



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

*PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,  
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD*

**“RELACIÓN DEL ESTIGMA INTERNALIZADO CON LOS RASGOS  
DE LA PERSONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN  
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA”**

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRIA EN CIENCIAS MÉDICAS**

**PRESENTA:**

**DIANA PATRICIA GUIZAR SANCHEZ**

Tutora: **Dra. Ana Fresán Orellana.**

*PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,  
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD.*

**MÉXICO. Agosto 2014**



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.

# CONTENIDO

<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>8</b>
<b>1.- INTRODUCCIÓN</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Esquizofrenia</b>	<b>10</b>
<b>1.1.1 Epidemiología</b>	<b>11</b>
<b>1.1.2 Diagnóstico</b>	<b>11</b>
<b>1.1.2.1 Criterios diagnósticos</b>	<b>12</b>
<b>1.1.3 Aspectos clínicos</b>	<b>18</b>
<b>1.1.4 Curso y pronóstico</b>	<b>21</b>
<b>1.1.5 Disfunción dentro de la esquizofrenia</b>	<b>22</b>
<b>1.2. Consecuencias De La Esquizofrenia</b>	<b>23</b>
<b>1.2.1 Mortalidad</b>	<b>23</b>
<b>1.2.2 Discapacidad social</b>	<b>23</b>
<b>1.3. Estigma</b>	<b>24</b>
<b>1.3.1 Estigma social</b>	<b>25</b>
<b>1.3.2 Estigma internalizado</b>	<b>27</b>
<b>1.4. Estigma internalizado y esquizofrenia</b>	<b>31</b>
<b>1.5. Personalidad</b>	<b>33</b>
<b>1.5.1 Definición</b>	<b>33</b>
<b>1.5.1 Modelo psicobiológico de la personalidad</b>	<b>35</b>
<b>1.5.3 Rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia</b>	<b>37</b>
<b>1.6. Personalidad y estigma en la esquizofrenia</b>	<b>39</b>
<b>2.- JUSTIFICACIÓN</b>	<b>42</b>
<b>3.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>43</b>
<b>4.- OBJETIVOS</b>	<b>43</b>
<b>4.1 Objetivo General</b>	<b>43</b>
<b>4.2 Objetivos Específicos</b>	<b>44</b>

<b>5.- HIPÓTESIS</b> _____	<b>44</b>
<b>5.1 Hipótesis General</b> .....	<b>44</b>
<b>5.2 Hipótesis Específicas</b> .....	<b>44</b>
<b>6.- MATERIAL Y MÉTODOS</b> _____	<b>44</b>
<b>6.1 Tipo de estudio</b> .....	<b>44</b>
<b>6.2 Población en estudio; selección y tamaño de la muestra</b> .....	<b>46</b>
<b>6.2.1 Tamaño de la muestra para comparar dos medias</b> .....	<b>46</b>
<b>6.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación</b> .....	<b>47</b>
<b>6.3.1 Criterios de Inclusión Pacientes</b> .....	<b>47</b>
<b>6.3.2 Criterios de Exclusión Pacientes</b> .....	<b>47</b>
<b>6.3.3 Criterios de Eliminación</b> .....	<b>47</b>
<b>6.4 Variables y escalas de medición</b> .....	<b>48</b>
<b>6.4.1 Definición conceptual y operacional de las principales variables del estudio</b> .....	<b>48</b>
<b>6.4.2 Variables ordinales</b> .....	<b>48</b>
<b>6.4.2.1 Esquizofrenia</b> .....	<b>48</b>
<b>6.4.2.2 Personalidad</b> .....	<b>49</b>
<b>6.4.2.3 Estigma</b> .....	<b>52</b>
<b>6.4.3 Variables categóricas</b> .....	<b>53</b>
<b>6.4.3.1 Sexo</b> .....	<b>53</b>
<b>6.4.3.2 Profesión</b> .....	<b>53</b>
<b>6.4.4 Variables dimensionales</b> .....	<b>53</b>
<b>6.4.4.1 Edad</b> .....	<b>53</b>
<b>6.4.4.2 Escolaridad</b> .....	<b>53</b>
<b>6.4.5 Instrumentos utilizados</b> .....	<b>54</b>
<b>6.4.5.1 Formato de Datos Clínico Demográficos (FDCD)</b> .....	<b>54</b>
<b>6.4.5.2 Escala de síntomas positivos y negativos (PANSS)</b> .....	<b>56</b>
<b>6.4.5.3 Escala de estigma de King</b> .....	<b>58</b>

6.4.5.4 Inventario de Temperamento y Carácter versión revisada (ITC- R).....	60
7.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO _____	64
8.- FLUJOGRAMA _____	65
9.- CONSIDERACIONES ÉTICAS _____	66
10.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES _____	67
11.- RESULTADOS _____	67
11.1 Características demográficas y clínicas de la muestra.....	67
11.2 Rasgos de la personalidad y estigma internalizado.....	70
11.3 Características demográficas y clínicas de acuerdo al nivel de estigma internalizado.....	72
11.4 Gravedad sintomática y síntomas depresivos entre pacientes con bajo y alto estigma internalizado.....	73
11.5 Características de personalidad entre pacientes con bajo y alto estigma internalizado.....	74
11.6 Asociación lineal entre las subescalas de la Escala de Estigma Internalizado de King y los rasgos de la personalidad.....	75
12.- DISCUSIÓN _____	76
13.- CONCLUSIONES _____	86
14.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	89
15.- ANEXOS. _____	98
15.1 Aprobación comité de ética.....	98

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer con el presente escrito a todos los que contribuyeron con este trabajo de tesis, en primer lugar con una enorme admiración quiero agradecer a la Dra. Ana Fresán, por su gran apoyo, sin el cual seguramente no se habría podido realizar este trabajo, su supervisión constante y todas sus sugerencias, pero más importante, la gran paciencia a lo largo de la realización de este trabajo. Espero algún día llegar a tener aunque sea la mitad de las cualidades humanas y laborales de esta gran tutora.

A mis sinodales, quienes me brindaron su apoyo, orientación y experiencia en este proceso de titulación. Así como a la Dra Blanca Vargas quien fue una guía y apoyo muy importante durante estos años de maestría.

Quiero también agradecer a todos los que colaboraron con la aplicación y recolección de datos en particular en Dr. Ricardo Saracco Álvarez quién a pesar de la distancia no deja de ser un gran maestro para mí. También quiero agradecer a mi madre Gladys Sánchez, a la cual le debo todo, no solo la vida sino las enseñanzas de lucha y pasión por el trabajo, y que me brindó un gran apoyo y cariño en todo momento y a quién dedico esta tesis. A mis hermanas Erika y Claudia Guízar por tener paciencia y darme fortaleza en esta difícil tarea. Le agradezco además a mi amado esposo Fernando Chávez, por sus consejos, orientación y cuidados hacia mí.

“When you make the finding yourself – even if you’re the last person on Earth to see the light – you’ll never forget it.”

Carl Sagan

## RESUMEN

**Introducción.** Las personas que sufren esquizofrenia enfrentan un doble desafío: lidiar con los síntomas y las incapacidades resultantes de la enfermedad, y con los estereotipos y prejuicios generados por conceptos errados sobre la enfermedad y la falta de información (es decir, con el estigma). El estigma internalizado en la esquizofrenia genera aislamiento social, baja autoestima, baja adherencia al tratamiento, mayor comorbilidad (depresión y ansiedad) y mayor institucionalización. Por otro lado, el temperamento y carácter en pacientes con esquizofrenia interactúa tanto con variables psicopatológicas como psicosociales en el curso de la enfermedad. Se desconoce actualmente si factores de temperamento y carácter de los pacientes con esquizofrenia podrían interactuar con el estigma internalizado, generando deterioro en la calidad de vida del paciente pese a un adecuado tratamiento antipsicótico.

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre auto- estigma y las dimensiones de temperamento y carácter en los pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia.

**Metodología :** Se incluyeron un total de 102 pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia a quienes se les evaluó el estigma internalizado mediante la Escala de Estigma de King, las dimensiones de la personalidad con el Inventario de Temperamento y Carácter y la gravedad sintomática con la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS).

**Resultados:** De los 102 pacientes incluidos en el estudio, el 66,7 % (n = 68) eran varones y el 33,3 % (n = 34) eran mujeres con una edad media de 36,7 (DE = 11,0) años (rango 18-64

años). La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados de esquizofrenia paranoide (n = 86, 84.3%). La edad de aparición de la enfermedad se encontraba en 26.2 años (DE = 8.2, rango 14-51 años) y la duración de la psicosis no tratada (DUP) fue de 61 semanas (DE = 47.8, rango 2-200 semanas). Los resultados mostraron una correlación inversa entre la evitación al daño y el estigma internalizado (p= 0.02). y una correlación directa entre la búsqueda de la novedad y el estigma internalizado (p= 0.03). La gravedad de la psicopatología, la edad, duración de la enfermedad, y el número de hospitalizaciones no se asociaron con el estigma internalizado.

**Conclusión:** El hallazgo sugiere que el estigma internalizado se relaciona con las dimensiones de personalidad, con independencia de las características clínicas del padecimiento. Se necesita investigación adicional para poder desarrollar técnicas mediante las que personas con esquizofrenia hacen frente a la estigmatización. En el momento actual, el estigma sigue siendo un impedimento significativo de la funcionalidad de las personas con una enfermedad considerada en la actualidad con pronóstico devastador en la calidad de vida del paciente y su familia.

**Palabras clave:** auto- estigma, la esquizofrenia, temperamento, carácter.

## ABSTRACT

**Introduction.** Individuals with schizophrenia face a double challenge: coping with the symptoms and disabilities resulting from disease, and stereotypes and prejudice generated by misconceptions about the disease and the lack of information (ie, stigma). Internalized stigma in schizophrenia causes social isolation, low self esteem, poor adherence to treatment, greater comorbidity (depression and anxiety) and greater institutionalization. Moreover, the temperament and character in patients with schizophrenia interacts with both psychopathological and psychosocial variables in the course of the disease. It is currently unknown if factors of temperament and character in patients with schizophrenia may interact with internalized stigma, causing deterioration in the quality of life of patients despite adequate antipsychotic treatment.

**Objective:** To assess the associations between self- stigma and temperament and character dimensions in patients with a diagnosis of schizophrenia.

**Methodology:** A total of 102 patients with a diagnosis of schizophrenia were consecutively included in the study. Self – stigma was assessed with the Stigma Scale of King, personality dimensions with Temperament and Character Inventory and psychopathology with Positive and Negative Symptom Scale.

**Results:** Of the 102 patients included in the study, 66.7% (n = 68) were male and 33.3% (n = 34) were women with a mean age of 36.7 (SD = 11.0) years (range 18-64). Most patients were diagnosed with paranoid schizophrenia (n= 86, 84.3%). The age of onset of the disease was at 26.2 years (SD = 8.2, range 14-51 years) and duration of untreated psychosis (DUP) was 61 weeks (SD = 47.8, range 2-200 weeks). The results showed that higher level of harm avoidance correlated with low level of internalized stigma (p=0.02); higher level of novelty seeking correlated with higher level of internalized stigma (p=0.03). Severity of psychopathology, age, length of illness, and number of hospitalizations did not predicted internalized stigma.

**Conclusion:** The finding suggests that internalized stigma is related to personality dimensions, regardless of the clinical features of the disease. Further research is needed to develop techniques by which people with schizophrenia face stigmatization. At present, stigma remains a significant impediment to the functioning of persons with a disease currently considered with devastating prognosis quality of life of patients and their families.

**Key words:** self- stigma, schizophrenia, temperament, character.

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1 Esquizofrenia

Desde hace más de 100 años, Emil Kraepelin describió la “*Dementia precoz*”<sup>1</sup>, y al igual que Bleuler<sup>2</sup>, han observado que los paciente con esquizofrenia se caracterizan por presentar alteraciones en el pensamiento, rareza, extravagancia en la conducta y la progresiva evolución de los síntomas hasta un estado de embotamiento, incoherencia y lentitud psicomotriz.

Se considera uno de los trastornos psiquiátricos más complejos con alteraciones de diversas funciones psíquicas que coexisten de modo alterado. Los síntomas se clasifican principalmente en positivos y negativos. La sintomatología positiva comprende aquellos síntomas que sobrepasan la experiencia cotidiana tales como trastornos formales y de contenido del pensamiento (desorganización del pensamiento), de las funciones del yo (ser controlado), de la percepción (alucinaciones auditivas), delirios, excitación y hostilidad. Por el contrario los síntomas negativos están comprendidos por el déficit en las vivencias cotidianas normales, impulsos disminuidos, pasividad social, falta de espontaneidad, empobrecimiento del lenguaje y aplanamiento emocional<sup>3</sup>. Para el diagnóstico de Esquizofrenia, el manual DSM-IV-TR es un esquema jerárquico que describe las formas clínicas modificadas propuestas por autores previos. Dentro de sus criterios describe las características esenciales de la esquizofrenia (síntomas positivos y negativos) que han persistido durante al menos 6 meses (Criterios A y C), asociados a una marcada disfunción social o laboral (Criterio B). La alteración no es explicable por un trastorno esquizoafectivo

o un trastorno del estado de ánimo y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica (Criterios D y E)<sup>4</sup>.

### **1.1.1 Epidemiología**

Las estimaciones de la prevalencia en muchos estudios extensos han variado desde el 0,2 al 2,0 %. Las tasas de prevalencia son similares en todo el mundo, pero se ha descrito la existencia de bolsas de alta prevalencia en algunas áreas específicas. Teniendo en cuenta todas estas fuentes de información, la prevalencia de la esquizofrenia se estima actualmente entre el 0.5 y el 1 %. Puesto que la esquizofrenia tiende a ser crónica, las tasas de incidencia son considerablemente inferiores a las tasas de prevalencia y se estiman en aproximadamente 1/10.000 al año. La enfermedad se presenta entre los 15 y 35 años <sup>5</sup>.

### **1.1.2 Diagnóstico**

La esquizofrenia es una enfermedad o, más probablemente, un conjunto de enfermedades que generalmente se presentan en sujetos jóvenes y que tienen efectos devastadores en muchos aspectos de la existencia del paciente y conlleva el menoscabo de la vida de la persona <sup>6</sup>.

En ausencia de marcadores biológicos, el diagnóstico de la esquizofrenia se basa sobre la historia del desarrollo de los síntomas y signos, la entrevista clínica y la observación de las conductas del paciente. Ningún síntoma aislado es signos y síntomas peculiares que han estado presentes por un lapso de tiempo determinado asociados a un deterioro del nivel de adaptación a las exigencias del medio.

### 1.1.2.1 Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia

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

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

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

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

**C. Duración:** Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del

Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

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

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

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

*Clasificación del curso longitudinal:*

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

**b. Episódico sin síntomas residuales interepisódicos:** Continuo (existencia de claros

síntomas psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados

**c. Episodio único en remisión parcial:** especificar también si: con síntomas negativos

**d. Otro patrón o no especificado** Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

*Criterios para el diagnóstico de Tipo paranoide de esquizofrenia*

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

**A.** Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

**B.** No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

*Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:*

**.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos**

**.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos**

**.x0 Continuo**

**.x4 Episodio único en remisión parcial**

**.x5 Episodio único en remisión total**

**.x8 Otro patrón o no especificado**

**.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa**

*Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia desorganizada*

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

**A. Predominan:**

1. Lenguaje desorganizado
2. Comportamiento desorganizado
3. Afectividad aplanada o inapropiada

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

*Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:*

**.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos**

**.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos**

**.x0 Continuo**

**.x4 Episodio único en remisión parcial**

**.x5 Episodio único en remisión total**

**.x8 Otro patrón o no especificado**

**.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa**

*Criterios para el diagnóstico esquizofrenia catatónica*

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

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

*Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:*

**.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos**

**.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos**

**.x0 Continuo**

**.x4 Episodio  nico en remisión parcial**

**.x5 Episodio  nico en remisión total**

**.x8 Otro patrón o no especificado**

**.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa**

*Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada*

Un tipo de esquizofrenia en que est n presentes los síntomas del Criterio A, pero que no

cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

*Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:*

**.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos**

**.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos**

**.x0 Continuo**

**.x4 Episodio único en remisión parcial**

**.x5 Episodio único en remisión total**

**.x8 Otro patrón o no especificado**

**.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa**

*Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia residual*

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

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

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

*Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:*

**.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos**

**.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos**

**.x0 Continuo**

**.x4 Episodio único en remisión parcial**

**.x5 Episodio único en remisión total**

**.x8 Otro patrón o no especificado**

**.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa**

### **1.1.3 Aspectos clínicos**

Los síntomas característicos de la esquizofrenia (síntomas del criterio A) involucran múltiples disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad de disfrutar, la voluntad y la motivación, la atención, y la capacidad de enjuiciamiento de la propia situación.

