



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

División de estudios de posgrado e investigación

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Título:

**Rasgos de Personalidad Autopercebidos en Pacientes con
Esquizofrenia y su Relación con el Insight y la Actitud Hacia el
Medicamento**

Presenta la Tesis para obtener el Grado de

Especialista en Psiquiatría:

Miguel Antonio Ríos Ortiz

Dra. Gabriela Garza Contreras

Mtra. Janet G. Jiménez Genchi

Asesor Teórico

Asesor Metodológico

México, D.F. Junio de 2015



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.

**RASGOS DE PERSONALIDAD AUTOPERCIBIDOS EN PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA Y SU ASOCIACIÓN CON EL INSIGHT Y LA
ACTITUD HACIA EL MEDICAMENTO**

AGRADECIMIENTOS

A todos los pacientes que he visto a lo largo de mi paso por el Fray Bernardino, quienes han sido mis más grandes maestros y a los cuales espero haberles sido de ayuda. En particular, gracias por su colaboración a los voluntarios que participaron para la realización de este trabajo.

A mis asesoras, la Mtra. Janet Jiménez Genchi y la Dra. Gabriela Garza, por su orientación y facilidades para desarrollar este proyecto.

A la Dra. Adriana Zenteno que hizo amena y provechosa mi estancia en Hospital Parcial y me proporcionó la inspiración para esta tesis.

A mi familia: mi mamá Lucrecia Patricia, pilar de mi carrera tanto académica como de vida, y mi hermano Adrián; por apoyarme y acompañarme en este camino.

A Joey por estar siempre ahí, por apoyarme, aguantarme y amarme.

ÍNDICE

I.	AGRADECIMIENTOS	i
II.	LISTA DE CUADROS, FIGURAS Y ABREVIATURAS	iii
III.	RESUMEN	1
IV.	INTRODUCCIÓN	2
V.	MARCO TEÓRICO	4
VI.	METODOLOGÍA	30
	• Planteamiento del problema	30
	• Justificación	31
	• Hipótesis	32
	• Objetivos	32
	• Tipo de estudio	33
	• Muestra y muestreo	33
	• Procedimiento	33
	• Criterios de selección	34
	• Variables	36
	• Instrumentos	36
	• Análisis estadístico	43
	• Consideraciones éticas	43
VII.	RESULTADOS	45
VIII.	DISCUSIÓN	57
IX.	CONCLUSIONES	62
X.	BIBLIOGRAFÍA	63
XI.	ANEXOS	70
	• Solicitud de apoyo para protocolo de tesis	70
	• Carta de Consentimiento informado	71
	• Hoja de Recolección de datos del paciente	72
	• Inventario de Adjetivos para Trastornos de Personalidad	73
	• Escala de Insight Cognitivo de Beck	77
	• Inventario de Actitud hacia la Medicación	78

LISTA DE CUADROS, FIGURAS Y ABREVIATURAS

Cuadros

Cuadro 1. Operacionalización de las variables	36
Cuadro 2. Cuadro comparativo de las escalas de rasgos de personalidad normales del IA-TP y los trastornos de personalidad descritos por varios autores	37
Cuadro 3. Frecuencia de edades	45
Cuadro 4. Características sociodemográficas	46
Cuadro 5. Características clínicas	47
Cuadro 6. Frecuencia de las escalas de rasgos de personalidad predominantes de acuerdo con resultados del IA-TP	49
Cuadro 7. Frecuencia de escalas de rasgos de personalidad predominantes agrupadas por clústeres de personalidad	50
Cuadro 8. Puntuaciones de las escalas de personalidad del IA-TP	52
Cuadro 9. Resultados de las escalas EICB y DAI en el total de la muestra	53
Cuadro 10. Comparación de medias por ANOVA de puntuaciones de insight de EICB y actitud hacia el medicamento de DAI entre las escalas de personalidad.	54
Cuadro 11. Correlaciones entre puntuaciones de insight de EICB y las puntuaciones de las escalas de personalidad del IA-TP	55
Cuadro 12. Correlaciones entre puntuaciones de actitud hacia el medicamento del DAI y las puntuaciones de las escalas de personalidad del IA-TP	56

Figuras

Figura 1. Frecuencia de número de internamientos	47
Figura 2. Frecuencia de meses en Hospital Parcial	48
Figura 3. Frecuencia de escalas de rasgos de personalidad predominantes de acuerdo con resultados de IA-TP	49
Figura 4. Frecuencia de escalas de rasgos de personalidad predominantes agrupadas por clústeres de personalidad	51
Figura 5. Puntuaciones de las escalas de personalidad del IA-TP	52
Figura 6. Correlaciones entre puntuaciones de insight de EICB y las puntuaciones de las escalas de personalidad del IA-TP	55

Abreviaturas

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades 10

DAI: Inventario de Actitud hacia el Medicamento

DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales IV versión revisada

EICB: Escala de Insight Cognitivo de Beck

IA-TP: Inventario de Adjetivos para la valoración de Trastornos de Personalidad

SCID-I: Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV

SCID-II: Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje II del DSM-IV

TCI: Inventario de Temperamento y Carácter

RESUMEN

Introducción: El pronóstico de la esquizofrenia está asociado a un déficit en el *insight* y la mala actitud hacia el medicamento. La consciencia de los rasgos patológicos de personalidad es un elemento importante del *insight*; sin embargo, han sido poco estudiados en la esquizofrenia. **Objetivo:** Determinar la frecuencia e intensidad de rasgos de personalidad autopercebidos en pacientes con esquizofrenia y su relación con el nivel de *insight* y la actitud hacia el medicamento. **Metodología:** Se realizó un estudio con 30 pacientes con esquizofrenia atendidos en el servicio de Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, a quienes se les aplicaron el IA-TP (Inventario de Adjetivos de Trastornos de Personalidad), DAI (Inventario de Actitud hacia el Medicamento) y EICB (Escala de Insight Cognitivo de Beck) para evaluar los rasgos de personalidad autopercebidos, el nivel de *insight* y la actitud hacia el medicamento, respectivamente. **Resultados:** Las escalas de rasgos de personalidad más predominantes fueron: inhibida/evitativa, introvertida/esquizoide, sensible/negativista e impulsiva/límite; y las menos presentes: sociable/histriónica y cooperativa/dependiente. El nivel de *insight* se correlaciona positivamente con las escalas de personalidad introvertida/esquizoide e inhibida/evitativa, y negativamente con las escalas sociable/histriónica y cooperativa/dependiente. No se encontró correlación entre rasgos de personalidad ni nivel de *insight* con la actitud hacia el medicamento. **Conclusiones:** Los pacientes con esquizofrenia presentan un perfil de personalidad específico, con predominio de rasgos esquizoides y evitativos, y pocos rasgos histriónicos y dependientes. Un mayor nivel de *insight* permite una mayor percatación de los rasgos coincidentes con este perfil.

Palabras clave: esquizofrenia, personalidad, *insight*, actitud hacia el medicamento, hospital parcial.

INTRODUCCIÓN

“Más cuerdo es, el que acepta su propia locura.”

Edgar Allan Poe.

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales que han constituido un pilar histórico para el desarrollo de la psiquiatría, al tiempo que sigue siendo una de las primeras causas de discapacidad por enfermedad mental. La esquizofrenia continúa constituyendo uno de los principales retos para la psiquiatría actual, sobre todo en lo referente al tratamiento y la rehabilitación.

El *insight* se manifiesta a través de dos formas: el llamado *insight* clínico que se refiere a la conciencia de enfermedad, y el *insight* cognitivo que hace referencia a la capacidad de percibir las propias distorsiones en el pensamiento, la capacidad de aceptar las opiniones de otros y la autorreflexión. Ambos elementos constituyen la capacidad del paciente para percatarse de estar experimentando un proceso psicopatológico, la cual está profundamente marcada en la esquizofrenia, debido principalmente a la característica eminente de la psicosis, que es la pérdida del juicio de realidad. Esta falta de percatación está influida, además de por los síntomas psicóticos, por factores psicodinámicos que juegan un papel predominante en cualquier enfermedad, sea o no mental.

La forma en que el pobre *insight* afecta directamente a la evolución de la esquizofrenia está relacionada con la manera en que el paciente vive su enfermedad, siendo uno de los elementos más importantes, la postura que tome el paciente hacia el requerimiento de un tratamiento, de forma tal que la actitud hacia

el medicamento influye directamente en el apego al tratamiento. Este apego es un factor determinante para la evolución natural de la enfermedad y el pronóstico del paciente con esquizofrenia.

La personalidad de un individuo constituye, sin duda, un elemento que dirige la forma en que se desempeña tanto en su forma de pensar y de actuar como en sus relaciones interpersonales, y finalmente en la manera en que enfrenta dificultades del medio en que vive. La autopercepción es un elemento importante en la formación y la evaluación de la personalidad, siendo parte de la capacidad de introspección.

No obstante, los rasgos de personalidad y aún más su autopercepción, son un factor poco estudiado en pacientes con esquizofrenia, que sin embargo, pueden estar relacionados con la forma en que viven un trastorno mental, con el autoconcepto del paciente y su relación con el médico y su actitud hacia el medicamento, con la consecuente repercusión para su tratamiento y rehabilitación, en el cual influyen de forma importante estos elementos psicosociales.

MARCO TEÓRICO

Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad mental que afecta alrededor del 1% de la población (1) y constituye una de las principales causas de discapacidad debida a trastornos psiquiátricos (2). En México la esquizofrenia ocupa el tercer lugar de prevalencia entre los trastornos mentales, después de la depresión y la ansiedad. Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica la prevalencia en México de esquizofrenia es del 1%, lo cual constituye más de un millón de enfermos. La edad de presentación más frecuente se encuentra entre los 15 y 25 años en hombres y entre los 25 y 35 años en mujeres; afectando un rango de riesgo de la mitad de la población económicamente activa(3). En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en la Ciudad de México la esquizofrenia paranoide ocupa el primer lugar de frecuencia de los padecimientos atendidos en el último año (2013), con alrededor del 30% tanto en consulta externa como en hospitalización; mientras que la esquizofrenia indiferenciada permanece en cuarto lugar en ambos servicios (4,5). Como diagnóstico de egreso de hospitalización, la suma de esquizofrenia paranoide, indiferenciada, y hebefrénica, representan un 40% del total de diagnósticos (5).

El cuadro clínico y la evolución de la esquizofrenia se caracteriza por la presencia de dos grandes grupos sintomáticos: los síntomas positivos constituidos por alucinaciones, ideas de referencias, alucinaciones primarias del pensamiento y desorganización en el pensamiento, lenguaje y conducta; y los

síntomas negativos que comprenden la abulia, alogia, aplanamiento afectivo, aislamiento, descuido de higiene y aseo, etc(6). Los criterios clínicos para el diagnóstico de esquizofrenia que están descritos en el DSM-IV-TR son los enumerados a continuación:

Criterios del DSM-IV-TR 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
- B. *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.
- C. *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).
- D. *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).
- E. *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.

- F. *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.
- G. *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).(6)

La esquizofrenia se manifiesta como una entidad que afecta al paciente en todas sus esferas, incluyendo su personalidad. La esquizofrenia marca un corte biográfico en las relaciones y forma de actuar y pensar del paciente. En las etapas agudas, con síntomas floridos, el paciente vive en un mundo hostil y amenazante, mostrando rasgos paranoicos y conforme avanzan el deterioro y los síntomas negativos, va haciéndose más predominante el autismo y la pérdida en la cantidad y calidad de las relaciones interpersonales(7,8).

Rasgos y Trastornos de Personalidad

La personalidad es un constructo psicológico que integra la inteligencia, emociones y conducta; la forma de adaptarse y relacionarse con el medio y con las demás personas, y en última instancia, determina la identidad misma del sujeto. Gordon Allport definía la personalidad como "la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio" (9). Según Kluckhoh, Murray y Schneider (10) la personalidad es lo que nos permite conocer todo lo que el ser humano tiene en común con los demás, lo que todo ser humano tiene de diferente de los demás y lo que todo ser humano tiene de único.

El concepto de rasgo de personalidad surge de los modelos dimensionales. López Ibor y cols (11), definen el rasgo de personalidad como la disposición o inclinación de un comportamiento determinado, de forma permanente en distintas situaciones. La American Psychiatric Association 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 incapacidad funcional significativa o una perturbación subjetiva, se consideran anormales (6). Para la OMS (1994) (12) 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. Los rasgos de un “trastorno de personalidad” son definidos por Spitzer (13) como aquellos que sean considerados anormales por presentar las características de ser “patológicos”, es decir fuera de las variaciones del límite de lo normal; “persistentes”, o sea que se han presentado con suficiente frecuencia a lo largo de gran parte de la vida del individuo; y “generalizados”, o que dicha característica se manifieste en todos los diferentes contextos del sujeto. Tales rasgos patológicos de personalidad son las dimensiones sobre las cuales se norman las clasificaciones de los diferentes trastornos de personalidad.

Podemos definir un trastorno de personalidad como lo hace Otto Kernberg como la constelación de rasgos del carácter anormales o patológicos, de intensidad suficiente para implicar una perturbación significativa en el funcionamiento intrapsíquico, interpersonal o ambos(14).

El DSM-IV-TR establece que un trastorno de personalidad requiere los criterios a continuación(6):

Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de un Trastorno de Personalidad

- A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:
 - 1) Cognición
 - 2) Afectividad
 - 3) Actividad interpersonal
 - 4) Control de impulsos
- B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental significativo.
- F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica.

El DSM-IV-TR considera los siguientes trastornos de personalidad definidos como a continuación se describe(6):

- 1) Trastorno paranoide de la personalidad: un patrón caracterizado por desconfianza y suspicacia en general.

- 2) Trastorno esquizoide de la personalidad: un patrón de distanciamiento en las relaciones sociales y restricción de la expresión emocional interpersonal.
- 3) Trastorno esquizotípico de la personalidad: un patrón de déficits sociales e interpersonales con una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.
- 4) Trastorno antisocial de la personalidad: un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.
- 5) Trastorno límite de la personalidad: un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, así como una notable impulsividad.
- 6) Trastorno histriónico de la personalidad: un patrón general de excesiva emotividad y búsqueda de atención.
- 7) Trastorno narcisista de la personalidad: un patrón generalizado de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
- 8) Trastorno de la personalidad por evitación: un patrón de inhibición social, sentimientos de incapacidad e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
- 9) Trastorno de la personalidad por dependencia: una necesidad excesiva y generalizada de que se ocupen de uno, que ocasiona comportamientos de sumisión, adhesión y temores de separación.
- 10) Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad: un patrón generalizado de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el

control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, espontaneidad y la eficiencia.

En el DSM-IV-TR se consigna también un trastorno de personalidad no especificado para aquellos trastornos de personalidad que no cumplan criterios para ninguno de los trastornos específicos descritos previamente. Dentro de este grupo puede clasificarse al trastorno pasivo-agresivo (negativista) que aparecía en el DSM-III-R, consistente en un patrón generalizado de resistencia pasiva a las demandas de una adecuada conducta social y profesional, y se caracteriza por la ambivalencia en las relaciones interpersonales(6,13,15).

De los trastornos de personalidad que acuden al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el de mayor frecuencia es el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, que ocupa un séptimo lugar en hospitalización, con un 5% de los diagnósticos de egreso; sin embargo representa el segundo diagnóstico más frecuente en consulta externa, con un 18% de la misma(4,5).

La apreciación de la personalidad está sujeta también al sesgo de la auto y la heteropercepción. Las investigaciones sobre discrepancias entre las percepciones explícitas e implícitas de las personas sobre su propia personalidad son un ejemplo de ello(16–18). Nuestras autopercepciones conscientes proporcionan una incompleta perspectiva sobre nuestra personalidad. Los individuos tienen mejor información de sí mismos que los demás para juzgar rasgos internos, rasgos principalmente definidos por pensamientos y sentimientos; pero que los de más

tienen mejor información para juzgar rasgos externos, rasgos principalmente definidos por la conducta manifiesta(16–18).

Para conocer la personalidad de alguien, tenemos que saber tanto la manera en que se ve a sí mismo como la manera en que le ven otras personas que le conocen bien. Para una correcta evaluación de la personalidad es importante, entonces, considerar tanto la visión de un evaluador como la del paciente mismo(16–18). De esta forma, se concluye también, que la coincidencia entre la autopercepción de la personalidad y la evaluada por un tercero habla de la capacidad de autoconocimiento del individuo, lo cual juega un papel importante en su funcionamiento cognitivo y social globales(16–18). En pacientes con esquizofrenia en quienes hay una innegable alteración del insight, la autopercepción se encontrará entonces alterada.

