neurobiológicos y Terapéuticos. Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana SA; sep 2006, 257-277.

17. Berrios, G. E. (1987). "Historical aspects of psychoses: 19th century issues." Br Med Bull 43(3): 484-98.

18. Berrios, G. E. (1981). "Delirium and confusion in the 19th century: a conceptual history." Br J Psychiatry 139: 439-49.

19. Kay, S. R., A. Fiszbein, L. A. Opler. (1987). "The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia." Schizophr Bull 13(2): 261-76.

20. Kay, S. R. and L. A. Opler (1987). "The positive-negative dimension in schizophrenia: its validity and significance." Psychiatr Dev 5(2): 79-103.

21. Miller, L. J. (1996). "Qualitative changes in hallucinations." Am J Psychiatry 153(2): 265-7.

22. Carter, D. M., A. Mackinnon, S. Howard, T. Zeegers, D. L. Copolov. (1995). "The development and reliability of the Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Schedule (MUPS): an instrument to record auditory hallucinatory experience." Schizophr Res 16(2): 157-65.

23. Appelbaum, P. S., P. C. Robbins, L. H. Roth. (1999). "Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses." *Am J Psychiatry* 156(12): 1938-43.
24. Brett-Jones, J., P. Garety, D. Hemsley. (1987). "Measuring delusional experiences: a method and its application." *Br J Clin Psychol* 26 (Pt 4): 257-65.
25. Eisen, J. L., K. A. Phillips, L. Baer, D.A. Beer, K. D. Atala, S. A. Rasmussen. (1998). "The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity." *Am J Psychiatry* 155(1): 102-8.
26. Garety, P. A. and D. R. Hemsley (1987). "Characteristics of delusional experience." *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 236(5): 294-8.
27. Haddock, G., J. McCarron, N. Tarrier, E. B. Faragher. (1999). "Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS)." *Psychol Med* 29(4): 879-89.
28. Kendler, K. S., W. M. Glazer, H. Morgenstern. (1983). "Dimensions of delusional experience." *Am J Psychiatry* 140(4): 466-9.
29. Peters, E. R., S. A. Joseph, P. A. Garety. (1999). "Measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory)." *Schizophr Bull* 25(3): 553-76.

30. Wessely, S., A. Buchanan, A. Reed, J. Cutting, B. Everitt, P. Garety and P. J. Taylor. (1993). "Acting on delusions. I: Prevalence." *Br J Psychiatry* 163: 69-76.
31. Oulis, P. G., V. G. Mavreas, J. M. Mamounas, C. N. Stefanis. (1996). "Formal clinical characteristics of delusional beliefs." *Psychopathology* 29(4): 201-8.
32. Buchanan, R. W. and W. T. Carpenter (1994). "Domains of psychopathology: an approach to the reduction of heterogeneity in schizophrenia." *J Nerv Ment Dis* 182(4): 193-204.
33. Harrow, M., A. W. MacDonald, 3rd, J. R. Sands, M. L. Silverstein. (1995). "Vulnerability to delusions over time in schizophrenia and affective disorders." *Schizophr Bull* 21(1): 95-109.
34. Chouinard, G. and R. Miller (1999). "A rating scale for psychotic symptoms (RSPS): part II: subscale 2: distraction symptoms (catatonia and passivity experiences subscale 3: delusions and semi-structured interview (SSCI-RSPS)." *Schizophr Res* 38(2-3): 123-50.
35. Jorgensen, P. (1995). "Recovery and insight in schizophrenia." *Acta Psychiatr Scand* 92(6): 436-4
36. Mizrahi, R., M. Kiang, D. C. Mamo, T. Arenovich, R. M. Bagby, R. B. Zipursky, S. Kapur. (2006). "The selective effect of antipsychotics on the

different dimensions of the experience of psychosis in schizophrenia spectrum disorders." *Schizophr Res* 88(1-3): 111-8.

37. León Ortiz P, De la Fuente Camilo Validación en español del Instrumento de las Dimensiones de la Psicosis en pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y esquizoafectivo Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velazco Suarez México DF ,Marzo 2010

38. Angermeyer, M. C. and L. Kuhn (1988). "Gender differences in age at onset of schizophrenia. An overview." *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 237(6): 351-64.

39. Bailer, J., W. Brauer, E. R. Rey. (1996). "Premorbid adjustment as predictor of outcome in schizophrenia: results of a prospective study." *Acta Psychiatr Scand* 93(5): 368-77

40. Frenk-Mora, J. (2005). "Alucinaciones, delirio y paranoia, síntomas de esquizofrenia." Comunicado de Prensa #341 de Secretaria de Salud, Mexico.

41. Fresan, A., C. de la Fuente-Sandoval, F. Juárez, C. Loyzaga, N. Meyenberg, M. García-Anaya, H. Nicolini, R. Apiquian. (2005). "[Sociodemographic features related to violent behavior in schizophrenia]." *Actas Esp Psiquiatr* 33(3): 188-93.

42. Haas, G. L. and J. A. Sweeney (1992). "Premorbid and onset features of first-episode schizophrenia." *Schizophr Bull* 18(3): 373-86.

43. Marwaha, S., S. Johnson, P. Bebbington, M. Stafford, M. C. Angermeyer, T. Brugha, J. M. Azorin, R. Kilian, K. Hansen, M. Toumi (2007). "Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany." *Br J Psychiatry* 191: 30-7.
44. Owen, M. J., N. Craddock, A. Jablensky. (2007). "The genetic deconstruction of psychosis." *Schizophr Bull* 33(4): 905-11.
45. Sheehan, D. V., Y. Lecrubier, K. H. Sheehan, P. Amorim, J. Janavs, E. Weiller, T. Herqueta, R. Baker, G. C. Dunbar. (1998). "The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10." *J Clin Psychiatry* 59 Suppl 20: 22-33;quiz 34-57.
46. Streiner, D. L. (1994). "Figuring out factors: the use and misuse of factor analysis." *Can J Psychiatry* 39(3): 135-40.
47. Vazquez-Barquero, J. L., M. J. Cuesta Núñez, M. De la Varga, S. Herrera Castanedo, L. Gaité, A. Arenal. (1995). "The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings." *Acta Psychiatr Scand* 91(3): 156-62.
48. J. Espina Duque, L. Ochoa, J. García, C. López, J. Calle, L. Carvajal, I. Soto, N. Pineda, C. Duque, A. Miranda, M. Cuartas, J. Gómez, A. Agudelo, G. Montoya, M. López, et al. (2001) "Loci genéticos asociados a el trastorno bipolar" *Revista colombiana de psiquiatría*, Vol.XXX, Numero 003.