Estos síntomas se asocian con dificultades en el funcionamiento social y laboral. A pesar que existe un marcado deterioro en distintos dominios de funcionamiento (por ejemplo, aprendizaje, auto cuidado, trabajo, relaciones interpersonales, habilidades sociales, etc.), existen grandes variaciones entre los distintos individuos afectados por la enfermedad y, en el mismo individuo, a lo largo del tiempo<sup>7</sup>.

Las manifestaciones propias de la esquizofrenia actualmente son conceptualizadas como pertenecientes a cuatro grandes dimensiones; síntomas positivos (alucinaciones y

delirios), síntomas negativos (alogia, aplanamiento afectivo, abulia, apropositividad), síntomas cognitivos (trastornos del pensamiento, trastornos de la atención), y síntomas afectivos.

Los subtipos de la esquizofrenia son definidos de acuerdo a los síntomas predominantes al momento de la evaluación más reciente, y, por lo tanto pueden cambiar a lo largo del tiempo. De acuerdo con los sistemas clasificatorios más usados, se pueden identificar, a lo menos, 5 subtipos clínicos, con distintas implicancias terapéuticas y pronósticas. No se han identificado hallazgos de laboratorio que sirvan para el diagnóstico de la esquizofrenia.

Sin embargo existen una serie de datos de laboratorio y gabinete consistentemente alterados en relación con sujetos control. Existen hallazgos de alteraciones estructurales, por ejemplo, ensanchamiento del sistema ventricular, aumento de surcos corticales, disminución del tamaño del lóbulo temporal y el hipocampo, etc. Existen también hallazgos de alteraciones funcionales, por ejemplo, una utilización anormal de la glucosa en la corteza prefrontal. Las evaluaciones neuropsicológicas muestran alteraciones en el seguimiento ocular, enlentecimiento de los tiempos de reacción y otros desempeños. A pesar de la consistencia de estos hallazgos su significado es aún incierto y el valor de estos estudios es todavía sólo para investigación<sup>8</sup>.

El diagnóstico diferencial con otros cuadros puede ser difícil, sobre todo en las etapas tempranas de la enfermedad. Los síntomas y signos sugerentes de esquizofrenia pueden estar presentes en un número de trastornos médicos, neurológicos y psiquiátricos.

La posibilidad de una enfermedad neurológica o médica debe ser cuidadosamente estudiada en el primer episodio psicótico, especialmente si ocurre en la infancia o a una edad avanzada, en la presencia de características inusuales, y en cualquier caso en el cual haya un marcado cambio en el patrón sintomático durante el curso de la enfermedad. Existe una alta incidencia de comorbilidad médica y psiquiátrica que puede empeorar el curso y complicar el tratamiento.

Entre los cuadros psiquiátricos más frecuentes se encuentran el abuso y dependencia a alcohol y otras sustancias, los trastornos del ánimo y de ansiedad que, a menudo, requieren un tratamiento específico.

Desde el punto de vista médico general cobran especial importancia las patologías derivadas de las condiciones y estilos de vida de los pacientes (pobreza, institucionalización, etc.), tales como desnutrición, tuberculosis, enfermedades relacionadas con el tabaco, enfermedades de transmisión sexual y otras. Por otra parte, existe un claro descuido respecto de la morbilidad en general, por lo cual patología de relativo fácil tratamiento puede ser diagnosticada en forma tardía y cuando ya presenta complicaciones.

#### 1.1.4 Curso y pronóstico

El modo de inicio puede ser definido como agudo, en el cual un estado psicótico florido se desarrolla en el curso de días o semanas, o insidioso, en el cual hay una transición gradual desde una personalidad premórbida a través de síntomas prodrómicos hacia una enfermedad psicótica manifiesta<sup>9</sup>. Se puede encontrar un deterioro del funcionamiento social e interpersonal, previo al inicio de la enfermedad, hasta en un 50% de los casos.

Existe una diferencia de género en la edad de inicio de la enfermedad. En los hombres existe un pico de incidencia alrededor de los 20 años, mientras que en las mujeres este se produce alrededor de los 25 años. Los sujetos con un inicio más temprano de la enfermedad suelen ser varones, tener una peor adaptación premórbida, menor nivel de estudios, más evidencia de anomalías estructurales cerebrales, signos y síntomas negativos más sobresalientes, más evidencia de deterioro cognoscitivo evaluado neuropsicológicamente y peor evolución. Existe una tendencia a un curso más suave y a un mejor pronóstico en las mujeres.

Los estudios muestran una importante variabilidad en el curso de la esquizofrenia. A pesar de las diferencias metodológicas hay coincidencia en que en porcentajes cercanos al 45% existe una significativa recuperación tras uno o más episodios psicóticos, que aproximadamente un 35% de las personas afectadas presenta una evolución con sucesivos episodios de exacerbación aguda y remisiones parciales de duración variables, que un 20% presenta síntomas que no remiten y presentan un deterioro progresivo, y que la remisión completa (es decir, el retorno total al nivel premórbido) no es habitual<sup>10</sup>.

Por otra parte, existe evidencia que muestra que distintas dimensiones de mejoría como pueden ser el funcionamiento social, los síntomas clínicos y rendimiento cognitivo, se encuentran sólo débilmente relacionados, existiendo gran heterogeneidad en el individuo y permitiendo progresos en un área a pesar de que puede haber un gran deterioro en otra. Sin embargo, la visión más optimista que surge de los estudios más recientes no debe llevarnos a ignorar el hecho de que cerca del 60% de los pacientes esquizofrénicos siguen un curso prolongado.

### **1.1.5 Disfunción dentro de la esquizofrenia**

La esquizofrenia es considerada actualmente una de las diez enfermedades que con más frecuencia llevan a la discapacidad en la vida de adulto temprana. Las consecuencias de la enfermedad no sólo influyen en los procesos cognitivos, sino que afectan toda la vida de la persona quien la padece. El riesgo acumulado para hombre y mujeres es similar, aunque mayor en varones en el grupo de menores de 40 años. En el estudio de la Carga Global de la Enfermedad, la esquizofrenia contribuyó con 1.1% del total de los años de vida ajustados por discapacidad (*AVISAs*, o *DALYs*, *Disability-adjusted life years*) y con 2.8% del total de años vividos con discapacidad (*YLD: Years of lived with disability*).<sup>7, 8,9</sup>. Entre los trastornos psicóticos la esquizofrenia tiene el peor pronóstico pues ocasiona deterioro en casi todas las funciones psicológicas y dificulta la adaptación social, académica y laboral. Su inicio y los cambios que conlleva pueden observarse como un deterioro lento y gradual que en muchas ocasiones comienza como un primer episodio psicótico (PEP)<sup>10</sup>.

## **1.2. Consecuencias De La Esquizofrenia**

### **1.2.1 Mortalidad**

Los índices de mortalidad en la población afectada de esquizofrenia son el doble de la población general. Este fenómeno ha sido asociado al descuido en el cuidado por parte de los propios pacientes y sus familias, a las pobres condiciones de vida, a enfermedades relacionadas con estilos de vida no saludables y a limitaciones en su acceso a los sistemas de salud<sup>11</sup>. Estudios recientes de pacientes viviendo en la comunidad muestran una alta incidencia de mortalidad por suicidio y por accidentes. El suicidio, en particular, es un problema a considerar, pues se estima un riesgo suicida del 10% en este grupo de pacientes, el cual es 12 veces mayor que en la población general.

### **1.2.2 Discapacidad social**

Se considera una discapacidad a cualquier restricción o falta de habilidad para desarrollar una actividad en la manera o dentro del rango considerado normal para un individuo en su propio medio socio cultural. En la esquizofrenia, la discapacidad puede afectar el funcionamiento social en varias áreas, por ejemplo <sup>12</sup>:

- u Autocuidado (higiene, vestuario y alimentación).
- u Rendimiento Ocupacional (trabajo remunerado, estudios, labores domésticas)
- u Funcionamiento en Roles Familiares (disfunción familiar, divorcios, falta de pareja)
- u Funcionamiento en Roles Sociales (participación con otros miembros de la comunidad en actividades de esparcimiento y de otro tipo).

La discapacidad moderada a severa persistente afecta a aproximadamente el 40% de los varones, en contraste con el 25% de las mujeres que sufren la enfermedad<sup>12</sup>. Existe evidencia que el grado de discapacidad social es más relevante como indicador de pronóstico que los síntomas clínicos<sup>12</sup>.

### **1.3 Estigma**

¿Qué es el estigma?, el entender el concepto del estigma es necesario para poder desarrollar un entendimiento de diversas experiencias de exclusión social. La palabra estigma viene del griego *stigma* cuyo significado es mancha. Desde una perspectiva social un estigma se refiere a una condición, rasgo, atributo o comportamiento que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa por lo que se les ve culturalmente inaceptables o inferiores. Aunque los griegos no parecen haber tenido un marcado estigma hacia las enfermedades mentales, si creían que el padecer de una era sinónimo de vergüenza y falta de carácter, creencia aun encontrada en muchas sociedades contemporáneas<sup>13</sup>.

Con esta definición y enfocándola hacia la salud mental, se puede concluir que el estigma es una actitud perjudicial atribuida hacia los pacientes que padecen una enfermedad mental y que puede resultar en prácticas discriminatorias o puede ser usada para reflejar un estrecho proceso social con elementos cognitivos, de estructura, de actitud y de conducta que interaccionan para perpetuar inequidades sociales, trato discriminatorio y desventajas para aquellos que padecen una enfermedad mental.

### ***1.3.1 Estigma social***

Existe un estigma fuertemente asociado al diagnóstico de Esquizofrenia. De este se desprenden numerosas consecuencias adversas: el uso de un lenguaje peyorativo, barreras para encontrar trabajo o vivienda, acceso restringido a servicios sociales, escasas posibilidades de conseguir pareja, aumento de posibilidades de un mal tratamiento e institucionalización<sup>14</sup>.

El estigma se encuentra profundamente enraizado en la sociedad, con grados variables según la cultura en la cual se desenvuelve el individuo. El estigma opera incluso - y eso es más grave- en los servicios de salud; a menudo de una manera sutil con actitudes de rechazo hacia los usuarios y perpetuando prácticas que favorecen la segregación, la dependencia y la falta de poder<sup>15</sup>.

Aunque los trastornos mentales son un problema de salud común, con considerables consecuencias socioeconómicas, físicas y emocionales, se cree que hasta un 70% de los individuos con una enfermedad mental no buscan atención.

Además existe una gran falta de literatura referente a salud mental para el público general. Es por eso frecuente que existen discrepancias entre las posibles etiologías de los trastornos mentales, y la población tenga preferencia por aquellas de origen psicosocial más que las biológicas, así como aunado a una pobre opinión de los tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos, dando preferencia a terapias alternativas e intervenciones de autoayuda<sup>16</sup>.

De acuerdo a Thornicroft, el estigma consiste de 3 problemas relativos:

- a) El problema con el conocimiento (Ignorancia)
  
- b) El problema de la actitud (Prejuicio)
  
- c) El problema del comportamiento (Discriminación)

Dos de los grandes retos que favorecen y perpetúan el estigma hacia la enfermedad mental en muchas sociedades son: el primero considera que el paciente con una enfermedad mental esta bajo el completo control sobre su padecimiento y que el paciente ante la persistencia del mismo, es irresponsable u holgazán<sup>17</sup>. La segunda es la de considerar al paciente mental como impredecible y peligroso, lo que lo ubica como una amenaza a la seguridad social.

Una fuente obvia de estigmatización radica en el “*etiquetar*” los diagnósticos psiquiátricos, y aunque los diagnósticos son útiles para clasificar la información sobre la enfermedad del paciente y facilitar la comunicación entre el personal médico, se vuelve dañino cuando es usado por no-profesionales, quienes no están familiarizados con la definición original del término y lo utilizan de forma errónea y sin finalidad diagnóstica sino estigmatizante<sup>18</sup>.

	<b>Estigma público</b>	<b>Estigma internalizado</b>
<b>Estereotipo</b>	Creencias negativas sobre un grupo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).	Creencias negativas sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).
<b>Prejuicio</b>	Emociones generadas por la conformidad con las creencias (miedo, cólera).	Reacciones emocionales generadas por la conformidad con las creencias (baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza)
<b>Discriminación</b>	Comportamiento en respuesta al prejuicio (rechazo, negativa a emplear o alojar, negativa a ayudar).	Comportamiento en respuesta al prejuicio ( falta de aprovechamiento de oportunidades, de empleo y alojamiento, rechazo a buscar ayuda

### **1.3.2 Estigma internalizado**

El estigma internalizado se refiere a las reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado y vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos<sup>18-19</sup>. Como el estigma público, el estigma internalizado consta de estereotipos, prejuicio y discriminación.

Las personas que vuelven el prejuicio contra sí mismas aprueban el estereotipo: “Es cierto; soy débil e incapaz de cuidar de mí mismo”<sup>19</sup>.

El autoprejuicio conlleva reacciones emocionales negativas, especialmente autoestima y autoeficacia bajas. Lleva además a respuestas de comportamiento; a causa de sus autoprejuicios, las personas con enfermedad mental pueden fracasar en buscar un trabajo o en aprovechar oportunidades para vivir independientemente. Si no consiguen alcanzar esta meta ello no se debe a menudo a su enfermedad mental, sino a su comportamiento de autodiscriminación<sup>19</sup>. El estigma internalizado surge ya que muchas personas con enfermedad mental conocen los estereotipos sobre su grupo, como la creencia de que las personas con enfermedad mental son incompetentes. Pero, como el estigma público, el conocimiento sólo no lleva necesariamente al estigma; las personas son conscientes de los estereotipos pero no los aprueban. Por consiguiente, y afortunadamente, para muchas personas con enfermedad mental, el mero conocimiento de los estereotipos no conduce inevitablemente al estigma internalizado.

La investigación ha demostrado que el estigma internalizado y el fortalecimiento son dos polos opuestos de un continuo: en un extremo se encontrarían las personas en las que influyen con fuerza las expectativas pesimistas sobre la enfermedad mental, lo que lleva a que tengan baja autoestima (los “autoestigmatizados”). En el otro extremo estarían las personas con discapacidad psiquiátrica que, a pesar de ello, tienen una autoestima positiva y no experimentan una carga significativa.

Muchas personas a las que se discrimina y que sufren de estigma público no experimentan estigma internalizado, mientras que otras sí. Los datos son equívocos en este

punto: algunos estudios indican que las personas con enfermedad mental, que son conscientes de los prejuicios existentes contra ellas, muestran una disminución de la autoestima. Por otra parte otros estudios no encuentran que la conciencia de los estereotipos comunes lleve a una disminución de la autoestima en las personas con enfermedad mental. De modo más sorprendente incluso, algunos grupos minoritarios estigmatizados muestran una autoestima más elevada. Este hecho de que algunos reaccionen con indignación justificada al estigma, mientras que a otros les sea indiferente y de que otro grupo se autoestigmatice ha recibido la denominación de paradoja del estigma internalizado y la enfermedad mental<sup>20</sup>.

Las personas que no se identifican con el grupo estigmatizado tienen más posibilidades de permanecer indiferentes al estigma porque no sienten que los prejuicios y la discriminación se refieran realmente a ellos. Sin embargo, los que se identifican con el grupo de los enfermos mentales se aplicarán el estigma a sí mismos. Su reacción se modera en función de la legitimidad percibida. Si consideran que las actitudes estigmatizadoras son legítimas, es más probable que su autoestima y autoeficacia sean bajas. Si, por otra parte, consideran que el estigma público es ilegítimo e injusto, probablemente reaccionarán con indignación justificada. Las personas que están indignadas justificadamente participan activamente a menudo en intentos de fortalecimiento, tomando como objetivo la reivindicación de mejoras asistenciales y la calidad de los servicios. Aunque el modelo de estigma internalizado, que se originó en la investigación de la psicología social sobre otros grupos estigmatizados, es útil para entender las diferentes formas en que las personas reaccionan al estigma.

En el caso especial de la enfermedad mental hay que incluir tres aspectos especiales a tener en cuenta:

1– Se debe distinguir el estigma internalizado que da como resultado una autoestima y una autoeficacia disminuidas, de la disminución de la autoestima durante los síndromes depresivos que son comunes no sólo en los trastornos afectivos.

2– La reacción a las condiciones estigmatizadoras dependen de la conciencia de tener una enfermedad mental (aceptación de un diagnóstico, pronóstico y tratamiento) que puede ser incapacitante; por ejemplo, durante los episodios de un trastorno psicótico.

3– La reacción a un entorno estigmatizador puede depende de la percepción de uno de los mensajes sutilmente estigmatizadores de otras personas. Esta cognición social puede estar deteriorada en enfermedades mentales graves como la esquizofrenia. Relacionado con el fortalecimiento y el estigma internalizado está la cuestión del estigma y la revelación. Revelar la enfermedad mental de uno puede tener tanto beneficios significativos (como por ejemplo el posible aumento del autoestima y disminución del estrés de mantener la enfermedad en secreto), como costes, por ejemplo la desaprobación social. Que las personas decidan o no revelar su condición dependerá del contexto y de su sentido de la identidad. Valorando los costes y beneficios la persona decidirá si revela su condición a su entorno o no.