Modelos y métodos de evaluación de los rasgos y trastornos de personalidad

La evaluación de la personalidad representa un reto para el clínico ya que significa el análisis de múltiples elementos complejos que involucran la intersubjetividad de la relación evaluador-evaluado y la cultura en la cual se encuentran inmersos; así mismo requiere el estudio de factores longitudinales en un adecuado seguimiento del paciente(7,14,19).

Con el fin de estandarizar términos y parámetros de medida, y para facilitar una evaluación más rápida y objetiva de los rasgos y trastornos de personalidad se han desarrollado distintos instrumentos para su valoración.

El DSM-IV-TR define una clasificación categórica de los trastornos de personalidad con base en criterios diagnósticos bien definidos. Establece diez trastornos clasificados en tres grupos o *clústeres* de personalidad como sigue: El clúster A constituido por los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico; y caracterizado por la excentricidad o rareza de la conducta social y el retraimiento emocional. El clúster B formado por los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista; considera como elementos en común las reacciones emocionales inestables, muy emotivas y dramáticas. Y el clúster C que agrupa los trastornos evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo; los cuales comparten las conductas relacionadas con la ansiedad y el miedo. El DSM-IV plantea, también, el trastorno de personalidad no especificado, que no encaja en ninguno de los tres grupos o clústeres mencionados, por ejemplo, el trastorno negativista o pasivo-agresivo de personalidad que se encuentra descrito en el apéndice de trastornos de personalidad no clasificados y que comparte características de los clústeres B y C(6).

La Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje II del DSM-IV (SCID-II) es una entrevista semiestructurada que evalúa categóricamente o dimensionalmente los trastornos de personalidad según los criterios DSM-IV. Aplicable para adultos con un posible trastorno de personalidad. Consta de un cuestionario de 119 ítems: la entrevista, más otras adicionales para el trastorno antisocial. Contiene preguntas de respuesta abierta, cerrada y sí/no, y evalúa los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV, además del trastorno de personalidad depresiva y pasivo-agresiva. Incluye un cuestionario de

detección(13). La SCID-II es posiblemente uno de los instrumentos, sino el que más, usado para la evaluación de trastornos de personalidad en protocolos de investigación, sin embargo, a pesar de que ya ha sido empleado para el estudio de trastornos de personalidad en pacientes con esquizofrenia (20–22), su aplicación se dificulta en pacientes con cuadros psicóticos agudos, con importante sintomatología delirante, pensamiento desorganizado, alucinaciones o deterioro cognitivo; por lo que pierde potencial predictivo en este tipo de pacientes.

Cloninger desarrolló, por otra parte, un modelo de dimensional de personalidad que intenta explicar las causas subyacentes de cada rasgo de personalidad con un sustrato psicobiológico basado en la evaluación de dos componentes, el temperamento y el carácter, estando cada uno compuesto por diferentes factores(23,24). Entenderemos por temperamento a la predisposición con la que nacemos y que es tácticamente regulada principalmente por factores constitucionales, aspectos biológicos más estables y genéticamente determinados; mientras que el carácter se refiere a los aspectos psicosociales, menos estables y más influenciados por la experiencia y el medio ambiente(23,25). Cloninger plantea cuatro rasgos de temperamento: Búsqueda de la Novedad (*Novelty Seeking*, NS), Evitación del Daño (*Harm Avoidance*, HA), Dependencia de la Recompensa (*Reward Dependence*, RD) y Persistencia (*Persistence*, PS); mientras que existen tres rasgos de carácter: Auto Direccionamiento (*Self-Directedness*), Cooperatividad (*Cooperativeness*, CO) y Auto Trascendencia (*Self-Transcendence*, ST)(23,25,26).

Partiendo de este modelo, Croninger elaboró el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI), un inventario para la evaluación de rasgos de personalidad relacionado con el Cuestionario Tridimensional de la Personalidad (TPQ), y con las dimensiones de la personalidad de los modelos de Zuckerman y Eysenck(27). Cada uno de los rasgos de temperamento y carácter está compuesto por varias subescalas. Las dimensiones se definen por un cuestionario autoaplicable de 240 ítems con puntuaciones tipo Likert de 5 puntos(23,26). El TCI, al ser un instrumento autoaplicable facilita su uso en pacientes con esquizofrenia en quienes se dificulta una entrevista de personalidad estructurada. Esta facilidad para su utilización, aunado a su relación psicobiológica, lo ha convertido en uno de los instrumentos más empleado para el estudio de rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia(23,28–30). No obstante tiene la desventaja de que es difícil de correlacionar los rasgos de temperamento y carácter con la clasificación de trastornos de personalidad descrita en el DSM-IV-TR, y la cual constituye una de las herramientas clínicas más frecuentemente empleadas en el ejercicio clínico.

Un novedoso modelo de personalidad es el desarrollado por Millon(15,31,32). En este modelo ofrece una perspectiva teórica integradora incorporando principios de la teoría de la evolución. Uno de los principales puntos en este modelo es la existencia de un continuum normalidad/patología. Millon plantea también una propuesta multiaxial que remarca de una manera importante la dinámica interactiva que se establece entre los distintos ejes, con especial atención al papel preponderante del Eje II, de Trastornos de personalidad, en la

génesis, determinación o al menos precipitación de los síndromes clínicos del Eje I, más transitorios y transversales. (15,31,32). Millon establece un puente que parte desde la normalidad en la cual pueden manifestarse algunos rasgos de personalidad adaptativos, que sin embargo se relacionan con la aparición, si estos empeoran, de rasgos patológicos, constitutivos de trastornos de personalidad. Así mismo, propone un segundo eslabón entre los trastornos de personalidad y trastornos psiquiátricos del llamado eje II en el DSM-IV, como por ejemplo, el trastorno de la personalidad por evitación y la fobia social, o el trastorno esquizotípico de la personalidad y la esquizofrenia(15,31–33).

Con base en la teoría multiaxial y dimensional descrita, Millon desarrolló un instrumento para la exploración de los rasgos/trastornos de personalidad, el MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory) del que disponemos de adaptación española (31,34). Posteriormente, y tomando las bases establecidas en el modelo de personalidad de Millon, surge el Inventario de Adjetivos para la evaluación de Trastornos de Personalidad (IA-TP), desarrollado por Tous, Pont y Muiños(33). El IA-TP es un instrumento de autoinforme formado por nueve escalas con el propósito de evaluar y predecir la predisposición hacia nueve tipos de trastornos de personalidad del DSM-IV, guardando, a la vez, coherencia con los rasgos normales de personalidad. Permite una aplicación rápida y a que está diseñado para que la persona a evaluar escoja o rechace libremente y de forma racional los 146 adjetivos de cada una de las escalas evaluadas. Este instrumento, al consistir únicamente en un listado de adjetivos lo convierte en una herramienta muy útil por su simplicidad para la aplicación en pacientes con esquizofrenia o algún otro

padecimiento psiquiátrico, al omitir la dificultad de establecer una entrevista o preguntas más complejas. Además, un elemento importante es el factor de autoevaluación, por medio del cual, el IA-TP permite obtener una visión de la autopercepción de los rasgos de personalidad del propio paciente(26,33,35,36).

Relación entre esquizofrenia y los trastornos de personalidad

Ha existido controversia sobre si los trastornos de personalidad en la esquizofrenia pueden catalogarse como tales, es decir, que constituyan un patrón personal de características propias del sujeto o si forman parte de las modificaciones de la personalidad ocasionadas por el curso natural de la esquizofrenia (37). Es bien conocida la relación existente entre rasgos de personalidad premórbida del clúster A – paranoide, esquizoide y esquizotípico – con el posterior desarrollo de esquizofrenia (38). Karl Kahlbaum, el psiquiatra alemán que acuñó el término de catatonía, también definió un antecedente histórico de la personalidad esquizoide, y la definió bien como una variante del carácter o bien como una forma atenuada de psicosis(39). Deutsch en 1942 describió la personalidad basándose en la observación de casos que se caracterizaban por un marcado empobrecimiento en sus relaciones emocionales con su mundo exterior. Deutsch apunta una similitud entre estas personalidades y las características premórbidas de pacientes esquizofrénicos(25). Otros autores más actuales han identificado rasgos de personalidad como la evitación social que influyen en el inicio y pronóstico de la esquizofrenia(21). Sin embargo poco se ha dicho sobre la existencia de rasgos de personalidad distintivos en cada individuo

con esquizofrenia y mucho menos sobre la probable comorbilidad de los diferentes trastornos de personalidad en pacientes con esquizofrenia ya establecida.

Algunos estudios han encontrado relación entre algunos rasgos de carácter – si bien en no t trastornos de personalidad – en s ujetos c on esquizofrenia, q ue forman un patrón en común (29). Los rasgos de carácter presentes en pacientes con es quizofrenia c onstituyen una diferencia m arcada c ontra l os s ujetos s anos, sugiriendo un c ambio de personalidad propio de l os pacientes con esquizofrenia (28). Tales r asgos d e carácter t ienen t ambién, al par ecer, r elación c on las diferencias e n el es pectro s intomático pr esente e n los di ferentes pac ientes c on esquizofrenia (25).

Otros es tudios h an buscado l a frecuencia en q ue s e pr esentan l os trastornos de personalidad de forma comórbida con la esquizofrenia. Schroeder et al (2012) encontraron una mayor presencia de trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, antisocial y límite hasta en un 20% de pacientes con esquizofrenia (22).

En previos estudios se ha encontrado relación entre algunas características comunes de los pacientes esquizofrénicos que comparten también algún trastorno de personalidad; por ejemplo, Moore et al (2010) encontraron que los rasgos de personalidad de clúster B se asociaban con mayores comportamientos suicidas, menor desempeño cognitivo y adversidades en la infancia, y las características de clúster C fueron asociadas con mayor aplanamiento afectivo (40). Así mismo se encontró que el punt uar pos itivo par a m ás de un t rastorno de p ersonalidad e n

pacientes con esquizofrenia se asociaba con mayor tendencia a comportamientos suicidas, menor edad de inicio de la esquizofrenia y peor función cognitiva (40). Huber et al (2012) encontraron una relación entre los trastornos de personalidad límite, evitativo y depresivo con una modificación de las subescalas de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos en la Esquizofrenia (PANSS) (20). Los rasgos de personalidad que constituyen trastornos se caracterizan por ser de alguna u otra forma maladaptativos, y tales rasgos tienden a aumentar a lo largo del curso de la esquizofrenia (41), en especial los relacionados a los trastornos de personalidad obsesivo compulsiva y límite; así como los rasgos de trastorno esquizotípico, evitativo y depresivo. Quizá la agresividad y el comportamiento violento hayan sido unas de las características conductuales de la esquizofrenia más estudiadas por su relación con actos delictivos (42). En estudios comparativos entre rasgos de personalidad comórbidos en la esquizofrenia, los trastornos o rasgos predominantemente relacionados con la violencia y la agresión han sido aquellos del clúster B, en particular los del trastorno antisocial o disocial de la personalidad (43,44). Lysaker (2004) ha estudiado las relaciones existentes entre los rasgos de personalidad y el curso de la enfermedad en pacientes con esquizofrenia, encontrando que tales características son marcadores importantes que modifican no solo el espectro fenomenológico, sino también, el funcionamiento o disfunción de estos pacientes, la cual no solo se debe a las alteraciones neurocognitivas de la enfermedad(45).

El estudio de rasgos de personalidad en la esquizofrenia en México particularmente, ha sido pobremente abordado. En los pocos estudios existentes,

llevados a cabo por Fresan y colaboradores (46,47), y en algunos trabajos de tesis de especialidad en psiquiatría del Instituto Nacional de Psiquiatría (25) y el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (48), se ha empleado el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI) para determinar los rasgos de carácter temperamento presentes en pacientes con esquizofrenia y compararlos con otras poblaciones, reportando mayores niveles para *evitación del daño* (HA) y bajos para *cooperatividad* (CO); particularmente la baja cooperatividad se relacionó con el riesgo de violencia en pacientes con esquizofrenia.

Insight

El término anglosajón de *insight* puede ser traducido al español, de forma literal y concreta, como *introspección*, sin embargo se usa para designar desde la *conciencia de enfermedad* hasta la *percatación* psicoanalítica de un síntoma o un conflicto en concreto(49). En psiquiatría el constructo *introspección* se refiere a un “estado de la mente” o “un acto mental”, un conocimiento que se infiere de la respuesta del paciente a la enfermedad(50).

Para el psiquiatra y filósofo alemán Karl Jaspers la autoobservación del paciente es una de las más importantes fuentes de conocimiento en la vida psíquica patológica(51). Jaspers estableció una inicial diferencia entre la introspección como la habilidad de los pacientes para juzgar qué le ocurre, y la conciencia de enfermedad como la experiencia de sentirse enfermo o cambiado(51).

La introspección sería una percepción correcta del tipo y de la gravedad de la enfermedad. Para Jaspers, una introspección transitoria puede ocurrir durante la psicosis aguda, pero no será duradera ni completa. Si la introspección persiste, es más posible que el paciente tenga un trastorno de personalidad que un trastorno psicótico. (50–52)

Markova y Berrios afirman que la introspección es una manera de conocerse a sí mismo que implica el autoconocimiento, la conciencia de padecer un trastorno mental y la forma en que dicho trastorno afecta la relación con el entorno; por lo tanto, consideran que el término no debe ser evaluado como fenómeno aislado, sino en relación con algún fenómeno psicopatológico(50,52). Conciben la introspección de dos maneras: A) el concepto teórico o primario que se refiere a la conciencia del cambio producido por el trastorno mental en el paciente y B) un aspecto práctico, como lo son los fenómenos clínicos o procesos secundarios observables en el paciente, medidos por las escalas multidimensionales de introspección(50,52).

David (1990)(53) propone el término de *insight* en el campo de las psicosis como un fenómeno psicopatológico complejo compuesto por tres dimensiones: 1) la conciencia de sufrir una enfermedad; 2) la capacidad de entender las experiencias psicóticas como anormales; y 3) el cumplimiento (o adherencia) al tratamiento. Posteriormente, Amador (54) propone un modelo de *insight* como un fenómeno mental compuesto por: 1) la conciencia de sufrir una enfermedad, así como cada uno de sus signos y síntomas; y 2) los procesos atribucionales, o sea,

las explicaciones que alberga el paciente sobre la causa o la fuente última de estos síntomas o signos.

La esquizofrenia es un síndrome que abarca toda una constelación de síntomas que, entre otros, incluyen una disfunción en la interpretación de las percepciones, déficit cognitivos y disfunciones emocionales. La mayoría de los pacientes con esquizofrenia carecen de conciencia sobre la naturaleza del trastorno que padecen, de sus síntomas y sus consecuencias sociales, así como sobre la necesidad de tratamiento(49).

Más allá de la importancia del *insight* en el curso de los trastornos psiquiátricos, este concepto ha legado a ser considerado un síntoma con importancia en enfermedades mentales como la esquizofrenia. El DSM-IV-TR(6) señala que la mayoría de los pacientes con esquizofrenia tienen un pobre *insight* respecto al hecho de padecer el trastorno y que el pobre *insight* es más una manifestación de la enfermedad que una estrategia de afrontamiento de la misma. En un estudio internacional multicéntrico realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1973 se encontró la falta de introspección como el síntoma más común, con una tasa del 97 % de los casos de pacientes con esquizofrenia(55).

Se ha encontrado que entre 50 y 80% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia han mostrado una falta de *insight* parcial o total. Sin embargo, aunque la pobreza de *insight* se correlaciona con también una pobre adherencia al tratamiento, y por lo tanto, un pobre pronóstico y mal funcionamiento, otros

estudios han investigado la relación del impacto a largo plazo con resultados diferentes(56).

Existen dos teorías principales que intentan explicar el origen de la falta de insight en los pacientes especialmente en psicosis. La primera explica el déficit como una defensa psicológica, entendida como un autoengaño inconsciente de un síntoma para evitar afrontar el dolor generado por éste. La segunda teoría que habla de un déficit neuropsicológico toma en cuenta errores en seis áreas neuropsicológicas: las aferencias sensoriales, los procesos cognitivos inferenciales, los procesos de auto-monitorización, los procesos de comprobación de errores, el vínculo entre pensamientos y emociones, y en la memoria de trabajo y funciones ejecutivas(49).

Anthony David (1990) limitó el uso del término de introspección en lo relacionado a la psicosis en dos sentidos: el reconocimiento de tener una patología mental, y la posibilidad de reconstruir ciertos episodios de la vivencia mental como patológicos. De acuerdo al mismo autor la introspección consta de tres dimensiones solapadas entre ellas: conciencia de enfermedad, capacidad para redefinir la experiencia psíquica como anormal y adherencia al tratamiento(53).

Actualmente se reconocen diferentes tipos de insight, marcando la diferencia inicial entre el mero conocimiento y conciencia de enfermedad mental, y aquel derivado por la introspección o metacognición(52,57,58). De esta forma, aparecen entonces definiciones como el *insight* clínico, análogo a la conciencia de

enfermedad, el *insight* emocional, el *insight* intelectual y el *insight* cognitivo o metacognición.

Insight clínico: Los modelos de *insight* como los de los autores Amador y David, Birchwood, Marks o McEvoy(52–54), por citar algunos de los más representativos, son modelos del llamado *insight* clínico, pues consideran la autoconciencia del paciente sobre sus síntomas, la atribución de los mismos y la capacidad del individuo para identificarlos y nombrarlos como signos o síntomas de una enfermedad mental. Estos modelos han generado una gran cantidad de investigación y desde los mismos se aporta mucha información y muy valiosa para el conocimiento del *insight* y las variables con las que éste se relaciona, así como una asociación con el pronóstico de la enfermedad y la adherencia al tratamiento(50,52).

Insight emocional: Se define como la comprensión emocional necesaria para modificar creencias disfuncionales y la afectividad asociada así como las consecuencias conductuales de esas creencias(50,52).

Insight intelectual: Hace referencia a una adecuada comprensión de los síntomas por parte del paciente pero sin experimentar un cambio en el sistema delirante subyacente a diferencia del *insight* emocional (19,50,52).

Insight cognitivo: El concepto de *insight* cognitivo está ligado a Aaron Beck y sus modelos psicológicos cognitivos basados en las distorsiones y malinterpretaciones cognitivas y la metacognición(52,58). El *insight* cognitivo, contrapuesto al *insight* llamado “clínico”, en el que se enfatizan los síntomas que

son importantes para el diagnóstico y el tratamiento, en el “*insight* cognitivo” se acentuaría el mecanismo de evaluación y corrección de interpretaciones inadecuadas y creencias distorsionadas.(50,52,57) Según este modelo las limitaciones cognitivas contribuyen a déficit en *insight* clínico y al desarrollo de ideas delirantes. Cabe mencionar que las “limitaciones cognitivas” no se refieren a un déficit en la neurocognición, sino a las limitaciones en la capacidad para reflexionar sobre sus ideas y reevaluar sus creencias e interpretaciones erróneas(52,57,58). Basado en este modelo, Beck y colaboradores en 2004 publican los resultados con propiedades psicométricas de un nuevo instrumento, la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB; en inglés *Beck Cognitive Insight Scale*, BCIS), para la evaluación del *insight* desde una aproximación cognitiva(57,58). Beck define que con base en este constructo, la ausencia de *insight* se produciría por cuatro factores: 1) fallo de la objetividad; 2) pérdida de la habilidad para poner ésta en perspectiva; 3) resistencia a corregir información a partir de las otras opiniones y 4) exceso de confianza en las conclusiones. Beck hace referencia a la capacidad (limitada) de los pacientes con psicosis para evaluar sus experiencias anómalas y se centra en el estudio de las distorsiones cognitivas que realizan(50,57,58).

La importancia clínica del estudio del *insight* es determinada por los factores evolutivos de las enfermedades mentales con las que ha sido asociado. Los déficit de *insight*, por ejemplo en las psicosis, ha sido relacionado con mayor agresividad e impulsividad, con más consumo de sustancias y con una menor adherencia al tratamiento; y por lo tanto, con un peor pronóstico global de la enfermedad(49). En última instancia, la conciencia de enfermedad o *insight* es un factor determinante

en el pronóstico de la evolución de un paciente con esquizofrenia, siendo uno de los elementos involucrados su repercusión en la adherencia terapéutica(50).

Adherencia Terapéutica y Actitud hacia el Medicamento

La falta de adherencia terapéutica de pacientes con esquizofrenia ha sido asociada con malos resultados en la evolución de esta, los cuales incluyen los índices de recaídas, rehospitalizaciones y en general, pobre funcionalidad a largo plazo(59). Estudios recientes han señalado que la falta de adherencia terapéutica en las etapas iniciales de la esquizofrenia incrementan el riesgo de recaída y de rehospitalización. Algo importante a remarcar es que uno de los factores principales más determinante para la no adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia es la falta de *insight* o conciencia de enfermedad(59).

Diversos factores modulan la adherencia al tratamiento, y quizá uno de los más predominantes sea la actitud que presenta el paciente hacia la toma de algún medicamento. Esta actitud es un elemento que determina en gran parte el éxito de la adherencia terapéutica, puesto que será difícil que el paciente tome de forma adecuada y ordenada un medicamento que no acepta, cualesquiera que sean los motivos de esta inaceptación; aunque cabe señalar que el tipo y gravedad de la sintomatología juegan un papel importante tanto en la actitud como en la adherencia al medicamento (60).

Al hablar de la actitud hacia el medicamento entran en juego diferentes factores, dentro de estos es importante señalar los aspectos psicodinámicos que comprenden los significados y simbolismos que el paciente deposita sobre el

fármaco, el comprimido mismo y la administración de éste(19). Los significados atribuidos usualmente al medicamento por los pacientes con esquizofrenia pueden ser incluidos en tres categorías: a) control por la medicación, b) dependencia hacia la medicación y hacia el prescriptor, y c) el estigma resultante del uso de la medicación. Estos temas contrastan con las asociaciones comúnmente hechas al medicamento en la medicina general, como por ejemplo el alivio de los síntomas o los efectos secundarios(61). Existen otros factores más objetivos implicados en la actitud hacia el medicamento, tales como los efectos secundarios de l medicamento, los cuales pueden ser un elemento de suma importancia en la aceptación de éste por el enfermo(62).

A pesar de ser un elemento de suma importancia para el pronóstico de l paciente, la adherencia al tratamiento es un factor poco estudiado. Esto se debe en gran medida a la dificultad para poder evaluarla objetivamente y principalmente poder enfrentar el mayor obstáculo, la veracidad del paciente al momento de responder sobre la adherencia al tratamiento. Al tratar de sondear al paciente sobre el cumplimiento con el régimen terapéutico se ponen en juego diferentes componentes de la relación médico paciente, por los cuales el paciente tiende a mentir por el temor a sentirse “regañado” por el médico por no haber cumplido sus órdenes cabalmente(19). Para tratar de cuantificar un factor tan importante y complejo a la vez, como lo es la adherencia al tratamiento, se han desarrollado diferentes métodos que van desde los instrumentos basados en entrevistas o cuestionarios como el test de Batalla o el test de Morisky-Green, u otros medios como el recuento de comprimidos por sorpresa en domicilio(63). No obstante

estos métodos pueden ser útiles en enfermedades que cursan con un juicio conservado tales como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial, siendo estas entidades para las cuales se desarrollaron dichas escalas, no son del todo aplicables a pacientes psicóticos, en los que la conciencia de enfermedad y de la necesidad de tratamiento es mínima o nula(63,64)

La adherencia terapéutica, sin embargo, puede ser evaluada en pacientes psicóticos, de manera indirecta, al calificar la actitud hacia el medicamento que presenta el paciente, para lo cual hay instrumentos diseñados como el Inventario de Actitud hacia la Medicación que ha sido validado en varios estudios y muestra efectividad para calificar la aceptación del fármaco por parte de pacientes con esquizofrenia (64,65)

Diferentes estudios han señalado de qué forma los programas psicoeducativos muestran resultados fehacientes en la mejoría de la conciencia de enfermedad. Al mejorar esta variable, se observa también una mejor actitud hacia el medicamento al mejorar la aceptación de éste y por lo tanto mejora la adherencia al tratamiento, con la consiguiente mejoría del pronóstico de la evolución de la enfermedad(66).

Modelo de Rehabilitación Psicosocial en Hospital Parcial

En la ciudad de México, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez cuenta con servicios de atención hospitalaria, de urgencias, consulta externa y rehabilitación; en esta última área destaca el servicio de Hospital Parcial, con los modelos de Hospital de Día y Hospital de Fin de Semana(67).

La unidad de Hospital Parcial es un servicio de atención multidisciplinaria para la rehabilitación del paciente y de su familia. Surge como una alternativa de tratamiento a la hospitalización para pacientes con enfermedades mentales graves que cuenten con una red social de apoyo con capacidad de actuar como interface entre el abordaje clínico y el psicosocial. De esta forma, los tres objetivos principales del programa de Hospital Parcial son: 1) fomentar la conciencia de enfermedad mental no solo en los pacientes, sino también en sus familiares, con la consiguiente mejora en el apego terapéutico; 2) lograr una rehabilitación psicosocial integral con el propósito de la reinserción y funcionalidad social del paciente; y 3) Favorecer una dinámica familiar que facilite la aceptación y participación en los procesos de tratamiento y rehabilitación, generando un ambiente más estable, y convirtiendo a la familia en un agente terapéutico (50,67).

Este servicio se dedica primariamente a la atención de pacientes que cursen o hayan cursado algún trastorno psicótico, siendo la mayoría de estos pacientes, con diagnóstico de esquizofrenia. Las actividades que comprende este servicio pueden agruparse en: terapia ocupacional, psicoeducación, grupos psicoterapéuticos, talleres rehabilitatorios, asistencia terapéutica, asamblea de pacientes, actividades con familiares y comedor(50,67).

En la terapia ocupacional los pacientes se incluyen en diferentes talleres del servicio de Rehabilitación del Hospital, con el objetivo de desarrollar actividades que puedan serles útiles en su desempeño laboral. La psicoeducación se imparte en curso de 3 horas semanales durante los primeros cuatro meses de estancia en el servicio, tanto para los pacientes como para sus familiares. Existen

múltiples tareas psicoterapéuticas grupales para los pacientes que inician tras los primeros seis meses de estancia, una vez que hay concluido el curso psicoeducativo; dentro de estos grupos es tan a frontamiento de problemas, habilidades sociales, psicoterapia de grupo y psicodrama. Entre los talleres rehabilitatorios que se imparten es tan teatro, taller literario, expresión musical, expresión corporal y cine debate. Para la asistencia terapéutica se lleva un seguimiento psiquiátrico ambulatorio y la atención médica con tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Las intervenciones familiares están enfocadas tanto al fomento de la conciencia de enfermedad por parte de los familiares, como al tratamiento de la alta emoción expresada(50,67).

METODOLOGÍA

Planteamiento del Problema

La existencia de rasgos o trastornos de la personalidad en la esquizofrenia es algo poco estudiado. Por tal motivo hay poca información sobre la presentación de rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia.

Los individuos con esquizofrenia comúnmente sufren un déficit tanto en la conciencia de enfermedad, como en la capacidad de para realizar juicios acerca de sus experiencias; y por lo tanto existe una mayor dificultad para reconocer que tienen una enfermedad mental y la necesidad de tratamiento. Este pobre *insight* tiene importancia clínica en función al pronóstico, debido a su relación con la adherencia al tratamiento, reinserción a la sociedad y al funcionamiento psicosocial.

Los rasgos de personalidad y su auto percepción podrían guardar una importante relación con *insight* y en la adherencia terapéutica de los pacientes con esquizofrenia. De esta forma, surge la pregunta de investigación ¿Qué relación existe entre los rasgos de personalidad, el *insight* y la actitud hacia el medicamento en los pacientes con esquizofrenia?

Para contestar esta pregunta se realizó el presente estudio de investigación descriptiva, comparativa y correlacional con pacientes con esquizofrenia asistentes al servicio de Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en el periodo comprendido de agosto de 2014 a febrero de 2015, realizándose el análisis ulterior en abril de 2015.

Justificación

El conocer más sobre la presentación de rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia podría aportar información importante sobre las diferentes formas de adaptación de los pacientes con esquizofrenia. De igual forma, todo conocimiento sobre el *insight* podría ayudar a comprender la forma en que el paciente vive su enfermedad y se percibe a sí mismo. La correlación de dichos rasgos de personalidad con su apego al tratamiento podría brindar datos de importancia para conocer de forma más profunda los aspectos implicados en la falta de adherencia terapéutica y de qué forma puede mejorarse su cumplimiento terapéutico, así como los abordajes psicoterapéuticos involucrados en el *insight* y la personalidad.

Además, existe un gran vacío en el desarrollo de métodos de evaluación de la personalidad en pacientes con esquizofrenia, y la mayoría de estos es tá diseñado para una valoración heterodirigida por el médico. Este es el primer estudio en el que se evalúa la autopercepción de los rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia por medio del Inventario de Adjetivos para la evaluación de Trastornos de la Personalidad.

El explorar los factores ligados al *insight* – entre ellos la personalidad y su autoconcepción – así como su relación con la actitud hacia el medicamento y la adherencia terapéutica podría ayudar a construir abordajes más integrales para favorecer el tratamiento y rehabilitación de pacientes con esquizofrenia.

Hipótesis

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:

Los diferentes rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia tienen relación con el nivel de *insight* y la actitud hacia el medicamento.

HIPÓTESIS NULA:

Los diferentes rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia no tienen relación con el nivel de *insight* y la actitud hacia el medicamento.

Objetivos

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la frecuencia e intensidad de rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia y su relación con el nivel de *insight* y la actitud hacia el medicamento.

OBJETIVOS PARTICULARES:

1. Determinar la frecuencia de diferentes rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia y cuales tienen mayor predominancia.
2. Evaluar el nivel de *insight* en pacientes con esquizofrenia.
3. Evaluar la actitud hacia el medicamento en pacientes con esquizofrenia.
4. Comparar el *insight* entre los pacientes con esquizofrenia con diferentes rasgos de personalidad predominantes.

5. Comparar la actitud hacia el medicamento entre los pacientes con esquizofrenia con diferentes rasgos de personalidad predominantes.
6. Correlacionar la intensidad de los diferentes rasgos de personalidad con el *insight* de pacientes con esquizofrenia.
7. Correlacionar la intensidad de los diferentes rasgos de personalidad con la actitud hacia el medicamento de pacientes con esquizofrenia.

Tipo de estudio

Estudio transversal, descriptivo, comparativo y correlacional.

Muestra y Muestreo

Muestra: 43 pacientes.

Muestreo: No probabilístico, por cuotas e intencional.

Universo de la muestra: pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del servicio de Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Procedimiento

Se trata de un estudio transversal, descriptivo, comparativo y correlacional, para el cual se colectó una muestra no probabilística por cuotas intencionales de pacientes del servicio de Hospital Parcial con diagnóstico de esquizofrenia. Para esto se reunieron 43 pacientes que cumplieron con los criterios de selección señalados más adelante, de los cuales se excluyeron 13. Los pacientes atendidos en el servicio de Hospital Parcial debían tener el diagnóstico de esquizofrenia en su expediente y cumplir los criterios diagnósticos para esquizofrenia del DSM-IV-

TR sin especificar el subtipo. Posteriormente, una vez identificados los sujetos con esquizofrenia paranoide se aplicaron los siguientes instrumentos autoaplicables:

Inventario de A djetivos de T rastornos de P ersonalidad (IA-TP) por medio del cual se registró el puntaje de cada una de las nueve escalas de personalidad, introvertida, inhibida, c ooperativa, sociable, confiada, c onvincente, r espetuosa, sensible e i mpulsiva; as í m ismo s e r egistró pos teriormente l a es cala d e personalidad predominante de c ada individuo, para lo cual se consideró aquella que tuviera un puntaje mayor.

Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB) para evaluar cuantitativamente el nivel de *insight* de cada paciente en una escala numérica.

Inventario de Actitud h acia el M edicamento (DAI) para evaluar cuantitativamente la actitud hacia el medicamento respectivamente.

Una vez obt enidos los datos arrojados por los instrumentos se evaluó la relación e ntre éstas v ariables por medio del an álisis es tadístico des crito posteriormente.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

1. Pacientes de ambos sexos.
2. Que sean atendidos en el servicio de Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

3. Diagnóstico de Esquizofrenia (sin considerar el tipo de ésta) de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.
4. Edad entre 18 y 59 años.
5. Pacientes que acepten participar en el estudio y firmen la carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

1. Tener menos de tres meses cumplidos de atención en el servicio de Hospital Parcial.
2. Haber tenido algún internamiento en Hospitalización continua durante dentro de los últimos tres meses de estancia en Hospital parcial.
3. Pacientes con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.
4. Pacientes con historia de algún trastorno cerebral orgánico.
5. Pacientes con historia de trastorno psicótico debido a enfermedad médica.
6. Pacientes con historia de trastorno psicótico debido al consumo de sustancias.
7. Pacientes con criterios de internamiento (heteroagresividad, autoagresiones, o riesgo suicida).
8. Pacientes con consumo activo de cualquier sustancia psicotrópica que no sea tabaco o alcohol.
9. Pacientes con enfermedad médica grave
10. Pacientes que no deseen participar en el estudio o no firmen la carta de consentimiento informado.