#### **1.4 Estigma internalizado y esquizofrenia**

El estigma internalizado en la esquizofrenia está asociado con la adherencia al tratamiento psicosocial. Los pacientes con esquizofrenia que concurren a los servicios con el estigma público sobre la enfermedad internalizado, tienen más posibilidades de mostrar una peor adherencia al tratamiento. Una razón sería que esos enfermos preferirían mantener a su enfermedad mental oculta y abandonar la búsqueda y el uso de servicios psiquiátricos con el fin de evitar una mayor discriminación. Las enfermedades mentales son un motivo de consulta frecuente. Según la OMS son el 12 % de todos los grupos de enfermedades. Dentro de las más severas se encuentra la esquizofrenia. Actualmente la medicación antipsicótica reduce los síntomas psicóticos y la tasa de recaídas. Sin embargo la evidencia demuestra que por sí sola no resulta suficiente para mejorar desempeño, promover una vida independiente, reducir la severidad de los síntomas, mejorar el manejo de la enfermedad y elevar la sensación de satisfacción en los pacientes. Con el fin de mejorar los resultados se ha buscado integrar al tratamiento farmacológico la terapia psicosocial, con intervenciones como empleos protegidos, intervención familiar, entrenamiento en habilidades sociales, y terapia cognitiva conductual<sup>20</sup>.

De hecho, los estudios publicados muestran que muchas de las personas con trastorno mental grave, viven las opiniones y sentimientos públicos de manera contradictoria y habitualmente negativa. En primer lugar, porque, a este respecto, muchas de ellas suelen manifestar actitudes similares a las de la población general, asumiendo los estereotipos de la peligrosidad, incapacidad de manejo e incurabilidad, con efectos

añadidos a los de la propia enfermedad. En general, se describe así como la autoestigmatización conduce a una real desmoralización, con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima favoreciendo el aislamiento y dificultando la petición de ayuda (conductas similares a las de otras personas tanto «desacreditadas» como potencialmente «desacreditables» utilizando la terminología de Goffman)<sup>16</sup>. Y ello, además de constituirse en un factor de estrés, que según los modelos de vulnerabilidad, aumenta el riesgo de recaídas e incluso de suicidio.

Pero no en todos los casos las personas afectadas, al igual que en otros tipos de estigma, reaccionan interiorizando las actitudes prevalentes, según el modelo de la autoestigmatización. De hecho desde el análisis psicosociológico y sociológico se refieren también otros dos tipos de respuesta alternativos, uno caracterizado por la indiferencia y otro, que sustenta una interesante línea de investigación, mencionada anteriormente, basado en el empoderamiento. Parecería que la respuesta depende del análisis que la persona afectada hace de la situación, en función de variables personales, pero también del contexto social y especialmente del nivel de apoyo social e institucional y de los grupos de referencia con que cuente. De ahí el papel fundamental de los movimientos asociativos de usuarios y usuarias, así como la colaboración de las y los profesionales para potenciar este aspecto defensivo frente al estigma, que no solo representa una interesante concepción filosófica ligada a los movimientos de rehabilitación psicosocial, sino que tiene consistencia teórica y operativa y sobre el que existe, además, evidencia creciente relativa a su utilidad en el proceso de recuperación<sup>17</sup>. Un aspecto relacionado con estos, que enlaza indirectamente con el debate anteriormente resumido sobre el etiquetado y las estrategias de

«medicalización– normalización», tiene que ver con el reconocimiento público de padecer una enfermedad mental y sus efectos contradictorios: la conciencia de enfermedad favorece la adherencia al tratamiento pero puede implicar un estigma más acentuado.

## **1.5 Personalidad**

### **1.5.1 Definición**

La personalidad se define como la organización dinámica dentro del individuo de los sistemas psicobiológicos que determinan el ajuste único al ambiente<sup>18</sup>.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA)<sup>4</sup> considera los rasgos de personalidad como pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo. Cuando los rasgos son inflexibles y desadaptativos, causan una incapacitación funcional significativa o una perturbación subjetiva, se consideran anormales.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>6</sup> los rasgos de personalidad son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiende a relacionarse consigo mismo y con los demás. Son modalidades estables de respuesta a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Cuando son desviaciones extremas se consideran anormales o patológicos.

Los rasgos de personalidad están presentes en todos los individuos, y es la desviación en el nivel cuantitativo de los mismos lo que caracteriza los rasgos anormales que constituirán los trastornos de personalidad. Spitzer y col. apunta que para que los rasgos de personalidad se consideren anormales deben cumplir las características de ser

“patológicos”, es decir, que se encuentra fuera de los límites de la variación normal, “persistentes”, o sea, que se han presentado con la suficiente frecuencia durante la mayor parte de la vida del sujeto, y “generalizados”, que la característica se manifiesta en los distintos contextos del individuo<sup>19</sup>.

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

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

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

- a) Modelo de Eysenck
- b) Modelo de Gray
- c) Modelo de Zuckerman
- d) Modelo psicobiológico tridimensional de Cloninger
- e) Modelo psicobiológico de Siever y Davis

### **1.5.2 Modelo psicobiológico de la personalidad**

Este modelo de personalidad empezó a desarrollarse a partir de 1986 por Robert C. Cloninger, profesor de la Universidad de Sant Louis (Estados Unidos), y nació con el objetivo de integrar conocimientos provenientes de muy distintos ámbitos, entre los cuales podemos destacar la investigación neurobiológica, los estudios psiquiátricos, los estudios empíricos de distribución de la personalidad normal y la investigación comportamental basada en las teorías del aprendizaje <sup>20</sup>.

El modelo biopsicosocial de personalidad de Cloninger es un modelo que integra conceptos que proceden de la neurobiología y genética de la conducta junto con rasgos derivados del aprendizaje sociocultural <sup>21</sup>. Este modelo constituye uno de los paradigmas dimensionales de personalidad con mayor fundamentación teórica, tanto en la conceptualización de la personalidad normal como en las propuestas para una nueva clasificación nosológica, incluidos los trastornos de personalidad (motivo por el cual será utilizado en la presente investigación). Inicialmente el modelo de personalidad de Cloninger proponía tres dimensiones primarias de la personalidad, todas ellas de Temperamento, que se denominaron y definieron de la siguiente manera<sup>22</sup>:

- Búsqueda de Novedad (BN o NS por Novelty Seeking): Tendencia a responder intensamente a estímulos novedosos o a señales de recompensa. Esta tendencia es la que llevara al sujeto a las conductas exploratorias en persecución de recompensas, o

bien para la evitación, eliminación de situaciones monótonas, aburridas o desagradables, incluso dolorosas.

- Evitación del Daño (HA por Harm Avoidance): Predisposición del individuo a responder de forma intensa a estímulos aversivos, y a desarrollar inhibición aprendida para evitar de forma pasiva el castigo y también lo desconocido.
- Dependencia de la Recompensa (RD por Reward Dependence): Tendencia a responder intensamente a los premios y recompensas, y también a mantener comportamientos que anteriormente estuvieran asociados a recompensas satisfactorias o a evitación de dolor o displacer.

Cloninger<sup>23</sup> propone que la estructura del Temperamento es un sistema complejo, organizado jerárquicamente y que puede descomponerse en subsistemas estables. Filogenéticamente primero apareció un sistema de inhibición conductual (Evitación del Daño) en todos los animales, luego se agregó un sistema de activación (Búsqueda de Novedad) en animales más avanzados y, más tarde, se agregaron subsistemas para el mantenimiento conductual (Dependencia de la Recompensa y Persistencia) en los reptiles y mamíferos.

El Temperamento está compuesto por 4 dimensiones o rasgos, que cumplen las características que hemos expuesto en el punto anterior. Esta estructura y su estabilidad se han replicado en varias culturas diferentes<sup>24</sup>.

Estas 4 Dimensiones son:

- 1.- Búsqueda de Novedad <sup>25</sup>.
- 2.- Evitación del Daño <sup>25</sup>.
- 3.- Dependencia de la Recompensa <sup>25</sup>.
- 4.- Persistencia <sup>25</sup>.

La combinación de las dimensiones temperamentales da lugar a ocho perfiles concretos que definirán la personalidad normal del individuo.

### **1.5.3 Rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia**

El estudio de la relación o influencia de la personalidad en la aparición de la Esquizofrenia se presenta como un tema extraordinariamente complejo al requerir del investigador una previa disección y análisis pormenorizado del concepto y componentes de lo que se ha dado en llamar «personalidad», por un lado, así como un conocimiento objetivo y exento de conjeturas de la naturaleza de la esquizofrenia y de las causas que la originan, por el otro. Hasta el momento estamos, probablemente, aún lejos de alcanzar acuerdos científicos que sean compartidos unánimemente por todos los investigadores con respecto a ambas cuestiones. A las dificultades derivadas de la definición de conceptos, se añaden otras que dificultan notablemente la comprensión de las relaciones específicas entre los constructos de **Personalidad** y **Esquizofrenia**<sup>26</sup>. Ante cualquier patrón de rasgos de personalidad que mostrase alguna relación con la esquizofrenia, se exigiría, cuando menos, la formulación de las siguientes preguntas antes de llegar a alcanzar alguna conclusión válida: ¿Son los rasgos observados en un individuo o en una determinada muestra

precursores etiológicos del trastorno esquizofrénico?; ¿son, tal vez, esos rasgos formas de comienzo del trastorno?; ¿son factores que influyen o modulan las características del trastorno, sin influencia etiológica?; ¿son, finalmente, factores generados por el propio trastorno?. La ausencia de conocimientos definitivos sobre las relaciones entre personalidad y esquizofrenia no debe impedirnos, sin embargo, avanzar en un objetivo que se presenta, a simple vista, razonable, como es el suponer que determinados patrones de conducta, habilidades o rasgo de personalidad, deben influir tanto en la aparición como en la evolución y curso de un trastorno como la esquizofrenia. Por otra parte, la identificación de las características pre-esquizofrénicas de la personalidad podría ser importante, al menos para una triple finalidad investigadora<sup>26</sup>:

1. La posibilidad de establecer que los rasgos premórbidos de la personalidad guardan relación con aspectos esenciales de la psicopatología posterior, logrando así una mejor comprensión de la esquizofrenia.

2. La utilidad de determinar los sujetos de riesgo, en el caso de que dichos rasgos fuesen suficientemente específicos, con el doble interés de la prevención y la investigación.

3. La relevancia de esas características de la personalidad en la búsqueda de las manifestaciones más sutiles del «genotipo esquizofrénico», habida cuenta que se ha propuesto que los rasgos esquizoides o esquizotípicos están presentes tanto en los futuros esquizofrénicos como en algunos de sus familiares no psicóticos<sup>27</sup>.

El estudio de la relación entre rasgos de personalidad y esquizofrenia exige hacer una consideración conceptual de la esquizofrenia y descripción de los aspectos etiológicos

de este trastorno, en primer lugar, para avanzar posteriormente en la comprensión de los factores de riesgo de personalidad<sup>27</sup>.

### **1.6 Personalidad y estigma en la esquizofrenia**

El estigma asociado con la enfermedad mental es universal. Lleva a rechazo, discriminación, angustia, siendo un obstáculo importante para la rehabilitación y la reintegración de las personas con enfermedades mentales.

El estigma puede conducir, a disminución de la satisfacción de vida y autoestima, mayor uso de alcohol, depresión, y suicidio.

No está claro por qué algunas personas con enfermedades mentales siguen siendo relativamente poco afectadas por el estigma, mientras que otros perciben el estigma como más estresante y desmoralizador con consecuencias clínicas a menudo graves. Se sabe muy poco acerca de la vulnerabilidad al estigma y la medida en que el estigma se experimenta. Se ha informado que el temperamento y el carácter de los pacientes con esquizofrenia interactúan con las variables psicosociales y psicopatológicas y se ha relacionado de forma directa con las influencias psicosociales y las estrategias de afrontamiento.

Por lo tanto, las características de personalidad podrían estar asociadas con la resistencia a la estigmatización y el desarrollo del estigma internalizado puede depender del temperamento y carácter de los pacientes. Este problema es escasamente investigado pero puede ser importante para la comprensión de las necesidades de los pacientes.

El modelo biopsicosocial de la personalidad desarrollado por Cloninger es especialmente relevante para los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia; las dimensiones del temperamento, con exclusión de la persistencia, se han asociado con diferentes sistemas de neurotransmisores y variables neurofisiológicas. El modelo se basa en cuatro dimensiones de temperamento y tres de carácter. Los factores de temperamento como la evitación del daño, búsqueda de la novedad, dependencia a la recompensa y la persistencia son considerados como una base biológica y altamente heredable de las diferencias individuales en hábitos y habilidades.

El carácter es una construcción que consiste en el desarrollo de autoconceptos sobre los valores y objetivos que influyen en el significado de lo que se experimenta. Las dimensiones de carácter como autodirección, cooperativismo, y autotranscendencia, en respuesta al aprendizaje y las experiencias de vida pueden influir en la expresión del temperamento. Identificar los valores de vulnerabilidad (capacidad limitada para prevenir, resistir y sobreponerse de un impacto) y resiliencia (capacidad de afrontar la adversidad saliendo fortalecido y alcanzando un estado de excelencia profesional y personal) puede ser importante para luchar contra el estigma.

La evitación del daño es una dimensión que refleja el temperamento de personas ansiosas propensas a reacciones de depresión y ansiedad; puede ser considerada como marcador de vulnerabilidad de una amplia gama de trastornos psiquiátricos. La evitación al daño es alta en personas con esquizofrenia y puede ser considerada como un marcador de

vulnerabilidad de la esquizofrenia. Rüsç et. al<sup>31</sup> llegaron a la conclusión de que cuanto mayor es la evitación al daño, más estresante es la evaluación de la estigmatización. Una persona con esquizofrenia que está muy preocupado por el rechazo es más vulnerable a la percepción de estigma internalizado.

Lysaker et al<sup>32</sup> en su investigación también notó que la experiencia del rechazo social se asoció con dimensiones de la personalidad medida con el neuroticismo y la extraversión; sobre todo de alto neuroticismo (es un rasgo psicológico relativamente estable y que define una parte de la personalidad, el cual conlleva, para quien puntúa alto en este rasgo: inestabilidad e inseguridad emocional, tasas elevadas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, con tendencia a la culpabilidad y generalmente unido a sintomatología psicósomática), que es un rasgo relacionado con evitación al daño. Por lo tanto una alta evitación al daño podría ser un marcador de vulnerabilidad al estigma internalizado.

La Auto-dirección es una de las tres dimensiones del carácter desarrollado con las experiencias de la maduración, el aprendizaje social y la vida de una persona. Refleja una persona organizada que define los objetivos personales y organización interna, así como un mayor nivel de auto-determinación y autonomía. Se ha asociado con un mejor nivel de funcionamiento y calidad de vida en pacientes con esquizofrenia<sup>32</sup> (referencia). Una alta persistencia puede reflejar personas resistente a la estigmatización.

Las diferencias en los perfiles de personalidad se cree que afectan la forma en que las personas son capaces de adaptarse y vivir con una amplia variedad de enfermedades debilitantes.

## **2.- JUSTIFICACIÓN**

La esquizofrenia es una condición crónica que frecuentemente tiene efectos devastadores en muchos aspectos de la vida del paciente y conlleva un alto riesgo de suicidio y el menoscabo de la vida de la persona. Las consecuencias de la enfermedad no son sólo individuales sino que afectan en forma dramática al entorno familiar y social inmediato y generan altos costos económicos para el país.

Los avances científicos de las últimas décadas permiten disponer de recursos terapéuticos efectivos para disminuir los síntomas de la enfermedad y evitar en mayor medida los comportamientos del paciente que interfieren en la convivencia con los demás, favoreciendo significativamente las posibilidades de reinserción social y laboral del paciente, modificando en parte el pronóstico de este trastorno. El desarrollo del concepto de discapacidad de causa psíquica, por su parte, ha permitido dejar de lado el prejuicio existente respecto de la persona con esquizofrenia como alienada y sin contacto alguno con sus afectos y la sociedad que la rodea y destacar que la esquizofrenia es una condición que incapacita de un modo variable algunos aspectos de la vida de la persona y que, por lo tanto, es posible establecer estrategias para superar esas limitaciones.

Las características de personalidad podrían estar asociadas a la resiliencia del estigma y el desarrollo del estigma internalizado puede ser dependiente del temperamento y carácter de los pacientes. Identificar los factores asociados es importante para luchar contra el estigma e implementar herramientas de tratamiento multidisciplinario; de aquí la relevancia de estudiar la relación entre el estigma internalizado y las dimensiones de la personalidad.

La relevancia del estudio a su vez radica en determinar la importancia que tiene la personalidad en aspectos claves relacionados con el padecimiento, es decir, no todo es atribuible a los síntomas y medicamentos, sino que algunos factores propios del individuo pueden influir de forma favorable o desfavorable en la adaptación al padecimiento o la forma en la que este es manejado.