Criterios de eliminación:

1. Pacientes que no concluyan la entrevista o aplicación de instrumentos.

Variables

Cuadro 1. Operacionalización de las variables					
Variable	Definición conceptual	Instrumento	Definición de la medición	Tipo de variable	Dependiente o independiente
Rasgo de personalidad predominante	Escala de rasgos de personalidad con mayor puntaje en comparación al resto de las escalas del mismo individuo.	Inventario de Adjetivos de Trastornos de la Personalidad (IA-TP)	introvertida, inhibida, cooperativa, sociable, confiada, convincente, respetuosa, sensible, impulsiva	Cualitativa Nominal	Independiente
Escalas de personalidad: a) Introvertida b) Inhibida c) Cooperativa d) Sociable e) Confiada f) Convincente g) Respetuosa h) Sensible i) impulsiva	Puntuaciones T de cada una de las escalas de rasgos de personalidad que indica la intensidad con que se presentan tales rasgos	Inventario de Adjetivos de Trastornos de la Personalidad (IA-TP)	20 a 80 puntos cada una. Normalidad de 40 a 60 puntos <40 puntos: bajo >60 puntos: alto	Cualitativas Nominales	Independientes
Insight	Nivel de insight cognitivo	Inventario de Insight Cognitivo de Beck (EICB)	-18 a +27 puntos	Cuantitativa Continua Escalar	Dependiente
Actitud hacia el medicamento	Evaluación cuantitativa de la actitud y el apego al tratamiento	Inventario de Actitud hacia el Medicamento (DAI)	-10 a +10 puntos	Cuantitativa Continua Escalar	Dependiente

Instrumentos

Inventario de Adjetivos de Trastornos de Personalidad (IA-TP) (33)

El Inventario de Adjetivos para la evaluación de los Trastornos de Personalidad (IA-TP) es un instrumento psicológico de autoinforme formado por nueve escalas pensadas para evaluar y predecir la predisposición hacia nueve tipos de trastornos de personalidad descritos en el eje I del DSM-IV-TR y

coherentes con los rasgos de personalidad normales. Éstas escalas son: escala 1 introvertida/esquizoide, escala 2 inhibida/evitativa, escala 3 cooperativa/dependiente, escala 4 sociable/histriónica, escala 5 confiada/narcisista, escala 6 convincente/antisocial, escala 7 respetuosa/obsesivo-compulsiva, escala 8 sensible/negativista, escala 9 impulsiva/límite. Cada una de las nueve escalas se definen según el rasgo normal de personalidad y el trastorno asociado a éste, de acuerdo con el supuesto de un continuum entre los rasgos de personalidad normal y el trastorno de personalidad, tal como fue planteado por Millon(15), en cuya teoría se sustenta el marco teórico de esta prueba(33) (Cuadro 2). Estas escalas evalúan tanto la intensidad como la desproporción en manifestadas en los rasgos autoevaluados, lo que proporciona información sobre el perfil completo de personalidad del sujeto evaluado, así como datos importantes sobre su autopercepción.

Cuadro 2. Cuadro comparativo de las escalas de rasgos de personalidad normales del IA-TP y los trastornos de personalidad descritos por varios autores.

Escala	IA-TP	Beck	DSM-IV-TR	CIE-10
1	Introvertido	Esquizoide	Esquizoide	Esquizoide
2	Inhibido	Evitativo	Evitativo	Evitativo
3	Cooperativo	Dependiente	Dependiente	Dependiente
4	Sociable	Histriónico	Histriónico	Histriónico
5	Confiado	Narcisista	Narcisista	
6	Convincente	Antisocial	Antisocial	Disocial
7	Respetuoso	Compulsivo	Obsesivo-Compulsivo	Anacástico
8	Sensible	Pasivo-Agresivo	Pasivo-Agresivo (Negativista)	
9	Impulsivo		Límite	Inestabilidad emocional
		Paranoide	Paranoide	Paranoide

Modificado de Tous, Pont, Muiños, 2009 (33)

El IA-TP consta de 146 ítems-adjetivos, distribuidos en igual número en cada una de las 9 escalas, de modo que cada escala está compuesta de 19 ítems-adjetivos, de los cuales 14 adjetivos son propios de dicha escala, llamados discriminantes; y los otros 5 son compartidos con los adjetivos de cualquiera otra de las escalas restantes y se denominan comunes; excepto en la escala 9 impulsiva, donde todos los adjetivos comunes corresponden a adjetivos discriminantes de otras escalas.

El IA-TP permite una aplicación rápida ya que está pensado para que la persona a evaluar pueda escoger o rechazar de forma racional los 146 adjetivos en un tiempo aproximado de entre 10 y 15 minutos, ofreciendo en este reducido intervalo de tiempo una medida precisa y válida en cada una de las nueve escalas evaluadas por la prueba, muy útil en contextos educativos o clínicos.

Para su calificación, cada adjetivo escogido puntúa 1 punto. La puntuación bruta de una escala es la suma total de adjetivos de dicha escala, seleccionados por el individuo como descriptores de su personalidad. Esta puntuación bruta debe ser transformada en puntuación directa mediante una ecuación de regresión lineal para posteriormente ser tipificada y convertida en puntuación T. Esta transformación tiene por objetivo controlar la reactividad al listado de adjetivos, es decir, la tendencia de contestar pocos o demasiados adjetivos, ya que el número de respuestas es libre. En cada prueba contestada es necesaria la corrección antes de pasar a la puntuación tipificada de las escalas del IA-TP. Esta corrección es realizada automáticamente por el software de corrección en Internet.

Una vez obtenidas las puntuaciones T de cada escala, éstas representan la intensidad de cada una de las escalas de rasgos de personalidad expresadas de forma numérica cuantitativa. Tomando en cuenta estas puntuaciones que van de 30 a 80, se realiza un perfil para cada individuo de acuerdo con la puntuación de cada escala, de modo que una puntuación menor a 40 puntos T representa un rasgo expresado de forma baja, mientras que una puntuación por encima de 70 representa una alta expresión de rasgos de tal escala. Las puntuaciones entre 40 y 60 son consideradas dentro de la normalidad de la intensidad de rasgos que pueden ser expresados en un individuo sano.

El DSM-IV(6) considera 11 trastornos de personalidad que son: paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite, histriónico, narcisista, evitativo, dependiente, obsesivo compulsivo y trastorno no especificado que incluye en su apéndice a la antigua denominación del pasivo-agresivo o negativista y el depresivo. En el IA-TP se evalúan solo 9 de estos 11 trastornos ya que los autores no han encontrado la evidencia empírica suficiente para evaluar la paranoia y esquizotipia de forma independiente(33).

Otra organización de los trastornos de personalidad la encontramos en la aplicación diagnóstica de los mismos al perfil de cada persona. En este caso se suele distinguir entre los trastornos clínicos de la personalidad: esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, obsesivo-compulsivo y negativista/pasivo-agresivo; y los trastornos graves de la personalidad: paranoide, esquizotípico y límite. Estos trastornos considerados graves son precisamente aquellos relegados de la evaluación en el IA-TP, debido a que el instrumento se

enfoca más en los trastornos llamados clínicos, por su más cercana relación con los rasgos normales. De esta forma, se logra descartar los perfiles de trastornos más psicopatológicos, para enfocarse solo en los rasgos relacionados con un continuum desde la normalidad hasta el trastorno.

Es posible buscar en la psiquiatría más tradicional una relación entre los trastornos de personalidad y los síndromes del eje I del DSM-IV. En este sentido, los trastornos de personalidad esquizoide, esquizotípico y paranoide se relacionan con los síndromes psicóticos, particularmente la esquizofrenia(33). La utilidad de este instrumento, en particular en la evaluación de rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia, es que precisamente se para los trastornos de personalidad más “*esquizofrénicos*” como la esquizotipia y la paranoia, que podrían inducir un sesgo con la sintomatología psicótica y conserva solo la evaluación de los trastornos clínicos de personalidad relacionados con los rasgos de personas normales(33).

El instrumento fue diseñado para adolescentes y adultos jóvenes originalmente; no obstante ha sido aplicado a adultos con padecimientos psiquiátricos (35), y existen varios estudios de su uso en población con trastornos de aprendizaje (33,36). En el manual de la prueba se menciona que también puede ser usada para determinar las disposiciones personales hacia la conducta hiperactiva, hacia aquella relacionada con el síndrome de Asperger, la conducta anoréxica y dependiente(33). Ésta es la primera vez que se utiliza el instrumento en población con un padecimiento psicótico crónico como la esquizofrenia.

El IA-TP no ha sido empleado en estudios de personalidad en México, sin embargo cuenta con validación en España y ha sido empleado en el estudio de la personalidad de pacientes con trastornos psiquiátricos(33,35). Además, el IA-TP permite una mejor correlación de los rasgos de personalidad con la clasificación del DSM-IV, que otros instrumentos como el TCI que determina rasgos de carácter y temperamento, pero con difícil interpretación dentro de la clasificación psiquiátrica de trastornos de personalidad.

Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB) (58)

Instrumento para medir insight cognitivo: Escala de Insight Cognitivo de Beck. Ha sido diseñada para evaluar la capacidad de insight cognitivo esto es, la práctica de la autorreflexión como mecanismo metacognitivo de examen y análisis de los síntomas de la enfermedad que permite la re-evaluación continua de interpretaciones inadecuadas(50,57,68).

La escala está formada por una medida de auto-registro de 15 ítems que valora cómo los pacientes evalúan su propio juicio. Consta de dos subescalas: Auto-Reflexión (R) (9 ítems) que comprende los ítems 1, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 14, 15 y Auto-Certeza (C) (6 ítems) que comprende los ítems 2, 7, 9, 10, 11 y 13. El formato de respuesta está diseñado con 4 opciones tipo Likert: Nada de acuerdo (0), Un poco de acuerdo (1), Bastante de acuerdo (2) y totalmente de acuerdo (3). La suma de las puntuaciones permite obtener una puntuación total del insight cognitivo con un rango de respuestas posibles de 0 a 36 para Auto-Reflexión y de 0 a 18 para Auto-Certeza. Para su evaluación se suma el puntaje total de la

subescala de auto-reflexión y se resta el puntaje total de la subescala de auto-certeza. A mayor puntuación, mejor insight cognitivo(57,58,69).

Fiabilidad: consistencia interna para R de 0.59, para C de 0.62. Fiabilidad re-test: coeficiente de correlación intraclass 0.69 para R y 0.72 para C. Validez convergente, insight correlaciona con AR, AC y el índice R-C, -0.35, 0.42 y -0.51 ($p < 0.000$), respectivamente(57,58,69).

La EICB fue validada en España por Gutiérrez-Zotes en 2012 (57) a partir de la versión original de Beck (68). A pesar de no contar con una precisa validación de la escala en México, ha sido empleada previamente para el estudio del *insight* cognitivo en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez(50).

Inventario de Actitud hacia el Medicamento (DAI)(62)

Se trata de un instrumento autoaplicado, de fácil uso, que permite evaluar las respuestas subjetivas específicas a los fármacos. Puede utilizarse como método de autoevaluación de la actitud hacia el medicamento, e indirectamente, de la adherencia al tratamiento. Se presenta en dos versiones (10 y 30 ítems). La versión larga formada por 30 ítems se agrupa en 7 categorías: respuesta subjetiva positiva, negativa, salud y enfermedad, médico, control, prevención y daño. La versión breve, formada por 10 ítems, aborda el efecto percibido de la medicación. Los ítems son de respuesta dicotómica verdadero – falso. No existen puntos de corte definidos; a mayor puntuación, efecto percibido de la medicación más positivo. Tiene un rango de puntuación de -10 (peor actitud a la medicación) a +10

(mejor actitud a la medicación). Para su calificación se suman todas las respuestas positivas y se restan las negativas(65).

El DAI es una prueba confiable para el estudio de la actitud al medicamento en pacientes con esquizofrenia y otros padecimientos psicóticos(62,65). A pesar de no contar con una validación estadística del inventario en México, es empleado en la clinimetría de rutina para el ingreso, seguimiento y egreso de todos los pacientes admitidos en la unidad de Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez(67).

Análisis estadístico

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS 20.0, con el que se calculó primero la estadística descriptiva y posteriormente la comparación entre grupos clasificados por rasgos predominantes por medio de un análisis de varianza. En seguida, se utilizó una correlación de Pearson para relacionar los puntajes de cada una de las escalas de personalidad con las puntuaciones de nivel de *insight* y actitud hacia el medicamento.

Consideraciones éticas

El estudio no implicó mayor malestar, riesgo o costo para el paciente ni sus familiares. Se trató de un estudio de investigación con riesgo mínimo, de acuerdo a la clasificación establecida en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Título Segundo, De Los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, artículo 17:

ARTÍCULO 17. [...] II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: [...] pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, [...](70)

Los procedimientos consistieron en la aplicación únicamente de cuestionarios y entrevistas a los pacientes, sin ningún método invasivo, y solo tras haber aceptado voluntariamente, habiendo tenido clara y debida información sobre el protocolo de estudio y firmando la carta de consentimiento informado. Las entrevistas y cuestionarios se realizaron en los consultorios y salas del servicio de Hospital Parcial, con una duración aproximada de 30 a 45 min.

En todo momento el paciente recibió un trato digno y toda información proporcionada fue resguardada con eficiente y absoluta confidencialidad. Su participación en este estudio fue totalmente voluntaria, por lo que tuvieron la oportunidad de rehusarse a participar o retirarse en cualquier momento, sin que esto afectara su atención o tratamiento en el hospital. La identidad de los pacientes y sus familiares fue guardada en total secreto, manteniendo en todo momento oculto el nombre del paciente y otros datos de identificación. Todos los gastos que implicó el actual estudio fueron absorbidos por el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, sin que esto representara ningún costo extra para el paciente.

Todos los procedimientos se realizaron de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

RESULTADOS

Se entrevistaron un total de 43 pacientes, de los cuales, se excluyeron 13 por no terminar los cuestionarios o no poder llevar a cabo las instrucciones de los mismos de forma adecuada, quedando 30 pacientes para el análisis.

Características sociodemográficas

En cuanto a los datos sociodemográficos, de estos 30 pacientes el 83.3% fueron hombres (25 pacientes) y 16. 7% mujeres (5 p acientes), c on un a ed ad promedio de 3 1.5 (desviación es tándar 8. 9) años c on un m áximo de 51 y un mínimo d e 20 a ños (Cuadro 3). D e es tos i ndividuos el 90% s on s olteros (27 pacientes), 6. 7% c asados (2 pacientes) y 3. 3% divorciados (1 pac iente). La frecuencia de creencias religiosas fue de 70% para religión católica (21 pacientes), 3.3% c ristiana (1 p aciente) y 26. 7% ni nguna (8 pac ientes). En t orno a l a escolaridad se encontró el 23.3% con nivel de secundaria (7 pacientes), 40% con bachillerato (12 p acientes), 1 0% c on nivel t écnico (3 p acientes), 16. 7% c on licenciatura trunca (5 pacientes) y 10% c on licenciatura completa (3 pacientes). Respecto a s u actividad l aboral el 63.3% no t iene ninguna oc upación (19 pacientes), el 6.7% (2 pacientes) son estudiantes, y el 30% restante (9 pacientes) tenían diversas ocupaciones laborales (Cuadro 4).

Cuadro 3. Frecuencia de edades.				
	media	desviación estándar	mínima	máxima
Edad (años)	31.5	8.9	20	51

Cuadro 4. Características sociodemográficas.		
Característica	N (total = 30)	% (total = 100%)
<u>Sexo</u>		
Masculino	25	16.7
Femenino	05	03.3
<u>Estado civil</u>		
Soltero	27	90.0
Casado	02	06.7
Divorciado	01	03.3
<u>Religión</u>		
Católica	21	70.0
Cristiana	01	03.3
Ninguna	08	26.7
<u>Escolaridad</u>		
Secundaria	7	23.3
Bachillerato	12	40.0
Técnico	3	10.0
Lic. trunca	5	16.7
Lic. completa	3	10.0
<u>Ocupación</u>		
Ninguna	19	63.3
Estudiante	2	06.7
Comerciante	3	10.0
Campesino	1	03.3
Limpieza	1	03.3
Audiovisuales	3	10.0
Recepcionista	1	03.3

Características clínicas

En el análisis de los datos clínicos se observó un promedio de internamientos previos de 1.93 (desviación estándar de 1.98), con un máximo de 10 y un mínimo de 0 internamientos; un promedio de estancia en Hospital Parcial de 7.3 meses (desviación estándar de 5.73), con un máximo de 33 meses y un mínimo de 3 meses (Cuadro 5) (Figuras 1 y 2).