### **3.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la relación entre el estigma internalizado, los rasgos de la personalidad y las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia?

### **4.- OBJETIVOS**

#### **4.1 Objetivo General**

Determinar la relación entre el estigma internalizado y los rasgos de la personalidad en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia

#### **4.2 Objetivos Específicos**

- 1.- Comparar las características demográficas y clínicas entre los pacientes con mayor estigma internalizado y aquellos con menor estigma.
- 2.- Determinar las dimensiones de temperamento que están más asociados con el estigma internalizado.
3. Determinar que dimensiones de carácter están más asociadas con el estigma internalizado.

### **5.- HIPÓTESIS**

#### **5.1 Hipótesis General**

Existirá una relación entre el estigma internalizado y los rasgos de la personalidad en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia

#### **5.2 Hipótesis Específicas**

H1. Los pacientes que muestren un mayor nivel de estigma internalizado presentarán una mayor gravedad de síntomas positivos, un mayor número de hospitalizaciones psiquiátricas y una menor edad de inicio del padecimiento en contraste con los pacientes con menores niveles de estigma internalizado.

H2.- Los pacientes con mayor estigma internalizado mostrarán una mayor evitación al daño y dependencia a la recompensa como dimensiones de temperamento.

H3.- Los pacientes con mayor estigma internalizado mostrarán una menor autotrascendencia y autodirección como dimensiones de carácter.

## **6.- MATERIAL Y MÉTODOS**

### ***6.1 Tipo de estudio***

De acuerdo con los criterios establecidos por Feinstein, los ejes básicos para la arquitectura de una investigación están basados en ideas que tratan de definir el propósito de una investigación, el tipo de agentes usados en el estudio, la distribución de dichos agentes, el número de estados temporales y los componentes de un grupo de datos.

El estudio se catalogó según la clasificación de Alvan Feinstein:

- De acuerdo a su propósito general: Comparativo.
- De acuerdo al tipo de agente: De maniobra.
- De acuerdo a la colocación de los agentes: Descriptivo.
- De acuerdo a su dirección temporal: Transversal.
- De acuerdo a los componentes de los grupos: Homodémico.
- De acuerdo a la recolección de datos: Ambilectivo.



Razón del tamaño de la muestra (grupo2/grupo 1) 1

	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Media</b>	103.3	92.5	10.8
<b>Desviación estándar</b>	18.1	20.6	
<b>Varianza</b>	327.61	424.36	
Tamaño de la muestra del grupo 1		51	
Tamaño de muestra del grupo 2		51	
Tamaño total de la muestra		102	

### **6.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación**

#### **6.3.1 Criterios de Inclusión Pacientes**

1. Diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV.
2. Género masculino o femenino.
3. Edad entre 18 - 60 años.
4. Que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.
5. Pacientes que se encontraban bajo tratamiento en la clínica de esquizofrenia del INPRF y que el cuadro clínico les permitió comprender la naturaleza del estudio y contestar el cuestionario de personalidad. Esto fue corroborado con el médico tratante del paciente
6. Que supieran leer y escribir.

#### **6.3.2 Criterios de Exclusión Pacientes**

1. Cualquier trastorno del Eje I distinto al de esquizofrenia (excepto uso, abuso y dependencia a nicotina y trastorno depresivo mayor).

2. Trastorno mental secundario al abuso de sustancias como diagnóstico primario (excepto uso, abuso y dependencia a nicotina) o enfermedad médica que confunda el diagnóstico de esquizofrenia.
3. Dificultad para comunicarse y cooperar.

### **6.3.3 Criterios de Eliminación**

- 1.- Pacientes que no completaron la evaluación programada para el estudio

## **6.4 Variables y escalas de medición**

### **6.4.1 Definición conceptual y operacional de las principales variables del estudio:**

Nombre	Tipo de Variable	Instrumento utilizado
Esquizofrenia	Categorica	Diagnóstico ausente o presente
Estigma internalizado	Categorica	KING
Rasgos de Personalidad	Categorica	ITC-RM

### **6.4.2 Variables ordinales:**

#### **6.4.2.1 Esquizofrenia**

*Definición conceptual.* La esquizofrenia, es una enfermedad mental multifactorial, únicamente humana, que afecta al 1% de la población, inicia generalmente en la adolescencia tardía, y tiende a evolucionar hacia la cronicidad. En esta enfermedad, los

procesos del pensamiento están muy alterados, las personas presentan entre muchos otros síntomas, alucinaciones auditivas, incapacidad para hacer asociaciones entre ideas y reducción de la expresión emocional, anatómicamente muestran que la formación hipocámpica, amígdala y giro parahipocampal son más pequeños en los esquizofrénicos que en personas sin la enfermedad<sup>3</sup>. Los aspectos clínicos de esta enfermedad incluyen; alucinaciones auditivas, generalmente voces que conversan sobre el paciente, delirios que hacen pensar al paciente con frecuencia de forma paranoica (ejemplo, que hay fuerzas conspirando contra él). Los pacientes pueden tener la conciencia, de que las voces son pensamientos internos y que la ilusión de la conspiración puede no ser cierta, pero estos fenómenos resultan siendo persistentes y complejos<sup>3</sup>. Además de estos síntomas, también muestran incapacidad para poner atención, una pérdida de las sensaciones placenteras, al igual que la pérdida de la voluntad, la desorganización de pensamientos y el habla. Los síntomas varían en intensidad durante el tiempo, teniendo predominancia de alguno, en un momento específico. Las disfunciones cognoscitivas, incluyendo la disminución para poner atención, y las deficiencias de memoria, es un punto de atención, el cual predice las inhabilidades sociales de la persona. El comportamiento violento no es el común denominador de estas personas, pero es probable que los pacientes cometan actos violentos en respuesta a sus alucinaciones o delirios o por la frustración de su interacción social<sup>3</sup>.

*Definición operativa.* Para la obtención del diagnóstico de esquizofrenia se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-IV, siendo definida la variable como la ausencia o presencia del diagnóstico.

#### **6.4.2.2 Personalidad**

*Definición conceptual.* La personalidad es la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determinan el ajuste individual del individuo a su entorno, se encuentra conformada por el temperamento y el carácter. El temperamento se refiere a las respuestas emocionales y automáticas que el individuo presenta ante experiencias externas e internas, es una condición parcialmente hereditaria que se manifiesta desde etapas tempranas del desarrollo y se mantiene estable a lo largo del ciclo vital. El carácter hace referencia a las diferencias individuales, las cuales se desarrollan como el resultado de las interacciones no lineales entre el ambiente familiar y las experiencias de vida del individuo que se encuentran influenciadas por el aprendizaje sociocultural<sup>3,44</sup>.

*Definición operacional.* Para la realización del presente estudio se incluyeron 4 factores del temperamento y tres factores del carácter. El primer factor de temperamento, *búsqueda de la novedad*, determina el inicio o activación de comportamientos, así como también involucra una rápida pérdida del temperamento, y una evitación activa ante la frustración. Los individuos con una elevada búsqueda de la novedad tienden a buscar emociones, a ser impulsivos, extravagantes y desordenados. El segundo factor del temperamento, *evitación al daño*, refleja una tendencia a responder de forma intensa a las señales de un estímulo aversivo, lo que inhibe la actuación e incrementa la evitación al castigo y la novedad. Los individuos con una elevada evitación al daño son tímidos con las personas extrañas, muestran una preocupación pesimista ante la anticipación de futuros problemas, tienden a preocuparse y a mostrarse tensos en situaciones que les son poco familiares, sus conductas son pasivas y evasivas. El tercer factor, *dependencia a la*

*recompensa* refleja la dependencia a la vinculación y aprobación de otras personas y una elevada sensibilidad hacia las señales sociales de recompensa. *Persistencia* que implica una tendencia neurobiológica a mantener conductas en condiciones de extinción. Es decir, la capacidad de un organismo de seguir emitiendo conductas asociadas al esfuerzo a pesar de la desaparición de éste.

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

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

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

- Aceptación incondicional al otro.

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

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

#### **6.4.2.3 Estigma**

*Definición conceptual.* La palabra estigma viene del griego *stigma* cuyo significado es mancha. Se refiere a una condición, rasgo, atributo o comportamiento que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa por lo que se les ve culturalmente inaceptables o inferiores<sup>31</sup>.

*Definición operacional.* Con esta definición y enfocándola hacia la salud mental, se puede concluir que el estigma es una actitud perjudicial atribuida hacia los pacientes que padecen una enfermedad mental y que puede resultar en prácticas discriminatorias o puede ser usada para reflejar un estrecho proceso social con elementos cognitivos, de estructura, de

actitud y de conducta que interaccionan para perpetuar inequidades sociales, trato discriminatorio y desventajas para aquellos que padecen una enfermedad mental.

El estigma de la enfermedad mental se compone de tres aspectos principales: estereotipo, prejuicio y discriminación. La investigación sobre el estigma de las personas con enfermedad mental se diferencia del estigma público en que el estigma internalizado se refiere a la internalización de la estigmatización de las ideas y la reacción de los afectados por un trastorno mental y ha recibido mucha menos atención en la investigación actual. En esencia, el desarrollo del estigma internalizado se relaciona con el proceso por el cual personas con trastornos mentales se estigmatizan.

Mediante la escala primero presencia o ausencia de estigma internalizado y el grado de estigma.

ESTIGMA	COMPONENTE
<b>INTERNALIZADO</b>	<i>Estereotipado:</i> peligrosidad, falta de voluntad e incompetencia. <i>Prejuicio:</i> baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza. <i>Discriminación:</i> falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo y alojamiento, rechazo a buscar ayuda.

### **6.4.3 Variables categóricas:**

#### **6.4.3.1 Sexo**

*Definición conceptual:* Se refiere al género del sujeto ya sea masculino o femenino.

*Definición operacional:* En la escala se define como masculino o femenino.

#### **6.4.3.2 Profesión**

*Definición conceptual:* Definido como el tipo de trabajo que realiza el entrevistado.

*Definición operacional:* Dentro del estudio la profesión es medida en 4 puntos, Desempleado, Hogar, Estudiante, Empleo, Subempleo y Profesionista.

### **6.4.4 Variables dimensionales:**

#### **6.4.4.1 Edad**

*Definición conceptual:* Dígase del tiempo medido en años que ha vivido el entrevistado.

*Definición operacional:* Esta es anotada en la escala por el entrevistado.

#### **6.4.4.2 Escolaridad**

*Definición conceptual:* Es el grado máximo de estudios que el encuestado ha alcanzado siendo Primaria (6 años), Secundaria (3 años), Preparatoria o Bachillerato (3 años), Licenciatura (5 años), y Maestría (2 años).

*Definición operacional:* La escala valora el grado máximo de estudios del encuestado en número de años, utilizando de referencia lo mencionado anteriormente.

### **6.4.5 Instrumentos utilizados**

#### 6.4.5.1 Formato de Datos Clínico Demográficos (FDCD)

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

La sección de "*Datos Generales*" contiene la ficha de identificación del paciente, en donde se incluye la edad del paciente al momento del estudio, el género, su estado civil, la escolaridad del paciente completada en años, su nivel socioeconómico (basado en los parámetros empleados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente) y su ocupación en la actualidad.

En esta sección se encuentra un reactivo correspondiente al "*Familiar de Referencia*", en donde se registran los datos completos de por lo menos uno de los familiares, con el objetivo de poder localizar al paciente en caso de ser necesario.

La sección denominada "*Diagnóstico y Características del Padecimiento*" se compone con algunos datos arrojados de la entrevista diagnóstica basada en los Criterios del DSM IV, tales como el diagnóstico de depresión y trastornos de ansiedad, la cronicidad del padecimiento, y por una serie de preguntas previamente elaboradas con la finalidad de

recabar información de las principales características clínicas del padecimiento como son: la edad de inicio del padecimiento, la edad del paciente en su primera hospitalización psiquiátrica (en caso de haber sido hospitalizado durante el curso del padecimiento), el número total de hospitalizaciones, el período de tiempo total de las hospitalizaciones (registrado en semanas), y la duración de la psicosis no tratada (DPNT), esta última definida como el intervalo de tiempo comprendido entre el inicio de los síntomas psicóticos y el inicio del tratamiento especializado. Esta información se obtuvo mediante una evaluación retrospectiva teniendo como fuentes de información al paciente y sus familiares.

#### **6.4.5.2 Escala de síntomas positivos y negativos (PANSS).**

La Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale), desarrollada por Kay et al<sup>42</sup> en 1987 y adaptada al español por Peralta et al<sup>43</sup> en 1994, es uno de los instrumentos más utilizados para valorar la sintomatología en pacientes con esquizofrenia. Se trata de una escala heteroaplicada que se cumplimenta a partir de una entrevista semiestructurada de unos 45 min de duración. En su versión original, la PANSS está compuesta por 30 ítems agrupados en tres factores: síndrome positivo (compuesto por 7 ítems), síndrome negativo (también formado por 7 ítems) y psicopatología general (compuesto por 16 ítems). Sin embargo, los propios autores de la escala pusieron en duda la utilidad de estos tres factores para recoger de manera adecuada los síntomas valorados por la PANSS, y en un estudio posterior propusieron cuatro factores: síndrome negativo, síndrome positivo, excitabilidad y síntomas depresivos. En 1997, el grupo de estudio de la PANSS realizó un análisis de la estructura factorial de la escala, y concluyó que un modelo de cinco factores era el que mejor representaba las dimensiones de la

PANSS. Este modelo se denominó "modelo pentagonal", y estaba compuesto por los siguientes factores: negativo, positivo, excitación, disforia y preocupaciones autistas.

Sin embargo, las investigaciones posteriores no han podido confirmar que el modelo pentagonal represente de manera adecuada los síntomas característicos de la esquizofrenia. En su lugar, la mayoría de los estudios realizados proponen un modelo diferente del modelo de White et al <sup>44</sup>, pero manteniendo la estructura de cinco factores. Aunque no hay un acuerdo unánime en la bibliografía, el modelo más aceptado está configurado por los siguientes factores: factor negativo, factor positivo, factor excitación (denominado a veces hostilidad), factor ansiedad/depresión (en algunos estudios, malestar emocional) y factor desorganización/cognitivo. Este modelo se ha constatado tanto en pacientes con enfermedad de larga duración como en pacientes en las fases iniciales.

La Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) es uno de los instrumentos más utilizados para valorar la sintomatología de los pacientes con esquizofrenia, consta de 30 reactivos divididos en cinco dominios (positivo, negativo, cognitivo, ansiedad/ depresión y excitación).

La validación en México de la PANSS de cinco factores estuvo compuesta por 150 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, 85.3% (n=128) fueron reclutados de la consulta externa y el 14.7% (n=22) del servicio de hospitalización. Los diagnósticos de la muestra fueron esquizofrenia paranoide (86.0%, n=129), esquizofrenia indiferenciada (9.3%, n= 13)

y esquizofrenia desorganizada (4.7%, n=7). Un total de 62.0% (n=93) de la muestra eran los hombres y el 38% (n=57) eran mujeres. Su media edad fue 29.5 años (18-53 años)<sup>41</sup>

La Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS) se utilizó para la validez concurrente de los síntomas positivos y negativos (correlación de Pearson de 0.81). La Escala de Depresión de Calgary para la esquizofrenia se utilizó para la validez del factor ansiedad/ depresión (correlación de Pearson de 0.45), mientras que el Examen del Estado Mental (MMSE) y la Escala de Agresión Explícita (EAE) se utilizaron respectivamente, para desarrollo cognitivo (correlación de Pearson de 0.47) y los factores de la excitación (correlación de Pearson de 0.42). El análisis forzado de los 5 componentes de la PANSS explicó el 53.4% de la varianza total.

Los datos obtenidos en el estudio apoyan un modelo pentagonal que subyace a la sintomatología esquizofrénica multidimensional, según la evaluación de la PANSS. La estructura de cinco factores de la PANSS en pacientes mexicanos con esquizofrenia permite una mayor aclaración sobre los diversos aspectos clínicos de la esquizofrenia<sup>41</sup>.

La escala fue utilizada para evaluar la gravedad del diagnóstico de esquizofrenia.

#### **6.4.5.3 Escala de estigma de King**

Compuesta por 28 reactivos que se evalúan con una escala tipo Likert de cinco puntos que va de «muy de acuerdo» a «muy en desacuerdo» (0 a 4); para integrar tres

subescalas (discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad mental). La subescala de discriminación contiene reactivos que se refieren a las reacciones negativas de otras personas, incluye actos de discriminación realizados por personal de salud, empresarios y policías. La subescala de divulgación interroga acerca de la vergüenza o el temor a divulgar o manejar la información acerca de la enfermedad para evitar la discriminación. La última subescala, la de aspectos positivos, determina cómo la gente acepta su enfermedad y muestra la forma en que los sujetos se perciben menos afectados por el estigma. A mayor puntaje total más alto es el nivel de estigma internalizado del paciente, pues se invierten las calificaciones de los reactivos que evalúan los aspectos positivos.

La ISS original (en inglés) cuenta con adecuada consistencia interna con puntajes alpha de Cronbach de 0.87 para el total, de 0.87 para la subescala de discriminación, 0.85 en la de divulgación y 0.64 en la de aspectos positivos. Además el análisis factorial confirmó la estructura hipotetizada al arrojar tres factores: el primero (discriminación) explica el 25.4% de la varianza en la puntuación, el segundo (divulgación) un 10.08% y finalmente el tercero, de aspectos positivos, el 7.24%.

Para la validación en México se realizó la traducción-retraducción inglés-español de la ISS por profesionales de la salud mental con dominio de ambas lenguas; cada traductor llevó a cabo su versión para después concluir en una traducción definitiva priorizando la adaptación cultural del constructo a evaluar y tomando en cuenta el nivel de escolaridad promedio en nuestro país. Se entrevistaron a 100 pacientes encontrando que entre los tres

factores agrupados se explica un 42.79% de la varianza, mientras que el primer factor (subescala de discriminación) explica el 25.46%, el segundo factor (subescala de divulgación) el 10.08% y el tercero (subescala de aspectos positivos) un 7.24%. La mayoría de los reactivos se agrupó en la dimensión que le corresponde teóricamente (57.1%). En el factor de discriminación el 69.3% de los reactivos se agruparon de manera apropiada, siendo el 23% para el factor de aspectos positivos y el 7.6% para el de divulgación.

Esta versión se caracterizó por una adecuada consistencia interna, con alphas superiores a 0.60 en todas las subescalas. Además los coeficientes obtenidos en esta muestra fueron similares a los reportados para la versión original en inglés.

Al igual que en esta versión, el coeficiente alpha inferior se registró en la subescala de aspectos positivos, que contiene el menor número de reactivos en relación al resto de subescalas. No obstante, la evaluación unidimensional del constructo resulta altamente confiable, con un coeficiente de 0.87, idéntico al de la versión original en inglés.

En relación a la validez factorial también se obtuvieron resultados similares a los de la escala en su versión original en inglés, dando cabida a tres factores principales que muestran los comportamientos indicadores del constructo

La escala se utilizó para establecer la presencia o ausencia de estigma internalizado así como el grado (mayor o menor) de estigma internalizado

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

El modelo de Cloninger de la personalidad incluye cuatro temperamentos y 3 dimensiones del carácter. Las dimensiones del temperamento son: (1) búsqueda de novedad (NS) se define como la tendencia a responder impulsivamente a los nuevos estímulos para evitar la frustración. Refleja la tendencia a buscar recompensar y escapar del castigo. (2) la evitación del daño (HA) es la tendencia a inhibir las respuestas a estímulos aversivos que lleva a la evitación del castigo y la falta de recompensa. (3) dependencia a la recompensa (DR) es la tendencia de apego a las señales de recompensa que mantienen el comportamiento. (4) La persistencia (PS) es la tendencia a la perseverancia a pesar de la frustración y la fatiga sobre la base de la resistencia a la extinción de comportamiento reforzado.

Las dimensiones de caracteres son las siguientes: (1) Autodirección (SD) se refiere a la capacidad ejecutiva de un individuo para controlar y regular su comportamiento para adaptarse a la situación de conformidad con los objetivos personales. (2) Cooperatividad (CO) es la responsable de las diferencias individuales en la aceptación de otras personas. (3) Auto-trascendencia (ST) es vista como la identificación con todo lo concebido como piezas esenciales y por consiguiente de un sistema unificado.

El Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) fue desarrollado con el propósito de evaluar las 7 dimensiones del modelo psicobiológico de la personalidad. En 1999, lanzó el ITC de Cloninger-Revisado (ITC-R) que se diferencia de la original de la ITC en varios aspectos. En primer lugar, se reemplaza la respuesta de falso – verdadero del original ITC

mediante una escala Likert de 5 puntos que van de 1 (definitivamente falso) para 5 (definitivamente cierto) para mejorar la precisión de la evaluación. En segundo lugar, las dimensiones del temperamento RD y PS se compone ahora de 4 subescalas para mejorar su descripción y evaluación. En el original ITC, la dimensión PS fue medida por una sola escala y RD en 3, porque la PS fue originalmente pensada para ser un componente de RD hasta que fue encontrado que se hereda independientemente. Además, un total de 51 ítems de los 2401 originales del ITC fueron reescritos y 5 ítems de validez se incluyeron en el TCI-R.

A pesar del uso generalizado de la ITC-R en la clínica y entornos no clínicos de todo el mundo, se requiere análisis factorial y validez transcultural. Además, es necesario obtener datos para hombres y mujeres en grupos de edad diferentes, ya que se ha informado que se encuentran diferencias en los rasgos de personalidad de acuerdo a edad y sexo con diferencias de acuerdo a características culturales.

Para la validación en México <sup>40</sup> el reclutamiento se realizó en un muestreo por conveniencia con sujetos de la población general de la Ciudad de México. Se incluyeron un total de 2076 adultos. La muestra estuvo compuesta por 1017 (49%) hombres con una edad media de  $35,8 \pm 11,2$  años y 1.059 mujeres (51%) con una media de edad de  $36,0 \pm 11,1$  años. La edad puede tener un efecto directo sobre las características de la personalidad, la muestra se subdivide en grupos de edad. Como la edad adulta en México se considera desde la edad de 18 a 59 años, las edades se dividieron en 4 grupos (18-25, 26-35, 36-45, y 46-59 años).

Las pruebas t y el análisis univariado seguido de la corrección de Bonferroni se utilizaron para comparar las distribuciones de la puntuación de la ITC-R de los grupos de edad y sexo. Finalmente, la consistencia interna de las dimensiones de orden superior se estimó con el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach.

El análisis factorial de los componentes principales se realizó para determinar la estructura factorial del ITC-R en una muestra de población mexicana.

Según lo recomendado por Cloninger, las dimensiones de temperamento y carácter se analizaron de forma independiente incluyendo los resultados de cada subescala. Se fijaron los valores superiores a 1 como criterio para la extracción de factores, y los ítems se mantienen y asignaban en factores si su resultado era mayor que 0,40.

Se identificaron cuatro factores de las subescalas de temperamento, que representa el 60.54% de la varianza y correspondiente a las dimensiones definidas originalmente. Todas las dimensiones del temperamento mostraron una fuerte consistencia interna.

Para las dimensiones de carácter, 3 factores fueron identificados, representando el 61.92% de la varianza.

La estructura del ITC-R correspondía a la original. La consistencia interna de las dimensiones de orden superior fue buena en todos los grupos de edad, en hombres y mujeres, y en la muestra total ( $\alpha$  de Cronbach mayor a 0.80)<sup>40</sup>.

Mediante esta escala se realizó la evaluación del temperamento y carácter, caracterizando a los pacientes de acuerdo a sus puntuaciones en las diferentes dimensiones.

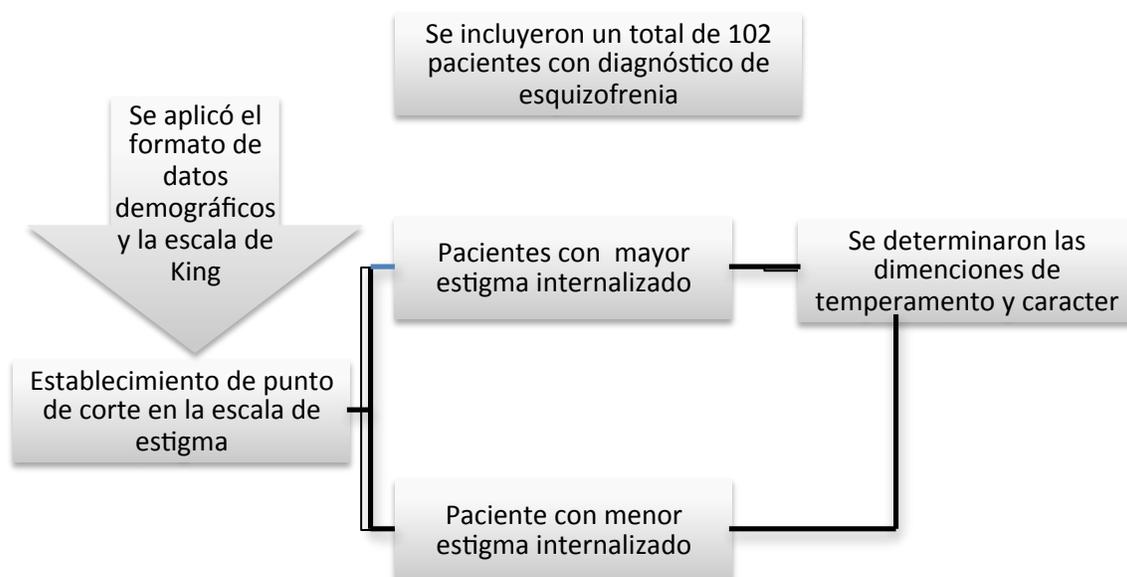
<b>Instrumento</b>	<b>Reactivos</b>	<b>Calificación</b>	<b>Confiabilidad <math>\alpha</math></b>	<b>Validación en México</b>
<b>Escala de Estigma de King</b>	<b>28</b>	<b>0-4</b>	<b>0.87</b>	<b>Flores-Reynoso, et. al (2011)</b>
<b>Inventario de temperamento y carácter (ITC-RM)</b>	<b>240</b>	<b>1-5</b>	<b>0.85</b>	<b>Fresán A, et. al (2011)</b>
<b>Escala de síntomas positivos y negativos (PANSS)</b>	<b>30</b>	<b>1-7</b>	<b>0.81</b>	<b>Fresán A, et. al (2005)</b>

## **7.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. Como pruebas de hipótesis para la comparación de las dimensiones de temperamento y carácter y el estigma internalizado

entre pacientes con esquizofrenia se utilizó la prueba de chi cuadrada ( $\chi^2$ ) para los contrastes categóricos y la t de Student para muestras independientes para los contrastes continuos. El coeficiente de correlación de Pearson se empleó para determinar la asociación lineal entre las dimensiones de temperamento y carácter y las dimensiones del estigma internalizado. El nivel de significancia estadística se fijó en una  $p \leq 0.05$ .

## 8.- FLUJOGRAMA



## 9.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se realizó de acuerdo a los principios generales estipulados en declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial 2008).

A todos los sujetos y familiares se les solicitó consentimiento informado, mismo en el que se brindó la explicación del estudio, ante dos testigos y el médico responsable. El no participar en el proyecto no excluyó al paciente de recibir la atención médica necesaria y si se retiraba del mismo, no afectó esa decisión su tratamiento.

Los datos generados en la investigación fueron utilizados únicamente con fines científicos y no se les dará otro uso, salvo autorización escrita y expresa de los pacientes y de los comités antes mencionados, guardando la absoluta confidencialidad de los pacientes que accedan a participar.

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

Los datos generados en la investigación fueron utilizados únicamente con fines científicos (Diario Oficial de la Federación 1983).

## 10.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	1	1-2	2	2
Elaboración del anteproyecto				
Elaboración del protocolo final y aprobación por los comités de tesis y ética				
Captación de pacientes				
Concentración de datos				
Análisis de resultados				
Elaboración de informe final y entrega de tesis				

1- Primer año de la maestría

2- Segundo año de la maestría

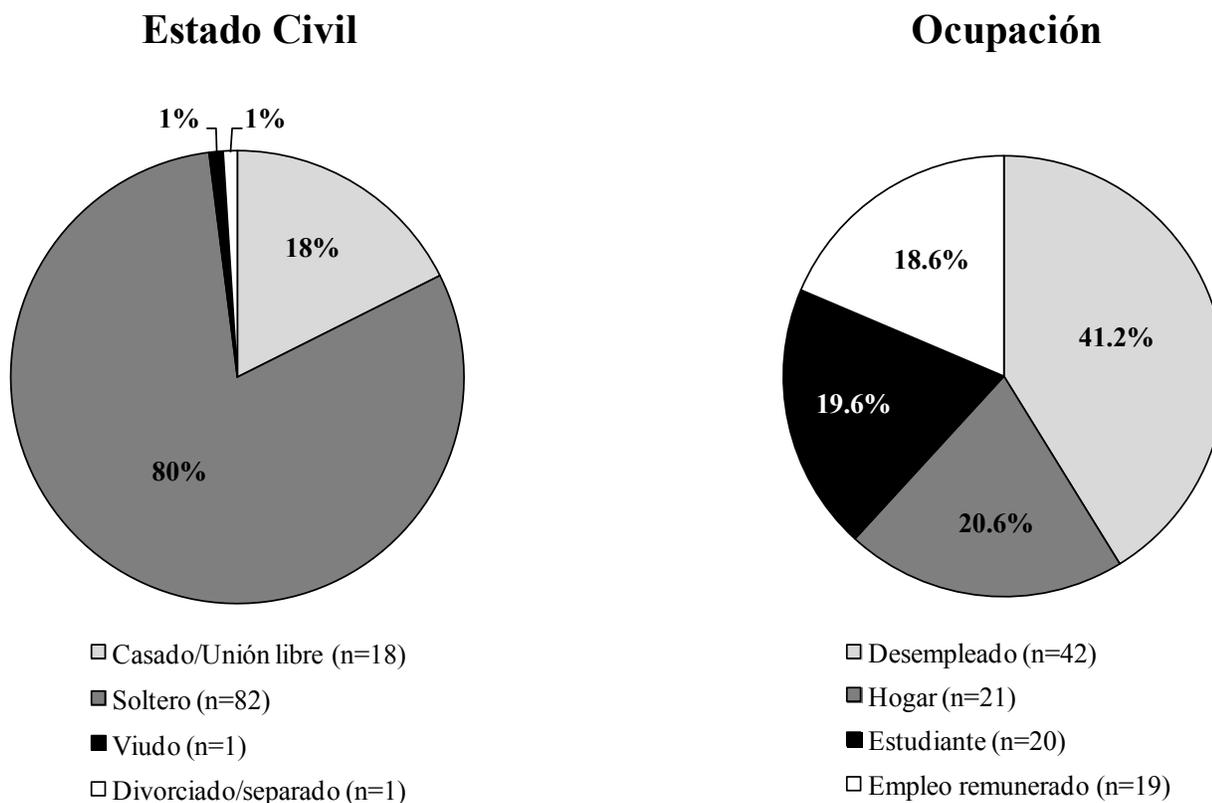
## 11.- RESULTADOS

### 11.1 Características demográficas y clínicas de la muestra

De los 102 pacientes incluidos en el estudio, el 66.7% (n=68) fueron hombres y el 33.3% (n=34) restante, mujeres, con una edad promedio de 36.7 (D.E.=11.0) años (rango 18-64 años). La escolaridad promedio de la muestra fue de 11.5 (D.E.=2.8) años (rango 6-20 años) equivalente al segundo año de bachillerato. En cuanto al estado civil y ocupación

al momento del estudio, más del 80% de los pacientes se encontraban sin pareja (82.4%) y sin actividad económicamente remunerada (81.4%) (Gráfica 1).

**Gráfica 1. Estado civil y ocupación de la muestra.**



En cuanto a las características clínicas, la mayoría de los pacientes tuvieron el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (n=86, 84.3%) seguido de la esquizofrenia indiferenciada (n=11, 10.8%), residual (n=3, 2.9%) y desorganizada (n=2, 2%).

La edad de inicio del padecimiento fue a los 26.2 años (D.E.= 8.2; rango 14-51 años) y la duración de la psicosis no tratada (DPNT) fue de 61 semanas (D.E.=47.8, rango

2-200 semanas), equivalente a poco más de un año. Del total de los pacientes, el 65.6% (n=67) reportó alguna hospitalización psiquiátrica durante la evolución de la enfermedad.

El promedio de hospitalizaciones hasta el momento de la evaluación fue de 1.2 (D.E.=0.49, rango 1-3) con un tiempo promedio de estancia intrahospitalaria total de 5.4 (D.E.=4.1; rango 1-18) semanas.

La gravedad sintomática, evaluada mediante la escala PANSS de 5 factores sitúa a los pacientes en una fase de estabilidad y con síntomas mínimos de depresión evaluados mediante la Escala Calgary de Depresión (Tabla 1).