Cuadro 5. Características clínicas					
	Media	desviación estándar	moda	mínima	máxima
Número de internamientos	1.93	1.98	1	0	10
Meses en Hospital Parcial	7.3	5.73	3	3	33

Figura 1. Frecuencia de número de internamientos.

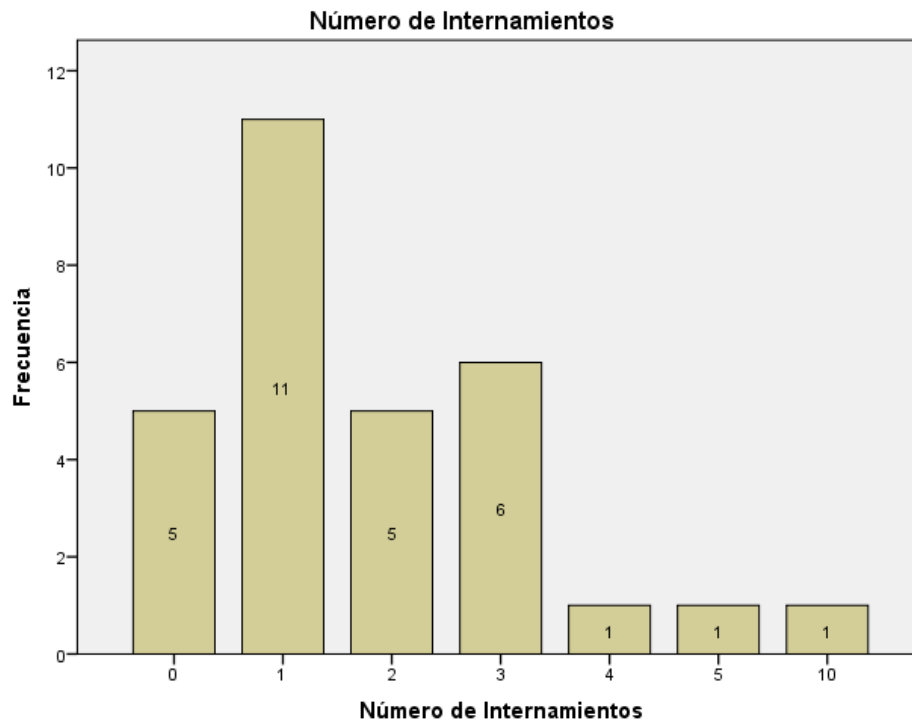
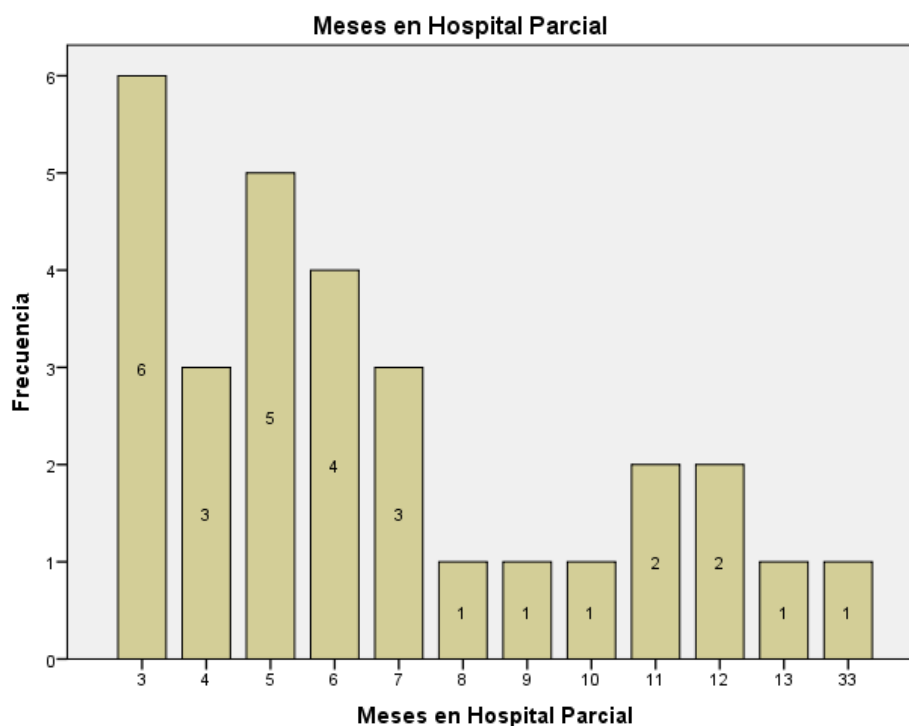


Figura 2. Frecuencia de meses en Hospital Parcial



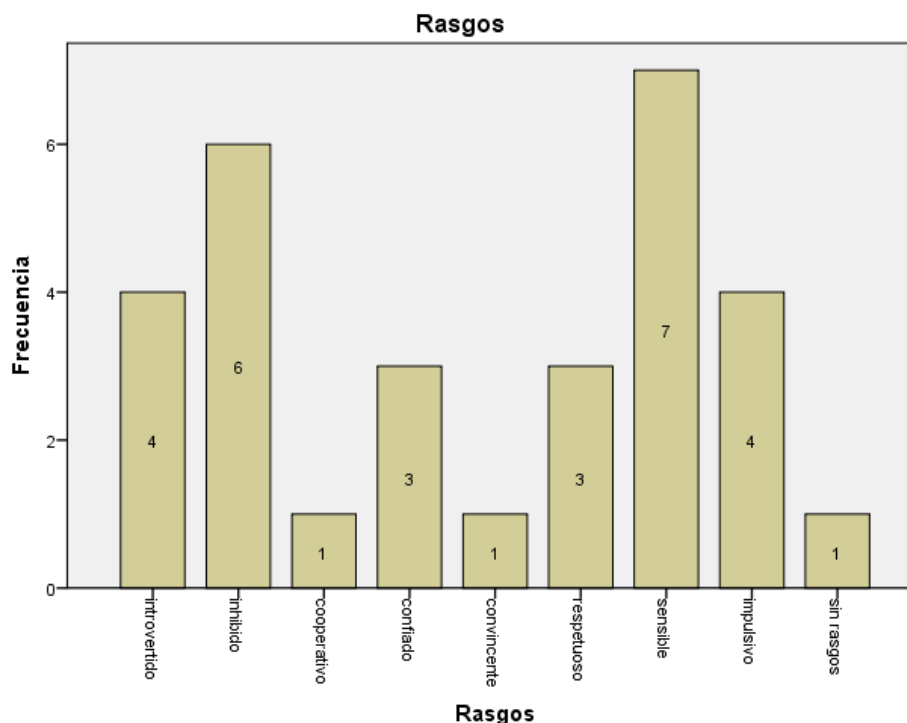
Rasgos de personalidad

Los resultados de los instrumentos mostraron los siguientes resultados: En cuanto a los rasgos de personalidad predominantes obtenidos por las escalas del Inventario de Adjetivos de Trastornos de la Personalidad (IA-TP), se contabilizó la escala de rasgos que tuvo mayor puntaje de cada paciente; de esta forma, la escala más frecuente fue la de rasgos de personalidad sensible/negativista con 23.3% (7 pacientes), y seguida de las escalas de personalidad inhibida/evitativa con 20% (6 pacientes), introvertida/esquizoide con 13.3% (4 pacientes), impulsiva/límite con 13.3% (4 pacientes), confiada/narcisista con 10% (3 pacientes), respetuosa/obsesiva-compulsiva con 10% (3 pacientes); y por último las escalas de personalidad cooperativa/dependiente con 3.3% (1 paciente), convincente/antisocial con 3.3% (1 paciente), y sin rasgos predominantes con

3.3% (1 paciente). Cabe señalar que en ninguno de los pacientes la escala de personalidad sociable/histriónica tuvo un lugar predominante, por lo cual, ésta no se contabilizó para las gráficas (Cuadro 6, Figura 3).

Cuadro 6. Frecuencia de escalas de rasgos de personalidad predominantes de acuerdo con resultados de IA-TP		
Escala de rasgos predominantes	N (total = 30)	% (total = 100%)
Introvertida/esquizoide	4	13.3
Inhibida/evitativa	6	20.0
Cooperativa/dependiente	1	03.3
Confiada/narcisista	3	10.0
Convincente/antisocial	1	03.3
Sociable/histriónica	0	0
Respetuosa/obsesivo-compulsiva	3	10.0
Sensible/negativista	7	23.3
Impulsiva/límite	4	13.3
Sin rasgos predominantes	1	03.3

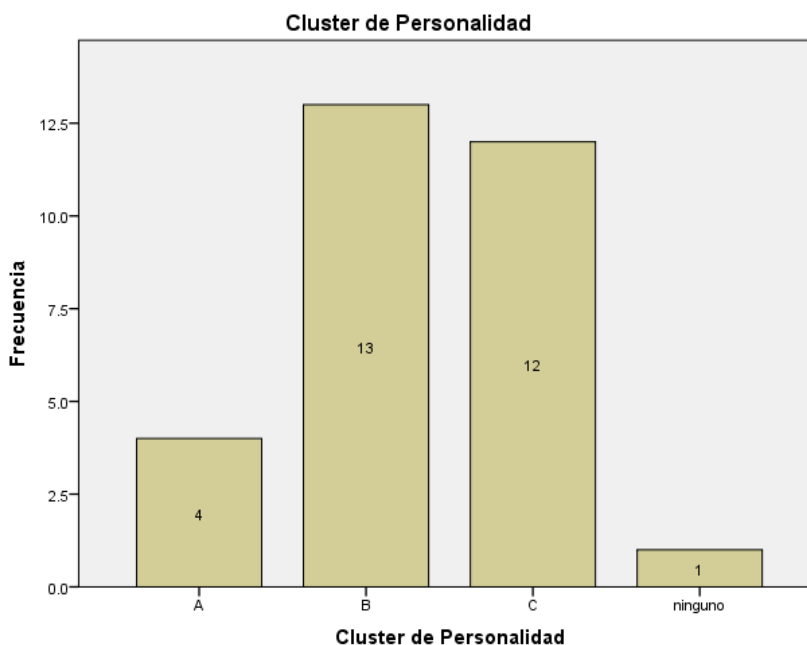
Figura 3. Frecuencia de escalas de rasgos de personalidad predominantes de acuerdo con resultados de IA-TP



Posteriormente se clasificaron estas escalas de rasgos predominantes en función de cada uno de los 3 clústeres de personalidad (A, B o C) o sin ningún rasgo predominante. En el caso de la escala de personalidad sensible/negativista, no está considerada en el DSM-IV-TR dentro de los trastornos de personalidad, sin embargo en el Manual del IA-TP se describe que comparte características de los clústeres B y C, por lo que para la clasificación de los 7 pacientes en los que ésta fue la escala predominante, se consideró la segunda escala con mayor puntaje, de forma que si el primer lugar lo ocupaba la escala de sensible/negativista, y el segundo alguna escala de clúster B, el paciente se contabilizó como clúster B (71.4%, 5 pacientes), lo mismo para el caso en que el paciente tuviera una segunda escala predominante de clúster C (28.6%, 2 pacientes). Al agrupar los resultados de escalas de personalidad en los respectivos clústeres de acuerdo con la clasificación de trastornos de personalidad del DSM-IV-TR se encontró una distribución de frecuencias con 13.3% en clúster A (4 pacientes), 43.3% en clúster B (13 pacientes), 40% en clúster C (12 pacientes), y 3.3% (1 paciente) sin rasgos de algún clúster particular (Cuadro 7, Figura 4).

Cuadro 7. Frecuencia de escalas de rasgos de personalidad predominantes agrupadas por clústeres de personalidad.		
Clúster	N (total = 30)	% (total = 100%)
A	4	13.3
B	13	43.3
C	12	40.0
ninguno	1	3.3

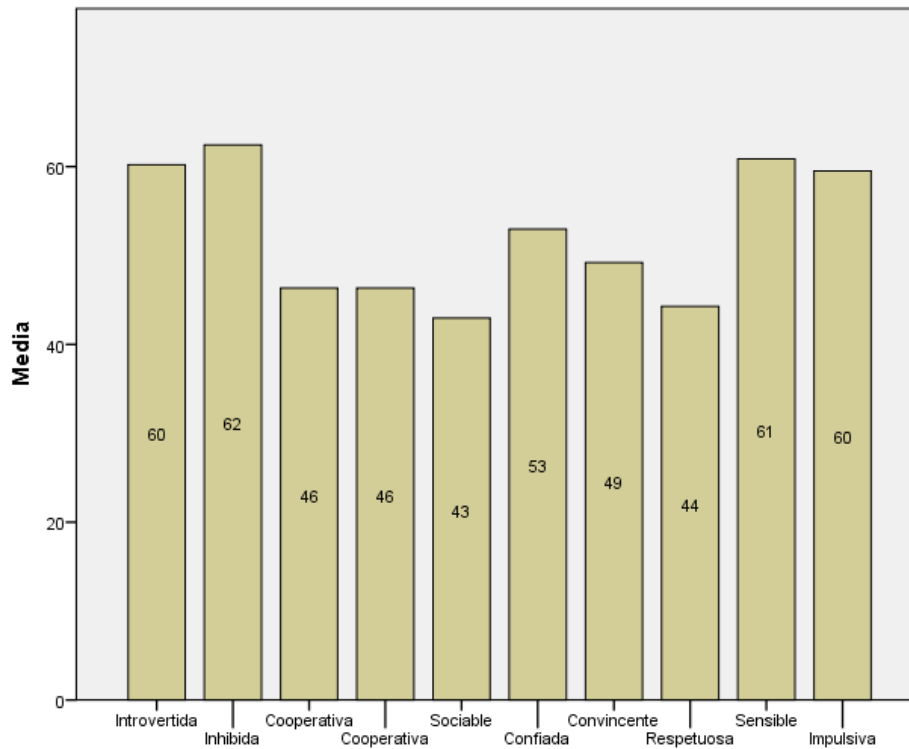
Figura 4. Frecuencia de escalas de rasgos de personalidad predominantes agrupadas por clústeres de personalidad.



Los resultados del IA-TP se midieron por el puntaje obtenido en cada una de las escalas de personalidad para cada paciente registrándose de forma cuantitativa además de destacar únicamente el rasgo predominante. Después se registró la media de los puntajes de cada escala para los 30 pacientes. En lo que respecta a estas puntuaciones de cada una de las escalas de rasgos de personalidad del Inventario de Adjetivos de Trastornos de la Personalidad (IA-TP), se encontraron los datos mostrados en la gráfica y el cuadro, siendo las escalas con más puntuación las de personalidad inhibida/evitativa ($m=62.43$, $std=10.62$), sensible/negativista ($m=60.8$, $std=11.6$), introvertida/esquizoide ($m=60.2$, $std=9.34$) y de impulsiva/límite ($m=59.5$, $std=12.06$); y las escalas con menor puntuación las de confiada/narcisista ($m=42.97$, $std=8.95$), respetuosa/obsesivo-compulsiva ($m=44.27$, $std=12.76$) y cooperativa/dependiente ($m=46.33$, $std=9.08$) (Cuadro 8, Figura 5).

Cuadro 8. Puntuaciones de las escalas de personalidad del IA-TP				
Escalas de personalidad	media	desviación estándar	mínima	máxima
Introvertida/esquizoide	60.20	09.34	38	79
Inhibida/evitativa	62.43	10.62	40	78
Cooperativa/dependiente	46.33	09.08	37	66
Confiada/narcisista	42.97	08.95	25	62
Convincente/antisocial	52.97	10.41	27	73
Sociable/histriónica	49.20	09.72	25	67
Respetuosa/obsesivo-compulsiva	44.27	12.76	19	73
Sensible/negativista	60.87	11.60	39	75
Impulsiva/límite	59.50	12.06	33	75

Figura 5. Puntuaciones de las escalas de personalidad del IA-TP.



Insight

En cuanto al insight cognitivo, la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB) arrojó un rango de resultados desde -6 hasta 11 puntos en la escala, con un promedio de 2.87 (desviación estándar de 4.51). Respecto a la actitud al medicamento, evaluada por el Inventario de Actitud al Medicamento (DAI), se encontraron resultados desde -6 hasta 10 puntos de la escala, con un promedio de 4.33 (desviación estándar de 4.55) (Cuadro 9).