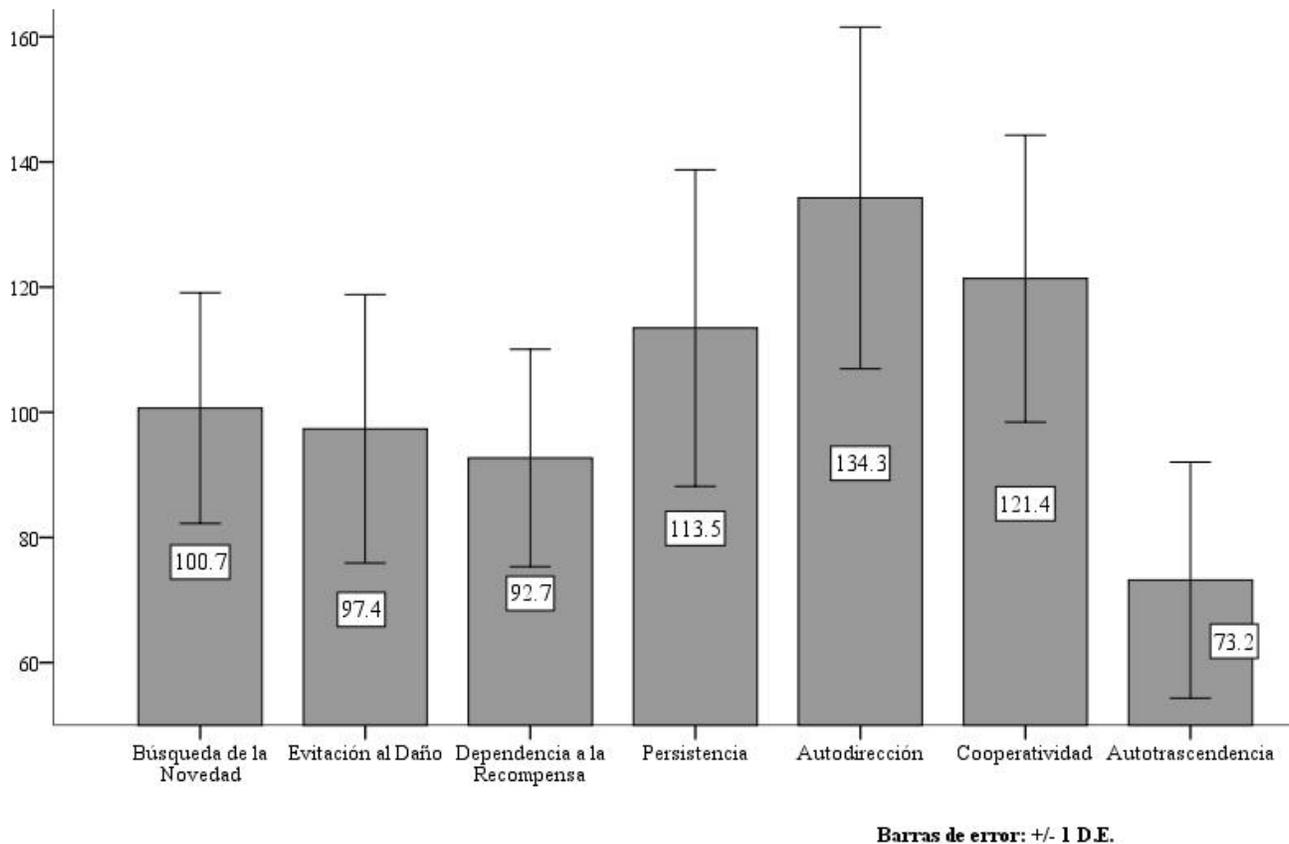
**Tabla 1. Gravedad sintomática de los pacientes incluidos en el estudio**

	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
<b>PANSS</b>		
Subescala Positiva	12.1	2.3
Subescala Negativa	14.3	2.8
Subescala Cognitiva	13.1	2.7
Subescala Excitabilidad	4.6	1.2
Subescala Depresión/Ansiedad	5.3	1.6
Puntuación Total	49.7	6.3
<b>Escala Calgary de Depresión</b>	3.3	1.7

## 11. 2 Rasgos de la personalidad y estigma internalizado

En la Gráfica 2 se muestran las puntuaciones promedio obtenidas por los pacientes en las dimensiones de temperamento y carácter evaluadas mediante el ITC-R.

**Gráfica 2. Dimensiones de temperamento y carácter de los pacientes incluidos en el estudio.**



La puntuación promedio total de la Escala de Estigma Internalizado de King fue de 58.4 (D.E.=12.7) puntos. La puntuación media de la subescala de *Discriminación* fue 28.1 (D.E.=9 puntos), de la subescala *Divulgación* de 17.7 (D.E.=6.0 puntos) y de la subescala de *Aspectos Positivos* de 12.5 (D.E.=3.7 puntos).

Utilizando la media como punto de corte para dividir a la muestra en pacientes con alto y bajo estigma internalizado, el 47.1% (n=48) fue clasificado en el grupo con alto estigma y el 52.9% (n=54) restante, en el grupo de bajo estigma.

### 11.3 Características demográficas y clínicas de acuerdo al nivel de estigma internalizado

En la Tabla 2 se muestran las principales características demográficas y clínicas de los pacientes con bajo y alto estigma internalizado. De forma general, no se observan diferencias entre grupos en ninguna de las variables evaluadas.

**Tabla 2. Características demográficas y clínicas entre pacientes con bajo y alto estigma internalizado.**

	Bajo Estigma n=54		Alto Estigma n=48		Estadística
	n	%	n	%	
<b>Género</b>					
Hombres	33	61.1	35	72.9	$\chi^2=1.59$ , 1 gl, p=0.20
Mujeres	21	38.9	13	27.1	
<b>Estado Civil</b>					
Sin pareja	45	83.3	39	81.2	$\chi^2=0.07$ , 1 gl, p=0.78
Con pareja	9	16.7	9	18.8	
<b>Ocupación</b>					
No remunerada	46	85.2	37	77.1	$\chi^2=1.10$ , 1 gl, p=0.29
Remunerada	8	14.8	11	22.9	
	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	
Edad	36.2	11.3	37.2	10.7	t=-0.43, 100 gl, p=0.66

	Media	D.E.	Media	D.E.	
Escolaridad	11.0	2.5	12.0	3.0	t=-1.65, 100 gl, p=0.10
Edad de inicio	26.0	8.2	26.5	8.2	t=-0.30, 100 gl, p=0.75
Núm. Hospitalizaciones	1.2	0.5	1.2	0.4	t=0.66, 65 gl, p=0.50
Tiempo hospitalización (sem)	6.3	4.5	4.6	3.6	t=1.77, 65 gl, p=0.08
Psicosis no Tratada (sem)	64.7	52.3	57.0	42.4	t=0.80, 100 gl, p=0.42

**11.4 Gravedad sintomática y síntomas depresivos entre pacientes con bajo y alto estigma internalizado**

La gravedad sintomática evaluada con la escala PANSS de cinco factores fue similar entre ambos grupos. No obstante, los pacientes con bajo estigma internalizado reportaron mayores síntomas depresivos en contraste con lo reportado por los pacientes con alto estigma internalizado (Tabla 3).

**Tabla 3. Gravedad sintomática y depresión de acuerdo al nivel de estigma internalizado de los pacientes**

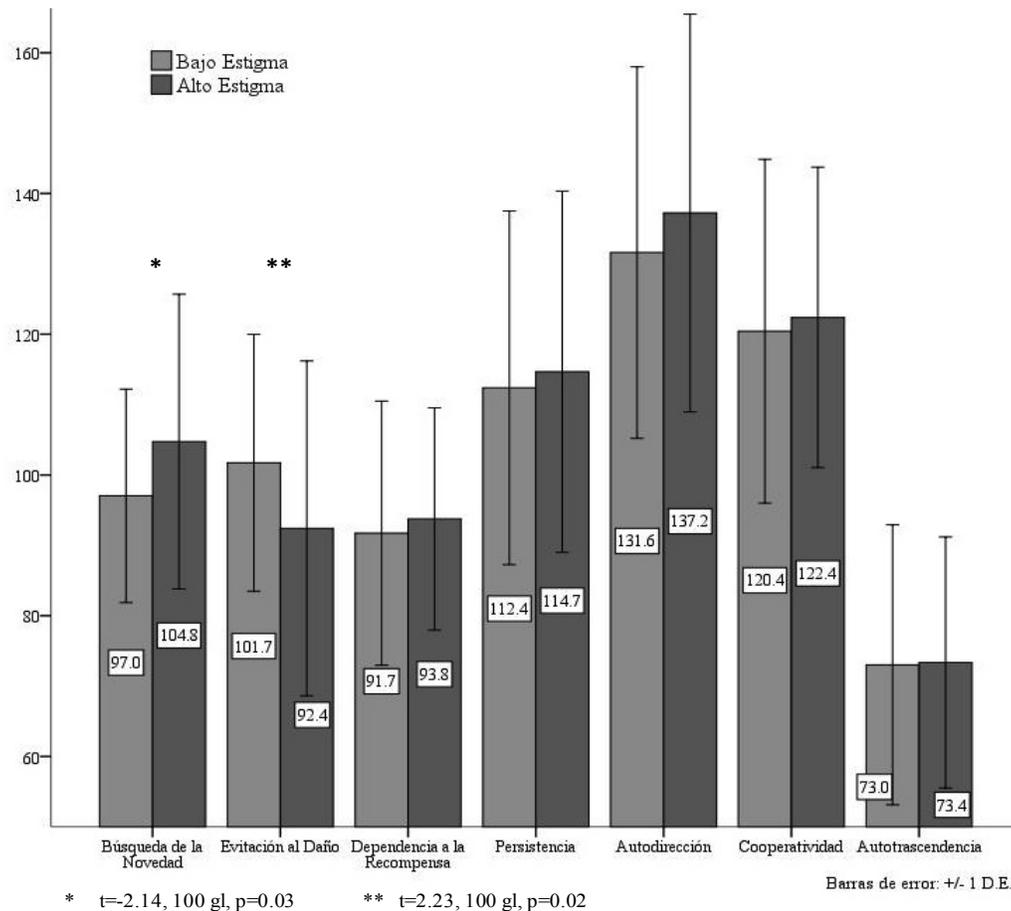
	Bajo Estigma		Alto Estigma		Estadística
	n=54		n=48		
	Media	D.E.	Media	D.E.	
PANSS Positiva	12.1	2.4	12.1	2.2	t=-0.04, 100 gl, p=0.96
PANSS Negativa	14.2	2.8	14.4	2.9	t=-0.38, 100 gl, p=0.70
PANSS Cognitiva	12.9	2.8	13.4	2.6	t=-1.04, 100 gl, p=0.29
PANSS Excitabilidad	4.7	1.5	4.4	0.8	t=1.34, 100 gl, p=0.18

	<b>Bajo Estigma</b>	<b>Alto Estigma</b>	<b>Estadística</b>
	<b>n=54</b>	<b>n=48</b>	
	<b>Media D.E.</b>	<b>Media D.E.</b>	
PANSS Depresión/Ansiedad	5.3 1.5	5.4 1.7	t=-0.43, 100 gl, p=0.66
PANSS Puntuación Total	49.4 6.7	50.0 5.9	t=-0.48, 100 gl, p=0.62
Escala Calgary de Depresión	3.7 1.5	3.0 1.8	t=1.94, 100 gl, p=0.05

### 11.5 Características de personalidad entre pacientes con bajo y alto estigma internalizado

No se observaron diferencias entre grupos en las dimensiones de temperamento Dependencia a la Recompensa y Persistencia. No obstante, los pacientes con un alto estigma internalizado tuvieron mayores puntuaciones en la dimensión de temperamento *Búsqueda de la Novedad* y menores puntuaciones en la *Evitación al Daño* en contraste con lo observado en los pacientes con bajo estigma internalizado (Gráfica 3). No hubo diferencias entre grupos en las dimensiones de carácter *Autodirección*, *Cooperatividad* y *Autotrascendencia*.

### **Gráfica 3. Temperamento y carácter entre pacientes con bajo y alto estigma internalizado**

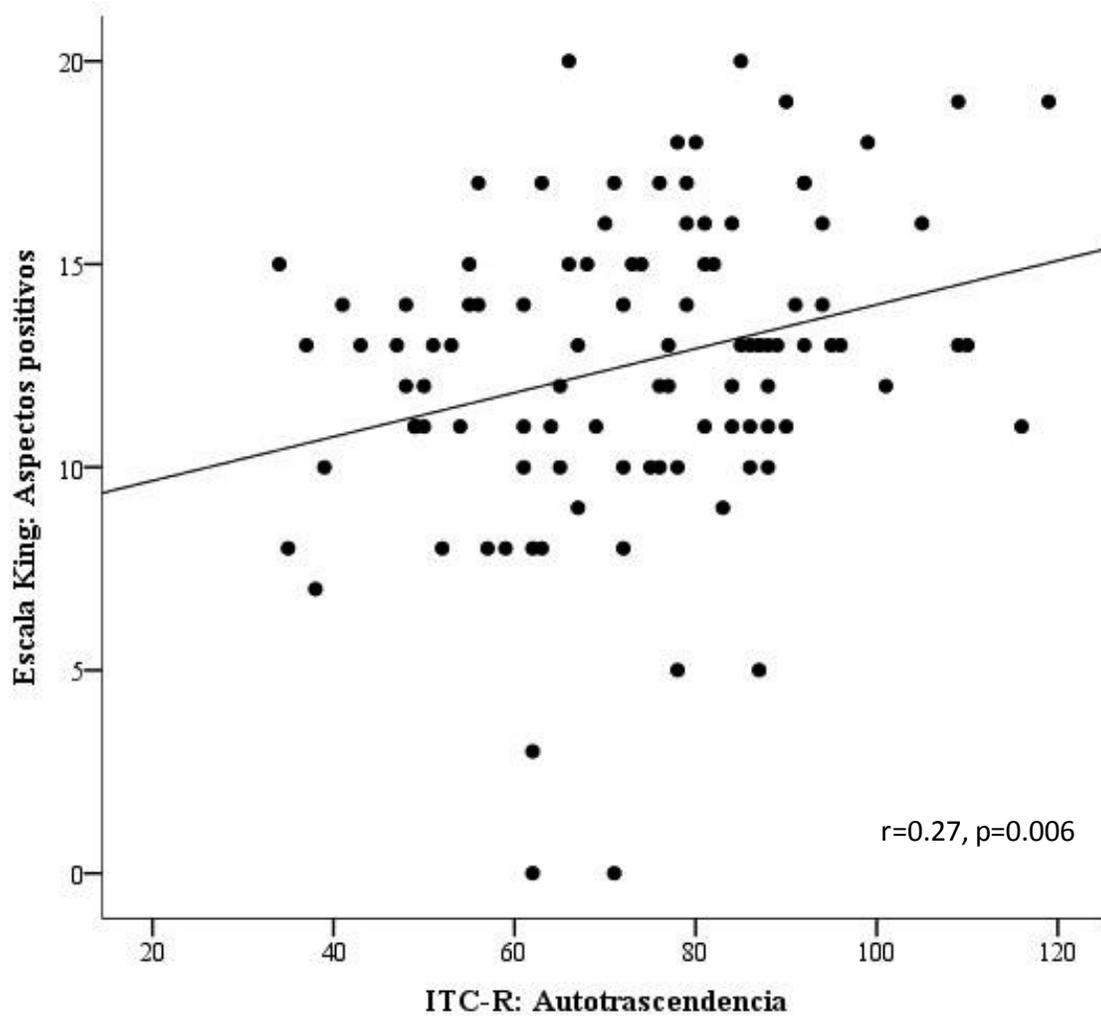


### **11.6 Asociación lineal entre las subescalas de la Escala de Estigma Internalizado de King y los rasgos de la personalidad**

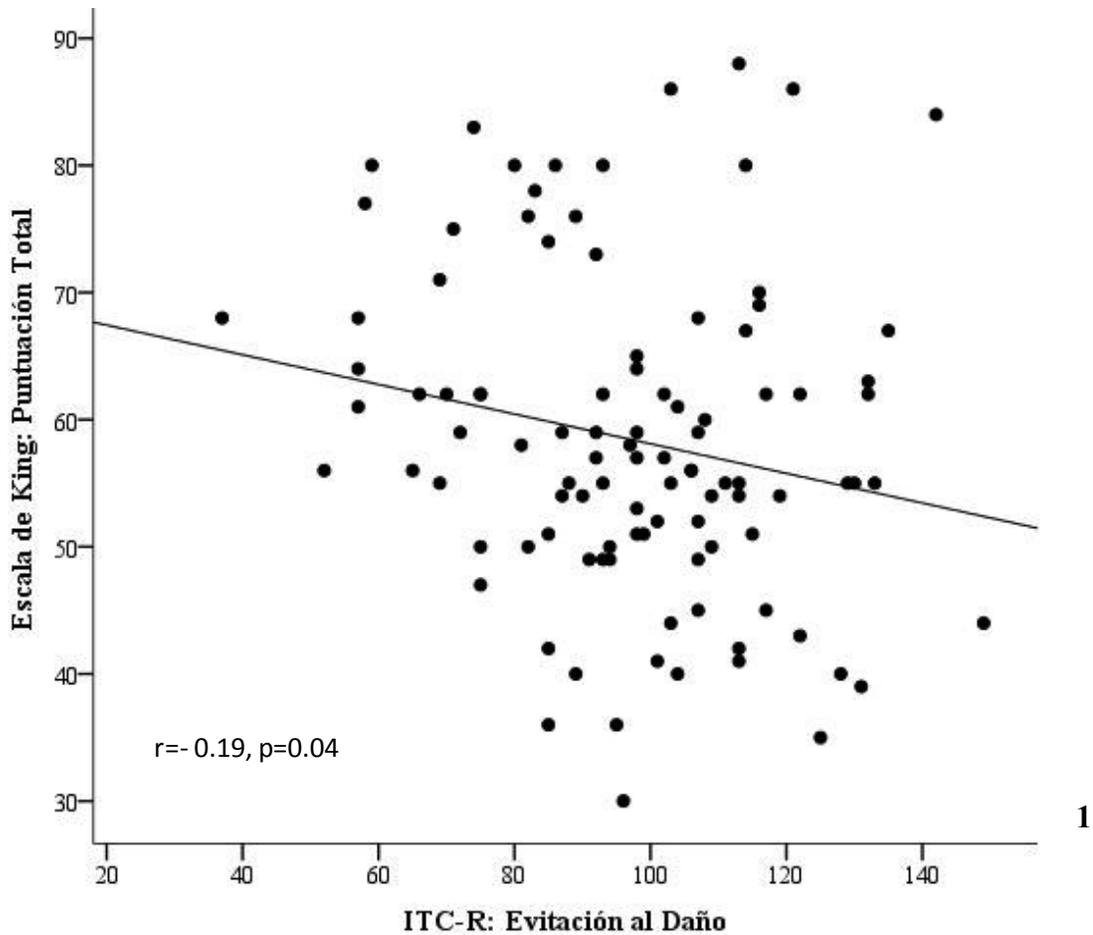
Las subescalas de *Discriminación* y *Divulgación* no mostraron asociaciones con ninguna de las dimensiones del temperamento y carácter. Se observó una asociación lineal directa entre la subescala de *Aspectos Positivos* y la dimensión de carácter *Autotrascendencia* (Gráfica 4). Por otro lado, la puntuación total de la Escala de Estigma

mostró una asociación inversa con la dimensión de temperamento Evitación al Daño (Gráfica 5).