Cuadro 9. Resultados de las escalas EICB y DAI en el total de la muestra.				
	media	desviación estándar	mínima	máxima
EICB	2.87	4.51	-6	11
DAI	4.33	4.55	-6	10

En un segundo análisis de acuerdo con las puntuaciones en la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB) se realizaron dos comparaciones entre estos resultados y los rasgos de personalidad obtenidos en el IA-TP en función de dos distintas formas de evaluar los resultados de esta escala.

Primero, tomando en cuenta el rasgo de personalidad predominante de cada paciente se formaron grupos con base en dicho rasgo, y se realizó una comparación de medias de puntaje de *insight* de la EICB por medio de un análisis de varianza para confirmar la diferencia entre estos grupos (Cuadro 10). Sin embargo, aunque el ANOVA reportó significancia intergrupo de 0.012, no se pudo realizar un análisis *post-hoc* debido a que los grupos eran demasiado heterogéneos y de muy pocos individuos, considerándose sin diferencia estadísticamente significativa.

Cuadro 10. Comparación de medias por ANOVA de puntuaciones de *insight* de EICB y actitud hacia el medicamento de DAI entre las escalas de personalidad.

ANOVA de un factor		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
EICB	Inter-grupos	332.788	8	41.599	3.377	.012
	Intra-grupos	258.679	21	12.318		
	Total	591.467	29			
DAI	Inter-grupos	80.619	8	10.077	.407	.904
	Intra-grupos	520.048	21	24.764		
	Total	600.667	29			

En la siguiente comparación, sin embargo, se tomó en cuenta la puntuación individual de cada una de las escalas de personalidad del IA-TP y se realizó una correlación de Pearson para encontrar la relación entre el puntaje de cada una de estas escalas con el nivel de *insight* de acuerdo a la EICB, donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de *insight* con una correlación positiva para las escala introvertida/esquizoide ($R=0.500$, $Sig=0.005$) y la escala inhibida/evitativa ($R=0.475$, $Sig=0.008$), e igualmente diferencias significativas pero con correlación negativa para las escalas cooperativa/dependiente ($R=-0.453$, $Sig=0.012$) y sociable/histriónica ($R=-0.022$, $Sig=0.005$) (Cuadro 11, Figura 6). Cabe señalar que la escala impulsiva/límite, si bien no tuvo diferencia estadísticamente significativa en cuanto al nivel de *insight*, sí estuvo en un rango marginal ($R=0.350$, $Sig=0.058$) con una correlación positiva.

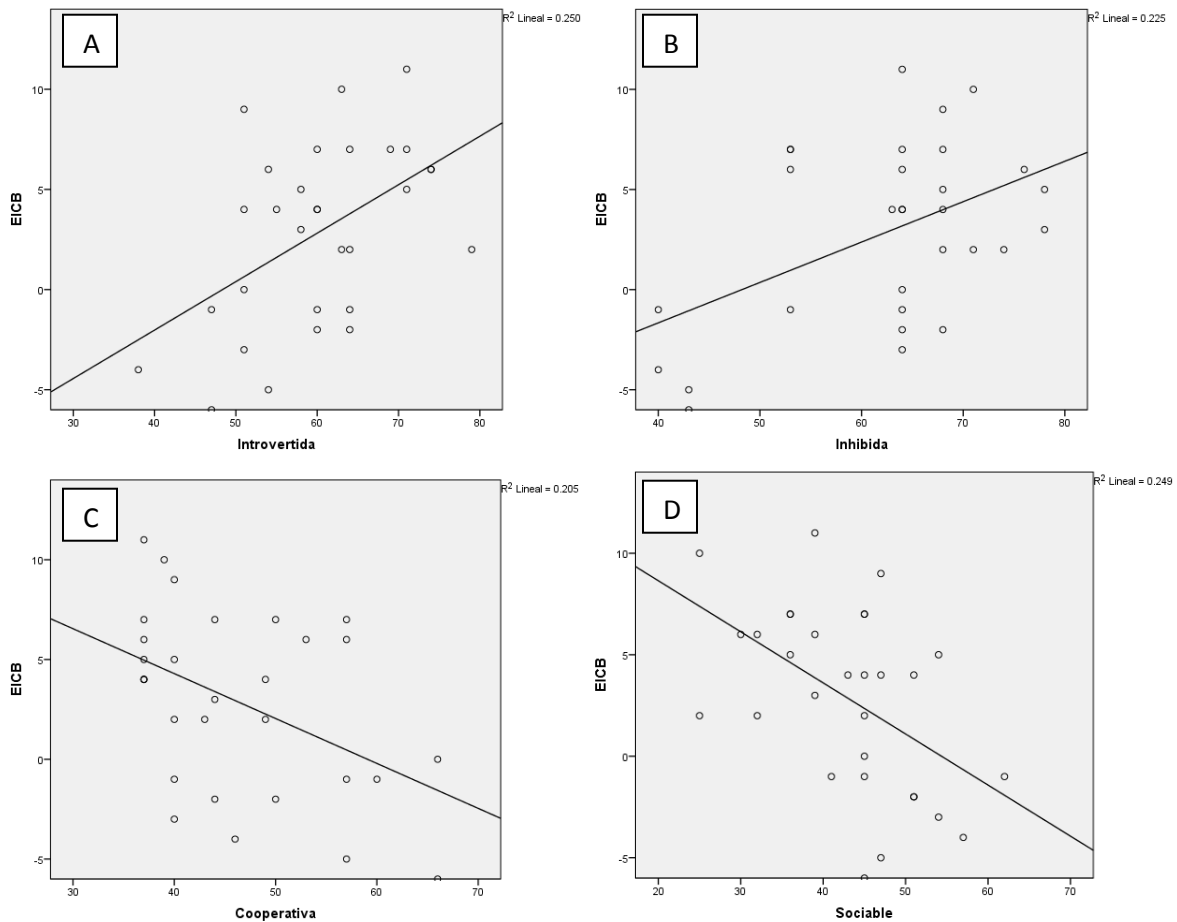
Cuadro 11. Correlaciones entre puntuaciones de insight de EICB y las puntuaciones de las escalas de personalidad del IA-TP

	EICB	Introvertida	Inhibida	Cooperativa	Sociable	Confiada	Convincente	Respetuosa	Sensible	Impulsiva
Correlación de Pearson	1	.500**	.475**	-.453*	-.499**	.022	-.091	-.242	.121	.350
Sig. (bilateral)		.005	.008	.012	.005	.909	.632	.198	.525	.058
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Figura 6. Correlaciones entre puntuaciones de *insight* de EICB y las puntuaciones de las escalas de personalidad del IA-TP.



Gráficas de dispersión de puntos con línea de regresión que muestran las correlaciones entre la puntuación del nivel de *insight* de la EICB y las diferentes escalas de personalidad: A) introvertida/esquizoide, B) inhibida/evitativa, C) cooperativa/dependiente, D) sociable/histrionica.

Actitud hacia el medicamento

Posteriormente se analizó la relación entre las escalas de rasgos de personalidad y la actitud al tratamiento de acuerdo con la puntuación obtenida en el DAI. Para esto se analizaron los datos igualmente, primero considerando los rasgos predominantes de cada paciente y agrupando de acuerdo con las escalas, las medias del puntaje de actitud hacia el medicamento. Se realizó una comparación de medias por medio de un análisis de varianza en el cual no se encontraron diferencias significativas (Sig=0.904) (Cuadro 10).

Después se realizó el análisis considerando las puntuaciones de cada una de las escalas de personalidad de forma cuantitativa y comparándolas con la puntuación de la actitud al medicamento del DAI, para lo cual se realizó una correlación de Pearson, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas (Cuadro 12).

Cuadro 12. Correlaciones entre puntuaciones de actitud hacia el medicamento del DAI y las puntuaciones de las escalas de personalidad del IA-TP

	DAI	Introvertida	Inhibida	Cooperativa	Sociable	Confiada	Convincente	Respetuosa	Sensible	Impulsiva
DAI Correlación de Pearson	1	-.174	.072	-.140	.317	.079	.248	.051	.039	-.116
Sig. (bilateral)		.359	.703	.462	.088	.679	.187	.790	.839	.541
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

DISCUSIÓN

En la literatura se han reportado perfiles de personalidad, temperamento y carácter característicos o definatorios de los pacientes con esquizofrenia(29). José Luis Patiño(7) describe al esquizofrénico con rasgos paranoides, autismo y pérdida de las relaciones interpersonales, lo cual coincide con rasgos de los trastornos paranoides y esquizoides de la clasificación del DSM-IV(6).

En los resultados del IA-TP en este estudio, al considerar las escalas de rasgos predominantes de cada individuo, se encontró que las escalas sobresalientes con mayor frecuencia fueron las de sensible/negativista (7 pacientes), inhibida/evitativa (6 pacientes), introvertida/esquizoide (4 pacientes), impulsiva/límite (4 pacientes); mientras que las escalas con menor frecuencia fueron la cooperativa/dependiente (1 paciente), convincente/antisocial (1 paciente) y sociable/histriónica (0 pacientes). Al contabilizar y analizar los puntajes T de cada escala, aquellas con mayor puntuación fueron inhibida/evitativa (62 puntos), sensible/negativista (61 puntos), introvertida/esquizoide (60 puntos) e impulsiva/límite (60 puntos); y las de menor puntaje coincidieron las escalas sociable/histriónica (43 puntos), respetuosa/obsesiva-compulsiva (44 puntos) y cooperativa/dependiente (46 puntos).

Tanto en frecuencia de escalas predominantes como en media de puntajes más altos, coincidieron las escalas más elevadas con las de mayor puntuación y también las de frecuencia más baja con las de menor puntuación. De esto podemos observar que el perfil promedio de rasgos de personalidad autopercebidos en los pacientes con esquizofrenia de la muestra seleccionada

consiste en un predominio de rasgos de los trastornos de personalidad evitativo, esquizoide, negativista (pasivo-agresivo) y límite; y poca a nula presencia de rasgos histriónicos y dependientes. Esto coincide con lo reportado en los estudios de validación estadística del instrumento IA-TP(33) en donde se encontraron correlaciones entre las mismas escalas, las cuales se describen a continuación: Las escalas 1 introvertida, 2 inhibida, 8 sensible y 9 impulsiva se correlacionan positivamente entre ellas; y guardan una correlación negativa con las escalas sociable, confiada y convincente. Esto confirma la existencia de un patrón predecible en la muestra seleccionada.

Tous, Pont y Muiños (2004)(33) ya describen en el manual del IA-TP que los trastornos graves de personalidad pueden entenderse como compuestos de los trastornos clínicos de personalidad; de forma que, por ejemplo, el trastorno esquizotípico corresponde con conductas graves de los trastornos esquizoide y evitativo. Siendo, de hecho, el trastorno esquizotípico o personalidad esquizotípica una entidad ligada fuertemente al espectro esquizofrénico(71).

La predominancia de rasgos de los trastornos de personalidad esquizoide y evitativa en pacientes con esquizofrenia ya es descrita por Moore (2010) y Torti (2013)(38,40).

Al establecer una relación entre los trastornos de personalidad categóricos de acuerdo con el DSM-VI y los elementos dimensionales de carácter y temperamento de Cloninger, encontramos que los trastornos de personalidad clúster A y C se correlacionan positivamente con alta puntuación dimensión de evitación del daño (HA) y negativamente con las dimensiones de búsqueda de la novedad (NS), dependencia de la recompensa (RD) y cooperatividad (C)(24,26).

En el caso de pacientes con esquizofrenia y con alto riesgo de psicosis, se ha observado que puntúan con perfiles similares de temperamento y carácter, lo cual plantea la posibilidad de un probable endo fenotipo de la esquizofrenia, manifestado a través de rasgos de personalidad (29,38,48).

En resumen, podemos adelantar que los pacientes con esquizofrenia presentan de forma más o menos generalizada un patrón de rasgos de personalidad con rasgos esquizoides y evitativos y pocos rasgos dependientes e histriónicos. Tales características coinciden por las y a des critas por autores clásicos(7,8) y con los resultados obtenidos por el presente estudio.

La delimitación de este patrón y la generalización del mismo es importante para establecer una base para la posterior comparación de estos rasgos de personalidad con el nivel de *insight* y la actitud hacia el medicamento. Al tener en cuenta el patrón de rasgos más y menos predominantes, es más fácil comprender la relación con el nivel de *insight*.

En los resultados obtenidos en este trabajo encontramos que los rasgos de personalidad inhibida/evitativa e introvertida/esquizoide se correlacionan positivamente con un mayor nivel de *insight*, mientras que los rasgos de personalidad sociable/histriónica y cooperativa/dependiente guardan una correlación negativa con el nivel de *insight*. Si partimos del perfil de rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia previamente descrito en el cual precisamente los rasgos evitativos y esquizoides son predominantes, y los menos expresados son los histriónicos, podemos suponer entonces, que un mayor nivel de *insight* se encuentra presente en aquellos individuos que en su autoconcepción resaltan tales rasgos de personalidad de un “perfil esquizofrénico”.

En la hipótesis inicial de este trabajo se pretendía establecer una relación causal entre los rasgos de personalidad y el *insight*; sin embargo, es importante recordar que el instrumento utilizado para evaluar la personalidad, el IA-TP, es una herramienta autoaplicable que mantiene un importante sesgo: el perfil de personalidad obtenido en sus resultados será aquel percibido por el paciente mismo, no necesariamente lo que pudiera ser observado por un evaluador externo como lo sería un profesional de la salud mental. Con esto en cuenta, se puede, entonces, encontrar que la relación causal entre rasgos de personalidad autopercebidos e *insight* es probablemente a la inversa de la hipótesis inicial, es decir, que el nivel de *insight* determina la autopercepción de rasgos de personalidad. De esta forma, aquellos individuos con esquizofrenia con un mayor nivel de *insight* fueron capaces de percatarse de sus propios rasgos de personalidad – predominantemente inhibida/evitativa, introvertida/esquizoide, sensible/negativista e impulsiva/límite – los cuales se acercan al perfil de personalidad predominante en la esquizofrenia; mientras que los individuos con menor *insight* tuvieron una autopercepción con un perfil de rasgos de personalidad – sociable/histriónica y cooperativa/dependiente – más alejados del perfil de personalidad esperado en pacientes con esquizofrenia.

Es importante resaltar que en el análisis estadístico de este estudio no se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de *insight* y la actitud hacia el medicamento; ni entre los rasgos de personalidad y la actitud hacia el medicamento. No obstante, a pesar de que al parecer no se encontró una relación directa entre el nivel de *insight* con la actitud hacia el medicamento, el nivel de *insight* ha sido estudiado como un factor determinante en el pronóstico de la

esquizofrenia(50), por lo que conocer los elementos a través de los cuales se manifiesta el *insight* en pacientes con esquizofrenia es de gran relevancia para conocer los factores que condicionan el pronóstico de esta enfermedad.

De este análisis comprendemos que la evaluación de la personalidad a través de los rasgos autopercebidos ofrece información sobre el *insight* cognitivo del paciente con esquizofrenia, por lo que conocer la forma en que se relacionan estos factores podría proporcionar pautas para el diseño de métodos terapéuticos y de rehabilitación psicosocial, dada la relación entre la personalidad y el *insight* con la forma en que un paciente aun sin un cuadro psíquico se adapta y evoluciona en los diferentes ambientes terapéuticos(19).

Entre los alcances y limitaciones que se tuvieron en este estudio, es importante mencionar que se contó con una muestra pequeña (30 pacientes), por lo que sería interesante continuar el estudio con una muestra mayor en espera de una mayor potencia estadística en los resultados obtenidos. No obstante se obtuvieron resultados significativos para asentar un antecedente en la consideración de la autopercepción de rasgos de personalidad en el estudio del *insight* de pacientes con esquizofrenia.

CONCLUSIONES

Existe un perfil predominante de rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia, el cual se caracteriza por las escalas de rasgos de personalidad inhibida/evitativa, introvertida/esquizoide, sensible/negativista e impulsiva/límite.

Mientras mayor sea el nivel de *insight* cognitivo, el paciente será capaz de reconocer más rasgos acertados de personalidad, partiendo del supuesto de un perfil común de rasgos en pacientes con esquizofrenia. Por lo que con un menor *insight*, habrá una autopercepción de rasgos distantes y distintos al perfil típico.

El *insight* cognitivo no solo permite la percepción de experiencias anómalas, aumenta la conciencia de enfermedad mental y mejora la aceptación de tratamiento, sino que también permite una mejor autopercepción de rasgos de personalidad, por lo que es una muestra de la capacidad del paciente para conocerse a sí mismo, más allá de su enfermedad.