**Gráfica 4. Subescala de Aspectos Positivos y Autotrascendencia.**



**Gráfica 5. Puntuación global de la Escala de Estigma y Evitación al Daño**



## 12.- DISCUSIÓN

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que implica la psicosis crónica o recurrente. Se asocia comúnmente con deficiencias en el funcionamiento social y ocupacional<sup>44</sup>. Es uno de los trastornos médicos más discapacitantes y económicamente catastróficos, clasificados por la Organización Mundial de la Salud como una de las diez

principales enfermedades que contribuyen al gasto mundial por enfermedad<sup>45</sup>. Su prevalencia se aproxima al uno por ciento a nivel internacional. La incidencia es de aproximadamente 1.5 por cada 10.000 personas<sup>46-47</sup>. Los medicamentos antipsicóticos son el tratamiento de primera línea para la esquizofrenia en conjunto con las intervenciones psicosociales basadas en la evidencia. Sin embargo, pese a la mejoría en la sintomatología psicótica no se logra una total reinserción social, laboral y familiar del individuo con este diagnóstico.

Actualmente al hablar de esquizofrenia nos encontramos con una de las condiciones más estigmatizadas; ya que no solo se considera desacreditante para la sociedad (estigma social), sino también indigna para el individuo que la padece, el cual, introyecta dicho estigma social y actúa acorde al mismo (estigma internalizado).<sup>48</sup>

Es de relevancia conocer la percepción que tiene el paciente sobre la enfermedad mental para mejorar su rehabilitación y pronóstico; ante esta situación, en los últimos años se han realizado algunas estrategias para combatir el estigma, siendo una de las principales la realizada por la Asociación Mundial de Psiquiatría en contra del estigma y la discriminación de pacientes con esquizofrenia, mediante la psicoeducación hacia la población y el incremento del contacto con dichos pacientes. En nuestro país no solo es necesario la implementación de estrategias eficaces para disminuir tanto los estereotipos como los prejuicios en contra de los pacientes psiquiátricos, sino también para romper los miedos y mitos que el paciente pueda llegar a presentar hacia sí mismo.

El estigma internalizado no solo afecta el estado social del individuo, sino también su salud física y psicológica, teniendo múltiples consecuencias. Encontrando en los pacientes psiquiátricos baja autoestima, aumento de síntomas depresivos, menor integración con la comunidad y una pobre red de apoyo. Factores que de forma individual y en conjunto merman la evolución y el pronóstico del paciente.<sup>49</sup>

Debido al estigma internalizado, el individuo no busca atención de manera oportuna, esconde su condición, no continua con sus consultas de seguimiento, presenta pobre apego terapéutico e incrementa las complicaciones del cuadro psiquiátrico; y por lo tanto llega a disminuir su adaptación, dificultando a su vez su rehabilitación psicosocial. Actualmente, la mayor parte de los estudios que se realizan sobre el estigma en los pacientes psiquiátricos, se enfocan en el estigma social dejando a un lado al estigma internalizado. Este es el primer estudio en México cuyo objetivo fue medir el estigma internalizado y determinar su relación con el temperamento y carácter en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Las diferencias de género en la expresión clínica de la enfermedad y de sus consecuencias han sido largamente reconocidas, sin embargo, se pensaba que el riesgo de desarrollar esquizofrenia alguna vez en la vida era similar para hombres y mujeres. Dos metaanálisis realizados recientemente mostraron que los hombres tienen un riesgo mayor que las mujeres de desarrollar esquizofrenia alguna vez en la vida, con un riesgo relativo hombre- mujer de 1.4 (resultado similar al observado en la presente investigación), este riesgo relativo aumenta en la medida que se utilizan criterios diagnósticos más estrictos<sup>50</sup>.

Dicha relación se explica por la interacción entre hormonas sexuales, diferencias en el neurodesarrollo y diferencias psicosociales.

En relación al resto de las variables socio-demográficas analizadas, la mayor parte de la muestra correspondió a pacientes solteros y adultos jóvenes lo que concuerda con reportes previos<sup>51</sup>. La mediana de años de educación observada en nuestro estudio (11.5 años) es ligeramente menor a lo que muestran estudios previos (12 años o menos)<sup>52</sup>. Asimismo, nuestra población estuvo conformada fundamentalmente de personas que no trabajaban activamente al momento de la hospitalización lo que ha sido ampliamente señalado con anterioridad. Estos resultados pueden relacionarse al estrato económico al que nuestra muestra pertenece (estrato económico medio- bajo), el que se asocia a frecuentes infecciones durante el embarazo y la infancia, menos años de estudio y menores oportunidades laborales.

Luengo<sup>53</sup> y Contreras<sup>54</sup> reportaron que la esquizofrenia se manifiesta entre los 20 y 39 años. La edad de aparición registrada para los hombres está entre los 15 y 25 años y para las mujeres de los 25 a los 30 años, rango en el que la población estudiada desarrolló su primer episodio psicótico, con un promedio de 26.25 años. En nuestros pacientes, el subtipo de esquizofrenia de mayor prevalencia fue paranoide, lo que, está de acuerdo con Contreras et.al<sup>54</sup>; Luengo<sup>53</sup> y Chinchilla<sup>55</sup> reportaron que la esquizofrenia del subtipo paranoide es el subtipo más prevalente (en la reciente clasificación de la APA de mayo del 2013 ya no se realiza dicha división por subtipos); dicho subtipo es el que produce menor deterioro funcional por ser la más productiva desde el punto de vista cognitivo y en la que menos se

altera la capacidad volitiva; por todo ello se le considera como el subtipo de mejor pronóstico, lo que explicaría la menor gravedad sintomática de la muestra.

Nuestros resultados indican que los pacientes con esquizofrenia presentan rasgos del temperamento y carácter importantes a considerar. Eklund et. al<sup>30</sup> reportaron que los pacientes con esquizofrenia mostraron HA significativamente mayor y menor NS, PS, SD y CO, lo que es congruente con el presente estudio.

La literatura previa que sugiere que un alto porcentaje de personas con un trastorno mental grave presenta un alto estigma internalizado<sup>50-51</sup>, sin embargo, no es valorable en el presente estudio debido a que se utilizó un punto de corte a partir de la media de los resultados de la escala, dentro de dicho punto de corte, el 47.1% de los pacientes presentaba un elevado estigma internalizado.

Existe evidencia que los individuos entre 35-54 años presentan mayor estigma internalizado que los individuos más jóvenes y los adultos mayores<sup>53</sup>; sin embargo, este resultado no fue evaluado en el presente estudio probablemente porque se ha documentado que la percepción del estigma reduce el uso de los servicios de salud mental<sup>59</sup> y el presente estudio fue realizado en un centro de referencia de tercer nivel de atención especializado en salud mental.

El trabajo de Ertugrul y Ulug<sup>59</sup> analizó la conexión entre estigma y diversas variables de interés. En este caso se analizó el estigma percibido y su posible relación con

la sintomatología y otras características clínicas en personas que padecían esquizofrenia. No se hallaron diferencias en la edad de inicio ni en la duración de la enfermedad entre el grupo de participantes que percibía estigmatización y el grupo de personas que no mostraban estigma percibido. Pero los síntomas y el nivel de discapacidad sí eran mayores en el grupo que percibía estigmatización.

La población mexicana tiende a sobreproteger emocional y económicamente al paciente psiquiátrico evitando su reinserción laboral y contacto social por lo tanto reduciendo su visión subjetiva en cuanto a cómo es percibido por los otros, y sobre si su enfermedad influirá directamente en su integración a la comunidad a todos los niveles: vivienda, relaciones sociales, trabajo, etc. Lo que nos permite entender porque las variables demográficas y clínicas estudiadas no se relacionaron con el estigma internalizado.

Cabe destacar dos estudios que han analizado la relación entre estigmatización y depresión en personas con diagnóstico de esquizofrenia. El estudio longitudinal de Link et al.<sup>60</sup> examinó los posibles efectos del estigma sobre la autoestima y la depresión; halló que tanto el estigma percibido como la estrategia de aislarse para evitar el rechazo social predecían una menor autoestima y mayor depresión. Sin embargo, la relación contraria no era significativa: la puntuación en autoestima no predecía el nivel de estigmatización. Por su parte, el estudio de Ritsher y Phelan<sup>61</sup> analizó si diferentes facetas del estigma predecían una baja autoestima y síntomas depresivos en personas con un trastorno mental grave. Los resultados mostraron que el estigma internalizado predecía los síntomas depresivos así como la autoestima. En contraste, ni las experiencias de discriminación ni el estigma

percibido eran predictores significativos de depresión o autoestima. En el paciente con síntomas depresivos se generan cambios en la percepción de sí mismos, deterioro de la calidad de la interacción social y se reduce el tamaño y accesibilidad a la red social. Se generan conductas de evitación, se reducen las oportunidades de contacto social y se reduce su iniciativa para generar interacciones y su capacidad de generar comportamientos de reciprocidad. Lo que explicaría una menor puntuación de estigma internalizado en pacientes con mayor puntuación de síntomas depresivos.

Wright et al.<sup>62</sup>, analizó las experiencias de rechazo social y los cambios en la autoestima entre personas que abandonaban un hospital psiquiátrico de larga estancia. Se tomaron dos medidas de seguimiento, 12 y 24 meses después del cierre del hospital. Los resultados indicaron que aquellas personas que mostraban una mayor preocupación ante el rechazo social en la línea base, tenían más probabilidad de experimentar rechazo durante el período de seguimiento. Otro de los hallazgos más relevantes del estudio fue que el hecho de experimentar rechazo social reducía el sentido de dominio personal y esto, a su vez, incrementaba los sentimientos de auto-desprecio. Además, aunque el hecho de pasar a los servicios de cuidado comunitario tendía a promover mayores sentimientos de dominio personal que volver a entrar en un hospital psiquiátrico, también generaba más experiencias de rechazo social.

En el presente estudio, aquellos pacientes con mayor número de semanas de hospitalización presentan un menor estigma internalizado tal vez explicado por el hecho de que dichos pacientes tienen un programa de psicoeducación durante su estancia

intrahospitalaria de mayor duración, así como el trato con personal sanitario sensibilizado en los trastornos psiquiátricos crónicos como la esquizofrenia, creando un ambiente intrahospitalario de aceptación y no discriminación, aumentando el dominio personal y disminuyendo los sentimientos de autodesprecio. Parece que los individuos que hacen uso de la red de recursos de salud mental poseen (dentro de mencionados recursos) un universo relacional más amplio que los individuos que no están inmersos en esta red; en este sentido, pueden sentir son parte diferenciada de la masa anónima de la sociedad. Así como lo indica Raybeck<sup>63</sup> los recursos de salud mental parece que funcionan como una sociedad pequeña, convirtiéndose en un subsistema que se muestra más tolerante a las diferentes formas de comportamiento sintomático que pueden presentar los sujetos. Parece que amplían su red, potencian sus capacidades, vivencian un sentimiento de pertenencia, una fuente de retroalimentación y reconocimiento social. Tales interacciones vehiculizan la posibilidad de que cada persona refleje y mantenga una imagen de sí misma, relacionada con los roles que cada quien desempeña o asume en esa relación. Sin embargo, por dado que se trata de una tendencia será necesario en futuras investigaciones ampliar la muestra, así como evaluar de forma directa los aspectos que influyen en dicha asociación.

La evitación del daño es una dimensión del temperamento en donde las características que refleja son personas ansiosas propensas a la depresión y a las reacciones de ansiedad, se ha llegado a considerar un marcador de vulnerabilidad a una amplia gama de trastornos psiquiátricos, entre ellos, la esquizofrenia<sup>48</sup>. Rüsç et. al<sup>63</sup> y Lysaker et al<sup>64</sup> concluyeron que cuanto mayor es la sensibilidad al rechazo mayor es la evaluación del estigma, es decir, una persona con esquizofrenia que está muy preocupado por el rechazo es

más vulnerable a la percepción del estigma internalizado. Sin embargo, en nuestro estudio se observó una correlación negativa entre el grado de estigma internalizado y la evitación al daño, así como una correlación directa entre el estigma internalizado y la búsqueda de la novedad, lo que se puede deber al hecho de que los pacientes con mayor evitación al daño, evitan el contacto social, laboral y escolar; por lo que se enfrentan en menor medida al estigma social y por lo tanto presentan un menor estigma internalizado que aquellos pacientes que continuamente se están exponiendo a situaciones sociales, laborales o académicas, teniendo que enfrentar actitudes estigmatizantes de la sociedad hacia su enfermedad comenzando a interiorizar estas creencias estigmatizantes y erosionar las creencias positivas sostenidas con anterioridad acerca de sí mismos. Durante este proceso, se pierde a menudo la identidad anterior (por ejemplo, como estudiante, trabajador, padre), mientras que la identidad estigmatizada de la enfermedad llega a ser la dominante<sup>54</sup>; lo cual, podría ir en correlación con lo reportado sobre mayor estigma internalizado en paciente con un rango de edad entre 35 a 54 años, la cual, es una edad productiva a nivel laboral y por lo tanto de mayor exposición a estigma social.

La pérdida de roles sociales influye negativamente en aspectos como encontrar un empleo, relaciones sociales y sentimentales. Estos datos coinciden con los factores que destaca Thornicroft<sup>65</sup> en un estudio internacional realizado en 27 países, ya que los investigadores identifican que en la mayoría de los casos la discriminación hacia las personas con esquizofrenia se da en tres áreas: problemas para hacer amigos, trabajo y una discriminación negativa general. Novak et al <sup>66</sup> sugiere que el trabajo es uno de los aspectos por los que se discriminan más a las personas con esquizofrenia. Además, diferentes

estudios comentan que las consecuencias de estos prejuicios negativos y la auto-discriminación en la búsqueda de empleo y en las relaciones sociales pueden favorecer la no consecución de objetivos y un empeoramiento de su adaptación psicosocial, con la consecuente depresión, ansiedad y aislamiento<sup>67</sup>.

Finalmente, en términos del carácter se observa que a mayor autotrascendencia (característica compleja de nuestra personalidad que nos hace sentir como una parte integral del universo y que sirve para medir el comportamiento espiritual de cada individuo) existe menor aceptación de la enfermedad y mayor afectación de la misma; sabemos que México es un país en donde las creencias religiosas y culturales tienen un impacto directo en las actitudes y creencias propias del individuo. Así, la asociación observada entre la autotrascendencia y la aceptación de la enfermedad se encuentre influenciada por el origen/castigo divino que se le otorga al padecimiento, rechazando las explicaciones biopsicosociales de la enfermedad

Es importante tomar en cuenta que el ITC-R requiere entender claramente las preguntas; muchas personas con diagnóstico de esquizofrenia no cumplen dicho requisito, debido al deterioro cognitivo conferido por la cronicidad de la enfermedad<sup>55-57</sup> por lo que la validez de la evaluación de la personalidad de estos pacientes siempre debe ser cuestionada, sin embargo, no se observaron trastornos graves en los procesos cognitivos de los pacientes incluidos en este estudio.