Implementar herramientas terapéuticas que mejoren el *insight*, no solo incrementarían la conciencia de los síntomas psicóticos, sino que al mejorar la autopercepción de rasgos de personalidad también podrían aumentar la probabilidad de percatarse de actitudes y relaciones interpersonales disfuncionales que afectan su funcionamiento global. Futuras intervenciones terapéuticas y de rehabilitación podrían incluir estrategias para influir en el reconocimiento de los propios rasgos de personalidad del paciente, a la par que la identificación de los síntomas de psicosis para mejorar el *insight* global, tanto clínico como cognitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murray RM. Epidemiological Evidence Concerning The Diagnosis Status of Schizophrenia and Bipolar Disorder [International Congress on Schizophrenia Research 2007]. Schizophr Bull. 2007;3(2):243.
2. Tk R, Miranda D, Bh M. Cognition , function , and disability in patients with schizophrenia : a review of longitudinal studies . PubMed Commons. 2014;1–2.
3. Medina-mora ME, Borges G, Muñoz CL, Benjet C, Jaimes JB, Bautista CF, et al. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. 2003;26(4):1–16.
4. Bioestadística U de P y C. Principales causas de morbilidad de Consulta Externa de 2013. México, D.F.; 2014.
5. Bioestadística U de P y C. Principales causas de morbilidad en Hospitalización Continua de enero a diciembre del 2013. México, D.F.; 2014.
6. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association, editor. Barcelona: Masson; 2002.
7. Patiño JL. Psiquiatría clínica. 2a ed. Ciudad de México: Asociación Psiquiátrica Mexicana; 2013.
8. Ey H, Bernard P, Brisset C. Tratado de Psiquiatría. 8a ed. México, D.F.; 1987.
9. Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de Psiquiatria.Volumen I. Barcelona: Ars Medica. Psiquiatria Editores; 2005.
10. Kluckhoh C, Murray H, Schneider D. La personalidad en la naturaleza, la sociedad y la cultura. Barcelona: Grijalbo; 1969.
11. López-Ibor J, Ortiz T, López-Ibor M. Personalidad desde la teoría de los rasgos. Lecciones de psicología médica. España: Masson; 2000.
12. Salud OM de la. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los Trastornos mentales y del Comportamiento. 1a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
13. Spitzer R, Williams J, Gibbon M, First M. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). Arch Gen Psychiatry. 1992;49(8).

14. Kernberg OF. Trastornos Graves de la Personalidad. 1a ed. México: El Manual Moderno; 1999.
15. Millon T. Disorders of Personality: DSM-III, Axis II. New York: Wiley-Interscience; 1981.
16. Carlson EN, Vazire S, Furr RM. Meta-insight: Do people really know how others see them?
17. Carlson EN, Vazire S, Oltmanns TF. Self-Other Knowledge Asymmetries in Personality Pathology. *J Pers.* 2012;29(6):997–1003.
18. Carlson EN, Vazire S, Oltmanns TF. You Probably Think this Paper's About You: Narcissists' Perception of their Personality and Reputation. *J Pers Soc Psychol.* 2012;101(1):185–201.
19. Gabbard GO. Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica. 3a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2002.
20. Huber CG, Hoppe a., Agorastos a., Andresen B, Naber D, Schroeder K. Are ratings on the positive and negative syndrome scale for schizophrenia biased by personality traits? *Pharmacopsychiatry* [Internet]. 2012 Jun [cited 2014 Jun 16];45(4):156–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22290202>
21. Skokou M, Gourzis P. Demographic features and premorbid personality disorder traits in relation to age of onset and sex in paranoid schizophrenia. *Psychiatry Res* [Internet]. Elsevier; 2014 Mar 30 [cited 2014 Jun 5];215(3):554–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24495576>
22. Schroeder K, Hoppe A, Andresen B, Naber D, Lammers C-H, Huber CG. Considering DSM-5: Personality Diagnostics in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatry Interpers Biol Process.* 2012;75(2):120–34.
23. Cloninger CR, Przybeck TR. The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to its Development and Use. St. Louis, Missouri: Center for Psychobiology of Personality, Washington University; 1994.
24. Kantojärvi L, Miettunen J, Veijola J, Läksy K, Karvonen JT, Ekelund J, et al. Temperament profiles in personality disorders among a young adult population. *Nord J Psychiatry* [Internet]. Informa UK Ltd UK; 2008 Jan 12 [cited 2015 May 1];62(6):423–30. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/08039480801959224>

25. Guízar Sánchez DP. Rasgos de Personalidad en Pacientes con Esquizofrenia y su Asociación con la Gravedad de los Síntomas Psicóticos. Tesis de Especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México; 2012.
26. Calvo N, Gutiérrez F, Andi6n O, Caseras X, Torrubia R, Casas M. Psychometric properties of the Spanish version of the self-report Personality Diagnostic Questionnaire -4+ (PDQ-4+) in psychiatric outpatients. *Psicothema* [Internet]. 2012;24:156–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22269379>
27. Zuckerman M, Cloninger CR. Relationships between Cloninger's, Zuckerman's, and Eysenck's dimensions of personality. *Pers Individ Dif* [Internet]. 1996 Aug [cited 2015 May 4];21(2):283–5. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0191886996000426>
28. Cortés MJ, Valero J, Gutiérrez-Zotes J a., Hernández A, Moreno L, Jarrod M, et al. Psychopathology and personality traits in psychotic patients and their first-degree relatives. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2009 Oct [cited 2014 Jun 16];24(7):476–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19699061>
29. Ohi K, Hashimoto R, Yasuda Y, Fukumoto M, Yamamori H, Iwase M, et al. Personality traits and schizophrenia: evidence from a case-control study and meta-analysis. *Psychiatry Res* [Internet]. Elsevier Ltd; 2012 Jun 30 [cited 2014 Jun 16];198(1):7–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22397918>
30. Nitzburg GC, Malhotra a. K, DeRosse P. The relationship between temperament and character and subclinical psychotic-like experiences in healthy adults. *Eur Psychiatry* [Internet]. Elsevier Masson SAS; 2014 Jan 15 [cited 2014 Jun 16];(2013). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24439515>
31. Cardenal V, Ortiz-tallo M. Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon : una propuesta integradora / Personality disorders according to millon's personality model : an integrative approach. *Clínica y Salud*. 2007;18:305–24.
32. Millon T. Trastornos de la personalidad en la vida moderna [Internet]. 2006 [cited 2015 May 4]. Available from: http://books.google.com.mx/books/about/Trastornos_de_la_personalidad_en_la_vida.html?hl=es&id=U-KyxYBIWmYC&pgis=1
33. Tous JM, Pont N, Muiños R. IA-TP Inventario de Adjetivos para a evaluación de Trastornos de Personalidad. 2a ed. Madrid: TEA Ediciones; 2009.

34. Millon T, Davis R, Millon C. MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. Cardenal V, Sánchez M del P, editors. Madrid: TEA Ediciones; 2007.
35. García-Cantalapiedra MJ, Ruis-Otazo AM, Gómez-Mena C, Pérez-Ruiz E, Ortega-García MD, López-Lucas ML. Diagnóstico de los Trastornos de Personalidad Mediante el IA-TP. Sevilla (España); 2006.
36. Toro L, Tous JM, Pont N. Detección de Estructuras de Personalidad en Alumnos Adolescentes de Educación Especial. Universidad de Barcelona, Facultad de Psicología; 2004.
37. Nevrol Z, Im P. [Personality disorders and schizophrenia]. PubMed Commons. 2014;4–5.
38. Torti MC, Buzzanca A, Squarcione C, Salerno C, Mirigliani A, Di Fabio F, et al. Schizotypy and personality profiles of Cluster A in a group of schizophrenic patients and their siblings. BMC Psychiatry [Internet]. BMC Psychiatry; 2013 Jan [cited 2014 Jun 5];13(1):245. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3856523&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
39. Bleuler E. Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Hormé; 1993.
40. Moore E a., Green MJ, Carr VJ. Comorbid personality traits in schizophrenia: Prevalence and clinical characteristics. J Psychiatr Res [Internet]. Elsevier Ltd; 2012 Mar [cited 2014 Jun 16];46(3):353–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22169347>
41. Schroeder K, Naber D, Huber CG. Maladaptive personality traits increase subjectively during the course of schizophrenia spectrum disorders. J Nerv Ment Dis [Internet]. 2014 Apr [cited 2014 May 28];202(4):319–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24647216>
42. Maghsoodloo S, Ghodousi A, Karimzadeh T. The relationship of antisocial personality disorder and history of conduct disorder with crime incidence in schizophrenia. 2014;17(6):566–71.
43. Bo S, Forth A, Kongerslev M, Haahr UH, Pedersen L, Simonsen E. Subtypes of aggression in patients with schizophrenia: The role of personality disorders. Crim Behav Ment Heal. 2013;23(2):124–37.
44. Volavka J. Comorbid personality disorders and violent behavior in psychotic patients. Psychiatr Q [Internet]. Kluwer Academic/Human Sciences Press Inc.; 2014 Mar [cited 2014 May 27];85(1):65–78. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24057452>

45. Lysaker PH, Davis LW. Social function in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations with personality, symptoms and neurocognition. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2004 Mar 16;2:15. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=398420&tool=pmc-entrez&rendertype=abstract>
46. Fresán a., Apiquian R, Nicolini H, Cervantes JJ. Temperament and character in violent schizophrenic patients. *Schizophr Res*. 2007;94(1-3):74–80.
47. Fresán A, León-Ortiz P, Robles-García R, Azcárraga M, Guizar D, Reyes-Madriral F, et al. Personality features in ultra-high risk for psychosis: A comparative study with schizophrenia and control subjects using the Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R). *J Psychiatr Res* [Internet]. 2015;61:168–73. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395614003549>
48. Ramirez Espinoza IG, De la Fuente Sandoval C. Perfil De Temperamento Y Carácter De Sujetos Con Alto Riesgo De Psicosis. Tesis de Especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México; 2013.
49. Eguíluz Uruchurtu I, Segarra Echebarria R. Introducción a la Psicopatología. México: Ars Medica.; 2005.
50. Moreno Sifuentes I. Psicoeducación en Pacientes con Esquizofrenia: Insight y Pronóstico, un Estudio Comparativo. Tesis de Especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México; 2013.
51. Jaspers K. Psicopatología general [Internet]. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1996 [cited 2015 May 5]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?cluster=9085864837581295973&hl=es&as_sdt=0,5#0
52. Sintés Estévez A. Insight clínico y metacognitivo en pacientes con un primer episodio psicótico [Internet]. Universitat Autònoma de Barcelona; [cited 2015 May 4]. Available from: <http://global.tesisenred.net/handle/10803/79141>
53. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*. 1990;156:798–808.
54. Amador X, Strauss D, Yale S, Flaum M, Endicott J, Gorman J. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*. 1993;150:873–9.
55. Navarro M, Cardeño CA, Cano JF. Introspección en pacientes con psicosis. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2006;XXXV(1).

56. Lincoln TM, Lüllmann E, Rief W. Correlates and long term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A Systematic Review. *Schizophr Bull.* 2007;33(6):1324–42.
57. Gutiérrez-Zotes JA, Valero J, Cortés MJ, Labad A, Ochoa S, Ahuir M, et al. Adaptación española de la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB) en esquizofrénicos. 2012;40(C):2–9.
58. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer R a, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res* [Internet]. 2004 Jun 1 [cited 2014 May 26];68(2-3):319–29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15099613>
59. Chan KWS, Hui LMC, Wong HYG, Lee HME, Chang WC, Chen YHE. Medication adherence, knowledge about psychosis, and insight among patients with a schizophrenia-spectrum disorder. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 May 28];202(1):25–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24375208>
60. Yang J, Ko Y-H, Paik J-W, Lee M-S, Han C, Joe S-H, et al. Symptom severity and attitudes toward medication: impacts on adherence in outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res* [Internet]. Elsevier B.V.; 2012 Feb [cited 2014 May 23];134(2-3):226–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22133906>
61. Seeman M, Seeman N. The meaning of antipsychotic medication to patients with schizophrenia . *PubMed Commons. J Psychiatr Pract.* 2012;18(5):338–48.
62. García-cabeza I, Gómez J, Sacristán JA, Edgell E, Chavez MG De. schizophrenia . A naturalistic study comparing olanzapine , risperidone and haloperidol (EFESO Study). 2001;8:1–8.
63. García Pérez A, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz A, Prados Torres D, Sánchez D. ¿ Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria ? :13–9.
64. Rodríguez Chamorro MÁ, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, José Faus M. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria* [Internet]. 2008 Aug;40(8):413–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656708720766>
65. Brain C, Allerby K, Sameby B, Quinlan P, Joas E, Karilampi U, et al. Drug attitude and other predictors of medication adherence in schizophrenia: 12 months of electronic monitoring (MEMS®) in the Swedish COAST-study.

Eur Neuropsychopharmacol [Internet]. Elsevier; 2013 Dec [cited 2014 May 28];23(12):1754–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24091164>

66. Petretto DR, Preti A, Zuddas C, Veltro F, Rocchi MBL, Sisti D, et al. Study on psychoeducation enhancing results of adherence in patients with schizophrenia (SPERA-S): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. *Trials*; 2013 Jan [cited 2014 May 28];14(1):323. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24099414>
67. Programa Anual Hospital Parcial de Día y Fin de Semana 2015. México, D.F.: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez; 2015.
68. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer R a., Warman DM. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res*. 2004;68(2-3):319–29.
69. Rector NA, Stolar N, Grant P. *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy* [Internet]. Guilford Press; 2011 [cited 2015 Feb 25]. 418 p. Available from: <https://books.google.com/books?id=xFKRXNv8thQC&pgis=1>
70. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 1983.
71. Nelson MT, Seal ML, Pantelis C, Phillips LJ. Evidence of a dimensional relationship between schizotypy and schizophrenia: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013;37(3):317–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.01.004>

ANEXOS

Anexo I

México, D.F. a 05 de agosto de 2014

SOLICITUD DE APOYO PARA PROTOCOLO DE TESIS

DRA. GABRIELA GARZA CONTRERAS

JEFA DE SERVICIO DE HOSPITAL PARCIAL

P R E S E N T E

Por medio de la presente solicito su apoyo para llevar a cabo el protocolo de investigación para la tesis de Especialidad en Psiquiatría titulada **RASGOS DE PERSONALIDAD AUTOPERCIBIDOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y SU RELACIÓN CON EL INSIGHT Y LA ACTITUD HACIA EL MEDICAMENTO**, en el servicio a su cargo, para el cual se entrevistarán algunos de los pacientes asistentes a dicho servicio.

ATENTAMENTE



DR. MIGUEL ANTONIO RÍOS ORTIZ

MÉDICO RESIDENTE DE 3er AÑO

Anexo II

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE (Usuario): _____

FECHA: _____

Se le invita a participar en un estudio de investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, con título: RASGOS DE PERSONALIDAD AUTOPERCIBIDOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y SU RELACIÓN CON EL INSIGHT Y LA ACTITUD HACIA EL MEDICAMENTO. Este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar sus dudas todo aquello que no entienda claramente.

1. Propósito: El objetivo del estudio es conocer por medio de entrevistas y cuestionarios a los pacientes, más información sobre la forma en que repercuten los rasgos de personalidad en la conciencia de enfermedad y la actitud hacia el medicamento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

2. Procedimientos y duración: Si usted acepta participar en este estudio será primero entrevistado brevemente por el investigador a cargo, médico residente de psiquiatría, para evaluar el diagnóstico de esquizofrenia y posteriormente se le pedirá que conteste los siguientes instrumentos: 1) Hoja de Recolección de Datos, 2) Inventario de Adjetivos para la Evaluación de Trastornos de Personalidad (IA-TP), 3) Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB), 4) Inventario de Actitud hacia el Medicamento (DAI). Los médicos e investigadores que tengan acceso a estos datos no obtendrán ningún tipo de beneficio más que el académico y de investigación.

3. Riesgos e incomodidades: Este estudio no implica ningún riesgo para usted al participar en él. Las entrevistas serán realizadas por una persona con capacitación en la salud mental (médico residente de psiquiatría). La realización de entrevistas y cuestionarios se llevará a cabo en los consultorios y salas del Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y llevarán un tiempo aproximado de 30 a 45 minutos. Su participación en el estudio no tendrá ningún cargo económico.

4. Beneficios potenciales: Su participación en el estudio le proporcionará beneficios individuales al conocer más sobre su diagnóstico, sus rasgos de personalidad y aspectos de su padecimiento como son su conciencia de enfermedad y su actitud hacia el medicamento. Podrá consultar en cualquier momento con el investigador responsable sobre el resultado y significado de las pruebas realizadas. Al participar en este estudio beneficiará también a otros médicos y pacientes al contribuir a generar conocimiento sobre su padecimiento.