Aunque los síntomas positivos y negativos no fueron variables predictoras de estigma internalizado en este estudio, las diferencias encontradas entre los grupos en cuanto a los síntomas positivos y negativos muestran que se requieren estudios longitudinales para evaluar la influencia del tratamiento antipsicótico en algunas dimensiones del ITC-R. Otra limitación es que este estudio utilizó sólo una medida de la personalidad por lo que la investigación futura debe emplear otras medidas de personalidad que incluyan diagnósticos de trastornos de personalidad. Finalmente se trata de un estudio transversal que no nos permite establecer relaciones de causalidad.

A pesar de estas limitaciones, se encontró evidencia en apoyo de factores de personalidad como predictores del estigma. Las diferencias en los perfiles de personalidad afecta que tan bien las personas son capaces de adaptarse y vivir con una amplia variedad de enfermedades no sólo mentales.

### **13.- CONCLUSIONES**

El presente estudio enfatiza el grado en que las personas con diagnóstico de esquizofrenia experimentan reacciones negativas sobre su enfermedad mental por parte de la sociedad y ellos mismos independientemente del curso clínico o evolución de la enfermedad. Hasta el momento en que los tratamientos sean eficaces en el control de los síntomas de la esquizofrenia y las actitudes de la sociedad cambien, las personas con esquizofrenia seguirán estigmatizándose por su enfermedad mental, con la consecuente disminución en la calidad de vida.

Se necesitan estrategias para mejorar la forma en las personas con esquizofrenia hacen frente a la estigmatización. Algunas personas con enfermedad mental han encontrado que la participación en grupos de autoayuda y organizaciones “es beneficiosa para hacer frente a la estigmatización”. Buscar estrategias para mejorar el autoestima y permitir a las personas ser más resistentes a las experiencias estigmatizantes. Se necesita investigación adicional para poder desarrollar y evaluar la eficacia de las técnicas mediante las que personas con esquizofrenia hacen frente a la estigmatización. En el momento actual, el estigma sigue siendo un impedimento significativo de la funcionalidad e independencia de las personas con una enfermedad considerada en la actualidad con pronóstico devastador en la calidad de vida del paciente y su familia. Se deberían tener en cuenta también los aspectos relacionados con la pérdida de capacidades que influyen en el autoestima directamente, la pérdida de control de su propia vida y la influencia de la familia y profesionales en el trato hacia las personas que sufren esquizofrenia.

El abordaje terapéutico del trastorno mental grave debe ir mucho más allá de los medicamentos. Los aspectos psicosociales son esenciales; es importante creer en el paciente para no adoptar la misma actitud que tiene la sociedad y que sustenta buena parte de la estructura de este constructo llamado estigma.

El hecho de identificar qué aspectos son los que preocupan más a las personas con esquizofrenia, y facilitan que sean discriminados resulta de utilidad para implementar estrategias que favorezcan la reducción del estigma social en la comunidad y en las propias

personas que lo padecen (estigma internalizado); por lo que, el camino a recorrer en pro de una calidad de vida y una recuperación integral aún es amplio, siendo este estudio clave en el entendimiento de la importancia de este constructo y su influencia en la evolución de un trastorno mental de prevalencia mundial cuyo pronóstico aún es desalentador pese a los avances farmacológicos.

En definitiva, la lucha contra el estigma internalizado debe orientarse en distintos ejes: por un lado, acciones estructurales y sociales que permitan reducir el estigma público y las barreras sociales que éste impone a los grupos afectados. Desde el reconocimiento y defensa de derechos, hasta acciones legales y judiciales individuales, pasando por campañas de sensibilización y defensa masivas y prolongadas desde la escuela hasta los medios de comunicación. Por otro, acciones sobre las familias y personas cercanas a las personas con enfermedad mental grave (amigos, educadores, empleadores, etc.) que ayuden a reducir el impacto de la discriminación sobre las personas con enfermedad mental en sus ámbitos de relación social más directa y frecuente. Podemos concluir haciendo hincapié en la necesidad de potenciar áreas de investigación que permitan a los profesionales que trabajan directamente con los usuarios de los servicios de salud mental poner en marcha programas y líneas de intervención basados en que la persona desarrolle autonomía personal, tenga una vida independiente, potencie sus capacidades y pueda ajustar sus procesos de identificación y acción personal y social en relación con el estigma para posibilitar su integración social.

En las implicaciones prácticas de nuestros resultados, los médicos deben ser conscientes de este problema y tenerlo en cuenta en la comunicación con los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia como parte de un tratamiento integral de una de las enfermedades mentales con mayor afectación a nivel personal, social, familiar y económico; cuya prevalencia a nivel mundial se ha mantenido elevada pese a los grandes avances de la industria farmacéutica, que ha logrado reducir algunos de los síntomas sin lograr la funcionalidad e independencia de estos pacientes.

#### **14.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. KRAEPELIN E. Dementia Praecox and Paraphrenia. Huntington, NY: Robert E. Krieger Publishing Co. Inc; 1970
2. BLEULER E. Dementia Praecox or the Group of Schizophrenia. New York, NY. International Universities Press; 1950
3. SADOCK VA, editors. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
5. JABLENSKY A, SARTORIUS N., ERNBERG G., et al. Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures: A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph Supplement 20*, Cambridge, Cambridge University Press. 1992.

6. RÖSSLER W, SALIZE HJ, VAN OS J, et al. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2005 aug; 15(4): 399-409.
7. USTÜ TB. The global burden of mental disorders. *Am J Public Health*. September; 1999; 89(9): 1315–1318.
8. KESSLER RC, AGUILAR-GAXIOLA S, ALONSO J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2009 Jan-Mar;18(1): 23-33
9. MELTZER HY, HOSSEIN-FATEMI S, EBERT MH, et al. Schizophrenia. Nurcombe B, editors. *Current diagnosis & treatment in psychiatry*; 2006.
10. MALLA AK, NORMAN RM, JOOBER R. First-episode psychosis, early intervention, and outcome: what have we learned?. *Can J Psychiatry*, 2005; 50(14): 881-91.
11. APIQUIÁN R; FRESÁN A; ULLOA RE, et al. Diagnóstico y tratamiento de los pacientes con primer episodio psicótico. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 1992; 22: 79-87.
12. GARCÍA I, FRESÁN A, MEDINA-MORA ME, et al. Impacto de la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en el curso y pronóstico de la esquizofrenia. *Salud Mental* 2008; 31: 479-485
13. MALLA AK, NORMAN RM, MANCHANDA R, et al. One year outcome in first episode psychosis: Influence of DUP and other predictors. *Schizophr Res*, 2002; 54(3): 231-242
14. BLACK K, PETERS L, RUI Q, et al. Duration of untreated psychosis predicts treatment outcome in an early psychosis program. *Schizophr Res*, 2001; 47(2-3): 215-22.

15. ANDREASEN N. Course of cognitive symptoms in schizophrenia: its relation to neuroanatomy and negative symptoms. Conferencia pronunciada en las Jornadas de Neuroimagen en Psiquiatría. Madrid, 2004.
16. STIRLING J, WHITE C, LEWIS S, et al. Neurocognitive function and outcome in first episode schizophrenia: a 10-year follow-up of an epidemiological cohort. *Schizophr Res*, 2003; 65: 75-86.
17. TOWNSEND LA, ROSS MGN, MALLA AK, et al. Changes in cognitive functioning following comprehensive treatment for first episode patients with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Res*, 2002; 113: 69-81.
18. LAPPIN JM, MORGAN KD, MORGAN C, et al. Duration of untreated psychosis and neuropsychological function in first episode psychosis. *Schizophr Res*, 2007; 95(1-3): 103-110.
19. KAY, S., FISBEIN, A., OPLER, L. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull*, 1987; 13: 261– 276.
20. KAY, S., OPLER, L., LINDENMAYER, J. Reliability and validity of the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenics. *Psychiatry Res*, 1988; 23: 99– 110.
21. LANCON C, AUQIOER P, NAYT G, et al. Stability of the five-factor structure of the Positive and Negative syndrome Scale (PANSS). *Schizophr. Res*, 2000; 42: 231–239.
22. LARSEN, R.J. Y BUSS, D.M. Personality psychology: domains of knowledge about nature, 2<sup>nd</sup> ed.. McGraw Hill. Mexico 2005; cap. 1.
- 23.- CLONINGER C.R, PRZYBECK T.R, SVRAKIC, et al. The temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use. St. Louis: Washington University, Center for Psychobiology of Personality. 1994

- 24.- TORRENS M, SERRANO D, ASTALS M, et. al. Diagnosing Comorbid Psychiatric Disorders in Substance Abusers: Validity of the Spanish Versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *Am J Psychiatry*, 2004; 161:1231-1237.
- 25.- PERALTA, V., CUESTA, M.J. Y DE LEÓN, J. Premorbid personality and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 1991; 84: 336-339.
- 26.-CLONINGER C.R y SVRAKIC D.M. Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *Psychiatry*, 1997; 60: 120- 141.
- 27.-CLONINGER, C.R., PRZYBECK T.R, SVRAKIC, D.M, et al. Measurement of psychopathology as variants of personality. *Am Psych Press*, 1999; 30: 33- 65.
- 28.- CUESTA, M. J. PERALTA, V. Y CARO, F. Premorbid personality in psychosis. *Schizophr Bull*, 1999; 25: 781- 792.
- 29.- CUESTA M. J,PERALTA V, ZARZUELA A. ¿Are personality traits associated with cognitive disturbance in psychosis? *Schizophr Res*, 2001; 51:109-117
- 30.- EKLUND M, HANSSON L, et al. A. The influence of temperament on functioning and aspects of psychological health among people with schizophrenia. *Euro Psych*, 2004; 19:34- 41
- 31.- RÜSCH N. El estigma de la enfermedad mental: Conceptos, consecuencias e iniciativas para reducirlo. *Euro Psych*, 2006; 13: 165-176.
- 32.- LYSAKER PH, BELL MD, KAPLAN E, et.al. Personality and psychosocial dysfunction in schizophrenia: the association of extraversion and neuroticism with deficits in work performance. *Psych Res*, 1998; 80: 61-8.

- 33.- URIARTE JJ. Violencia, Enfermedad Mental y Estigma. *Newsl. Soc Esp Psiquiatr Leg*, 2005; 14: 300-324.
- 34.- HINSHAW, S. P.; CICCETTI, D., «Stigma and Mental Disorder: Conceptions of Illness, Public Attitudes, Personal Disclosure, and Social Policy», *Dev. Psychopathol*, 2000; 12(4) : 555-598.
- 35.- MAGLIANO L. Perception of Patient's Unpredictability and Beliefs on the Causes and Consequences of Schizophrenia, *Soc. Psychiatr. Epidemiol*, 2004; 39: 410-416.
- 36.- MAN, C. E.; HIMELEIN, M. J., Factors Associated with Stigmatization of Persons with Mental Illness, *Psychiatr. Serv*, 2001; 55(2): 185-187.
- 37.- ANGLIN, D. M.; LINK, B. G.; PHELAN, J. C., Racial Differences in Stigmatizing Attitudes toward People with Mental Illness, *Psychiatr. Serv*, 2006; 57(6): 857-862.
- 38.- ALEXANDER, L. A.; LINK, B. G., «The Impact of Contact on Stigmatizing Attitudes toward People with Mental Illness», *J of Ment Health*, 2003; 12(3): 271-289.
- 39.- FLORES, S.; MEDINA R. ROBLES R., Estudio de traducción al español y validación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves, *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 2011; 24: 333-339.
- 40.- FRESÁN A, ROBLES-GARCÍA R, CLONINGER CR. Personality differences according to age and sex in a Mexican sample using the Temperament and Character Inventory-Revised. *Compr Psychiatry*, 2011; 52(6): 774-779.
- 41.- FRESÁN A, DE LA FUENTE-SANDOVAL C, LOYZAGA C, et. al. A forced five-dimensional factor analysis and concurrent validity of the Positive and Negative Syndrome Scale in Mexican schizophrenic patients. *Schizophr Res*, 2005; 72: 123–129.

- 42.- WHITE, L., HARVEY, P., OPLER, L., et.al. Empirical assessment of the factorial structure of clinical symptoms in schizophrenia. *Psychopath*, 1997; 30: 263– 274.
- 43.- PERALTA V, CUESTA MJ. Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 1994; 53: 31-40.
- 44.- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
- 45.- MURRAY CJL, LOPEZ AD. The Global Burden of Disease, Harvard University Press, Cambridge, MA 1996. p.21.
- 46.- MCGRATH J, SAHA S, CHANT D, et.al. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev*, 2008; 30:67-78.
- 47.- ABEL KM, DRAKE R, GOLDSTEIN JM. Sex differences in schizophrenia. *Int Rev Psych*, 2010; 22: 417-424.
- 48.- PHILLIPS, M., PEARSON, V., LI, F., et.al. Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. *Br J Psychiatry*, 2002; 181: 488-93.
- 49.- AUTONELL, J., BALLÚS-CREUS, C., BUSQUETS, E. Estigma de la esquizofrenia: factores implicados en su producción y métodos de intervención. *Aula Médica de Psiquiatría*, 2001; 1: 53-58.
- 50.- ABEL KM1, DRAKE R, GOLDSTEIN JM. Sex differences in schizophrenia. *Int Rev Psychiatry*, 2010; 22(5): 417-28
- 51.- ISHIZUKA C, NAKATANI Y, MORITA N, SATOH S. Socio-demographic and clinical characteristics of psychiatric patients coercively brought to hospitals.

- Psychiatry Clin Neurosci 2001; 55 (2): 147-56.
- 52.- POTKONJAK J, KARLOVIC D. Sociodemographic and medical characteristics of involuntary psychiatric inpatients-retrospective study of five-year experience with Croatian Act on Mental Health. Acta Clin Croat 2008; 47 (3): 141-7.
- 53.- LUENGO L. Comprender la esquizofrenia: guía psico-educativa. Valencia: Generalitat Valenciana; 2000.
- 54.- CONTRERAS J, MONTERO P, DASSORI A, ESCAMILLA M. Caracterización de un grupo de pacientes con esquizofrenia en el Valle Central de Costa Rica. AMC. 2008;50(3):153-9.
- 55.- CHINCHILLA M. Las esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos y terapéuticos. Madrid: Elsevier España; 2007.
- 56.- GUILLEM F, PAMPOULOVA T, STIP E. Are there common mechanisms in sensation seeking and reality distortion in schizophrenia?. A study using memory event-related potentials. Psychiatry Research 2005; 135:11-33.
- 57.- BOEKER,H., KLEISER, M., LEHMAN, D., et. al. Executive dysfunction, self, and ego pathology in schizophrenia: an exploratory study of neuropsychology and personality. Comprehensive Psychiatry 2006, 47: 7-19.
- 58.- CALVO DE PADILLA, M., PADILLA, E., GONZALEZ ALEMAN, G., et. al. Temperament traits associated with risk of schizophrenia in an indigenous population of Argentina. Schizophrenia Research 2006; 83: 299-302.

- 59.- ERTUGRUL, A., Y ULUG, B. Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004; 39(1): 73-77.
- 60.- LINK, B. G., Y PHELAN, J. C. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 2001;27: 363-385.
- 61.- RITSHER, J. B., Y PHELAN, J. C. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 2004; 129(3):257-265.
- 62.- WRIGHT, E. R., GRONFEIN, W. P., Y OWENS, T. J. Deinstitutionalization, social rejection, and the self- esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 2000; 41(1): 68-90.
- 63.- RÜSCH N, CORRIGAN PW, WASSEL A, MICHAELS P, et al. A stress-coping model of mental illness stigma: I. Predictors of cognitive stress appraisal. *Schizophr Res* 2009;110: 59-64.
- 64.- LYSAKER PH, SHIRLEY MD, WILKNISS S, et.al. Psychotherapy and recovery from schizophrenia: A review of potential applications and need for future study. *Psychol Serv*. May 1, 2010; 7(2): 75–91.
- 65- THORNICROFT, G., BROHAN, E., ROSE, D., SARTORIUS, N., LEESE, M. Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 2009; 31(37): 408-15.
- 66.- NOVAK, L., SVAB, V. Antipsychotics side effects' influence on stigma of mental illness: focus group study results. *Psychiatr Danub*, 2009; 21(1): 99-102.

67.-AUTONELL, J., BALLÚS-CREUS, C., BUSQUETS, E. Estigma de la esquizofrenia: factores implicados en su producción y métodos de intervención. Aula Médica de Psiquiatría, 2001; 1: 53-58.

## 15.- ANEXOS

### 15.1 Aprobación comité de ética



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA  
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ



"2012, Año de la Cultura Maya"

**Comité de Ética en Investigación**

Noviembre 26, 2012.

Dra. Diana Patricia Guizar Sánchez  
Investigador Principal  
Presente

Estimada doctora Guizar:

Por medio de la presente me permito informarle que el *Addendum* del proyecto titulado: "*Rasgos de la personalidad en pacientes con esquizofrenia y su asociación el estigma internalizado*", del proyecto original: "*Factores asociados a la conducta violenta en esquizofrenia*", ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requerimientos éticos y metodológicos establecidos.

Atentamente,

Dra. Lucía A. Martínez Mota  
Presidente del Comité de Ética en Investigación