5. Derecho de retirarse de la investigación: Su participación en este estudio es totalmente voluntaria, por lo que usted puede rehusarse a participar o retirarse en cualquier momento, sin que esto afecte su atención o tratamiento en el hospital.

6. Confidencialidad: Tanto su identidad como los datos obtenidos a partir de esta investigación permanecerá confidenciales. En caso de que surjan publicaciones o presentaciones de los resultados de este protocolo, su identidad será absolutamente confidencial. Ninguna información de esta investigación aparecerá en sus registros médicos, y no se brindará a otras personas o instituciones.

7. Si usted tiene necesidad de información complementaria no dude en comunicarse con el investigador responsable, el Dr. Miguel Antonio Ríos Ortiz, médico residente, en horario laboral al teléfono 56 55 07 51. También puede contactarnos vía correo electrónico a: antonio.riosortiz@hotmail.com

Consentimiento

He leído y comprendido y se me ha explicado la información anterior en términos que he podido comprender. Acepto voluntariamente participar en este estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR

NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO

ANEXO III

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL PACIENTE

Rasgos de Personalidad en Autopercibidos en Pacientes con Esquizofrenia y su Relación con el Insight y la Actitud Hacia el Medicamento.

Número de paciente: _____ Expediente: _____ Equipo: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Género: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Ocupación: _____ Estudios: _____

Número de internamientos previos: _____ Fecha de último internamiento: _____

Nombre del responsable: _____

Parentesco: _____

Fecha de ingreso a Hospital Parcial: _____

Días en Hospital Parcial: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

Día de Atención Terapéutica Individual: _____

Fecha de entrevista inicial: _____

IA-TP: fecha: _____ Resultados: _____

EICB: _____ Resultados: _____

DAI: _____ Resultados: _____

Observaciones:

ANEXO IV
HOJA DE RESPUESTAS IA-TP, VERSIÓN VARÓN



MUY IMPORTANTE, ANOTE LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE FORMA CLARA Y LEGIBLE (LETRAS MAYÚSCULAS, NÚMEROS BIEN MARCADOS).

Número	Sexo	Edad	Fecha
<input type="text"/>	V <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nombre y apellidos			
<input type="text"/>			

MARKER CON UN ASPA (X) LOS ADJETIVOS QUE CREA QUE LE DEFINEN MEJOR (GLOSARIO AL DORSO DE ESTA PÁGINA).

1 <input type="checkbox"/> Pasivo	31 <input type="checkbox"/> Cariñoso	61 <input type="checkbox"/> Insociable	91 <input type="checkbox"/> Molesto	121 <input type="checkbox"/> Ético
2 <input type="checkbox"/> Agitado	32 <input type="checkbox"/> Animado	62 <input type="checkbox"/> Inquieto	92 <input type="checkbox"/> Solo	122 <input type="checkbox"/> Temperamental
3 <input type="checkbox"/> Consentido	33 <input type="checkbox"/> Egoísta	63 <input type="checkbox"/> Inseguro	93 <input type="checkbox"/> Vacilante	123 <input type="checkbox"/> Preciso
4 <input type="checkbox"/> Activo	34 <input type="checkbox"/> Brutal	64 <input type="checkbox"/> Reservado	94 <input type="checkbox"/> Murmurador	124 <input type="checkbox"/> Abnegado
5 <input type="checkbox"/> Arrogante	35 <input type="checkbox"/> Formal	65 <input type="checkbox"/> Miedoso	95 <input type="checkbox"/> Organizado	125 <input type="checkbox"/> Militante
6 <input type="checkbox"/> Agresivo	36 <input type="checkbox"/> Exaltado	66 <input type="checkbox"/> Receloso	96 <input type="checkbox"/> Manción	126 <input type="checkbox"/> Gregario
7 <input type="checkbox"/> Cuidadoso	37 <input type="checkbox"/> Sensible	67 <input type="checkbox"/> Impulsivo	97 <input type="checkbox"/> Orgullosa	127 <input type="checkbox"/> Dependiente
8 <input type="checkbox"/> Confuso	38 <input type="checkbox"/> Impersonal	68 <input type="checkbox"/> Importante	98 <input type="checkbox"/> Impaciente	128 <input type="checkbox"/> Tradicional
9 <input type="checkbox"/> Distante	39 <input type="checkbox"/> Discutidor	69 <input type="checkbox"/> Combativo	99 <input type="checkbox"/> Inocente	129 <input type="checkbox"/> Aventurero
10 <input type="checkbox"/> Triste	40 <input type="checkbox"/> Comprensivo	70 <input type="checkbox"/> Laborioso	100 <input type="checkbox"/> Timido	130 <input type="checkbox"/> Antipático
11 <input type="checkbox"/> Auxiliador	41 <input type="checkbox"/> Dramatizador	71 <input type="checkbox"/> Malhumorado	101 <input type="checkbox"/> Educado	131 <input type="checkbox"/> Desprendido
12 <input type="checkbox"/> Complaciente	42 <input type="checkbox"/> Fanfarrón	72 <input type="checkbox"/> Frustrante	102 <input type="checkbox"/> Apagado	132 <input type="checkbox"/> Teatral
13 <input type="checkbox"/> Creído	43 <input type="checkbox"/> Competitivo	73 <input type="checkbox"/> Rígido	103 <input type="checkbox"/> Vago	133 <input type="checkbox"/> Presumido
14 <input type="checkbox"/> Autoritario	44 <input type="checkbox"/> Honrado	74 <input type="checkbox"/> Aprensivo	104 <input type="checkbox"/> Rechazado	134 <input type="checkbox"/> Tozudo
15 <input type="checkbox"/> Disciplinado	45 <input type="checkbox"/> Gruñón	75 <input type="checkbox"/> Incómodo	105 <input type="checkbox"/> Grupal	135 <input type="checkbox"/> Serio
16 <input type="checkbox"/> Exasperante	46 <input type="checkbox"/> Abatido	76 <input type="checkbox"/> Solitario	106 <input type="checkbox"/> Sociable	136 <input type="checkbox"/> Pesimista
17 <input type="checkbox"/> Ansioso	47 <input type="checkbox"/> Indiferente	77 <input type="checkbox"/> Suspica	107 <input type="checkbox"/> Vanidoso	137 <input type="checkbox"/> Obstinado
18 <input type="checkbox"/> Deprimido	48 <input type="checkbox"/> Excluido	78 <input type="checkbox"/> Voluble	108 <input type="checkbox"/> Intimidante	138 <input type="checkbox"/> Quisquilloso
19 <input type="checkbox"/> Frio	49 <input type="checkbox"/> Estricto	79 <input type="checkbox"/> Hablador	109 <input type="checkbox"/> Trabajador	139 <input type="checkbox"/> Respetuoso
20 <input type="checkbox"/> Desapercibido	50 <input type="checkbox"/> Disgustado	80 <input type="checkbox"/> Inmodesto	110 <input type="checkbox"/> Susceptible	140 <input type="checkbox"/> Poderoso
21 <input type="checkbox"/> Cándido	51 <input type="checkbox"/> Apático	81 <input type="checkbox"/> Fuerte	111 <input type="checkbox"/> Hostil	141 <input type="checkbox"/> Virtuoso
22 <input type="checkbox"/> Audaz	52 <input type="checkbox"/> Ignorado	82 <input type="checkbox"/> Ordenado	112 <input type="checkbox"/> Obediente	142 <input type="checkbox"/> Provocador
23 <input type="checkbox"/> Confiado	53 <input type="checkbox"/> Nervioso	83 <input type="checkbox"/> Inconstante	113 <input type="checkbox"/> Conformista	143 <input type="checkbox"/> Encantador
24 <input type="checkbox"/> Grosero	54 <input type="checkbox"/> Feliz	84 <input type="checkbox"/> Vengativo	114 <input type="checkbox"/> Tenso	144 <input type="checkbox"/> Desinteresado
25 <input type="checkbox"/> Eficiente	55 <input type="checkbox"/> Egocéntrico	85 <input type="checkbox"/> Atrevido	115 <input type="checkbox"/> Perfeccionista	145 <input type="checkbox"/> Seductor
26 <input type="checkbox"/> Variable	56 <input type="checkbox"/> Dominante	86 <input type="checkbox"/> Preocupado	116 <input type="checkbox"/> Vaciente	146 <input type="checkbox"/> Insipido
27 <input type="checkbox"/> Caótico	57 <input type="checkbox"/> Limpio	87 <input type="checkbox"/> Dócil	117 <input type="checkbox"/> Satisfecho	
28 <input type="checkbox"/> Extravagante	58 <input type="checkbox"/> Irritable	88 <input type="checkbox"/> Infantil	118 <input type="checkbox"/> Vital	
29 <input type="checkbox"/> Inexpresivo	59 <input type="checkbox"/> Desagradable	89 <input type="checkbox"/> Optimista	119 <input type="checkbox"/> Sumiso	
30 <input type="checkbox"/> Discreto	60 <input type="checkbox"/> Pensativo	90 <input type="checkbox"/> Violento	120 <input type="checkbox"/> Temeroso	



Autores: J. M. Tous, N. Pont y R. Muñíos.
Copyright © 2005 by TEA Ediciones, S.A.
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.
Printed in Spain. Impreso en España.

32504



ANEXO V

GLOSARIO DE TÉRMINOS IA-TP, VERSIÓN VARÓN

Glosario IA-TP

- 3** Pasivo. Que soporta algo sin oponer resistencia.
4 Agitado. Accidentado, turbado, desasosegado.
5 Consentido. Alimado, melancolizado, malcriado.
6 Activo. Rápido, vivo, emprendedor, resuelto, decidido, ágil, enérgico, dinámico.
7 Arragante. Altanero, altivo, orgulloso, soberbio, engreído.
8 Agresivo. Impetuoso, belicoso.
9 Cuidadoso. Arreglado, moderado, ordenado, metódico.
10 Confuso. Confundido.
11 Distantie. Apartado, alejado, lejano.
12 Triste. Aflijido, melancólico, apenado, abatido, apagado, desanimado.
13 Auxiliador. Que ayuda, que ayuda.
14 Complaciente. Condescendiente, servicial, acomodaticio.
15 Creído. Engreído, presumido, vanidoso, presuntuoso.
16 Autoritario. Despótico, dominante, dictatorial, tiránico.
17 Disciplinado. Que observa un conjunto de reglas para establecer el orden y la subordinación entre las miembros de un cuerpo.
18 Exasperante. Que irrita, que da motivo de enojo grande a uno.
19 Ansioso. Codicioso, anheloso, deseoso, impaciente, voraz, insaciable.
20 Deprimido. Que sufre depresión fisiológica o moral.
21 Frio. Indiferente, despegado, inexpresivo.
22 Desapercibido. Inadvertido. Que pasa sin llamar la atención.
23 Cándido. Sencillo, sin malicia.
24 Audaz. Atrevido, atrevido, osado, arrojado, imprudente, temerario, valiente.
25 Confiado. Creado, cándido, creído. Pagado de sí mismo, seguro de sí mismo.
26 Grosero. Obsceno, toscó, bajo, burdo, ineulto, chabacano, maleducado.
27 Eficiente. Eficaz, competente.
28 Variable. Inestable, inconstante, mutable, voluble, cambiante.
29 Cádico. Confuso, desordenado, desarreglado, incomprensible.
30 Extravagante. Raro, chocante, estrafalario, estrambótico, excéntrico, pintoresco.
31 Inexpresivo. Indiferente, frío, seco.
32 Discreto. Reservado, recatado, cauto, comedido.
33 Cariñoso. Afectuoso, mimoso, tierno.
34 Animado. Hérbido, animoso, apitado.
35 Egosta. Quien tiene innecesario y excesivo amor de sí mismo; carácter del que subordina el interés ajeno al suyo propio y juzga todas las cosas desde este punto de vista.
36 Brutal. Salvaje, feroz, bárbaro, atroz, fiero, cruel.
37 Formal. Serio, juicioso, sensato, responsable, concienzoso, veraz.
38 Exaltado. Enthusiasta, apasionado, fanático.
39 Sensible. Se dice de la persona que se emocionará con facilidad o que tiene mucha capacidad para sentir.
40 Impresional. Que no tiene o no manifiesta personalidad.
41 Discutidor. Aficionado a discusiones.
42 Comprensivo. Tolerante, indulgente.
43 Dramatizador. Escénico, dramático. Puede usarse en sentido figurado para referirse a una persona o a una acción exagerada o fingida.
44 Fanfarrón. Pseudovaliente, valentón, factioso.
45 Competitivo. Que puede competir.
46 Honrado. Integro, recto, leal, hombre de bien.
47 Gruñén. Que gruñe con frecuencia.
48 Abatido. Triste, abatido, decaído, desanimado, desalentado.
49 Indiferente. Inapable, despegado, frío, inexpresivo, insensible.
50 Excluido. Sacado a una persona o cosa, fuera del lugar que ocupaba; no admitida su entrada, su participación. Excluir a uno de una asamblea, lista, etc.
51 Estricto. Puro, exacto, riguroso, celoso, textual.
52 Descontento. Molesto, enfadado, dolido, quejoso.
53 Apático. Lento, impenetrable, callado.
54 Ignorado. Anónimo, desconocido.
55 Nervioso. Facilible, impresionable, inquieto, intranquilo, irritable.
56 Feliz. Dichoso, afortunado, contento, satisfecho.
57 Egocéntrico. Persona que tiene una estrechada exaltación de la propia personalidad hasta considerarla como centro de la atención y actividad generales.
58 Dominante. Imperante, imperativo, avasallador, mandón, absorbente.
59 Limpio. Amado, pulcro, desahogado.
60 Irritable. Irrazible, colérico, nervioso.
61 Desagradable. Molesto, irritante, fastidioso, enfadado, pesado.
62 Pensativo. Meditabundo, abstrato, abstraido, reflexivo, reclusivo.
63 Insoportable. Esquivo, arisco, haraño, intratable.
64 Inquieto. Preocupado, intranquilo, desasosegado.
65 Inseguro. Incierto, dudoso, indeciso, titubeante, vacilante.
66 Reservado. Discreto, cauteloso, comedido, silencioso.
67 Miedoso. Temeroso, cobarde, miedica.
68 Receloso. Desconfiado, suspicaz, temeroso.
69 Impulsivo. Se dice de la persona que, llevado de la impresión del momento, habla o procede sin reflexión ni cautela.
70 Importante. Valioso, notable, fundamental, crucial, sustancial.
71 Combativo. Inclinado a la lucha, a la contienda o a la polémica; batallador, luchador.
72 Laborioso. Trabajador, aplicado, diligente.
73 Malhumorado. Irritable, irascible, destemplado, resentido.
74 Frustrante. Se aplica a la persona que priva a uno de lo que esperaba. Frustró las esperanzas de Juan.
75 Rigido. Riguroso, severo, austero.
76 Aprensivo. Se aplica a la persona que tiene temor, escrúpulo, miramiento excesivo.
77 Incómodo. Embarazoso, desagradable, molesto, fastidioso.
78 Solitario. Retirado, retraído, cartajo. Alude a la persona que gusta de la soledad y que se aparta del trato con otra gente.
79 Suspicaz. Receloso, desconfiado, malpensado.
80 Voluble. Inestable, versátil, variable, mutable, inconstante.
81 Hablador. Charlatán, parlanchín, locuaz.
82 Imodesto. No modesto ni humilde.
83 Fuerte. Firme, enérgico, impetuoso.
84 Ordenado. Arreglado, moderado, metódico, cuidadoso.
85 Inconstante. Inestable, inudable, variable, vario, incierto, cambiante.
86 Vengativo. Retencioso, resentido.
87 Alévado. Audaz, osado, arrojado, arrojado, temerario, intrépido, valiente.
88 Preocupado. Inquieto, intranquilo, desasosegado, turbado.
89 Dócil. Obediente, sumiso, deblegable, manipulable, manejable.
90 Infantil. Inocente, cándido, ingenuo.
91 Optimista. Confiado, esperanzado.
92 Violento. Impetuoso, fuerte, fogoso, incruado.
93 Molesto. Incómodo, fastidioso, pesado, desagradable.
94 Solo. Solitario, aislado, como elina en pena.
95 Vacilante. Incierto, indeterminado, inseguro, inconstante, indeciso, dudoso.
96 Murmurador. Malediciente, detractor, mala lengua, crítico, censo, chismoso.
97 Organizado. Se dice de la persona que dispone, ordena, coordina, decide, planea, planifica.
98 Mandón. Mandamás.
99 Orgulloso. Ufano, engreído, envanecido, presuntuoso, arrogante, soberbio.
100 Impaciente. Mal sufrido, ansioso, deseoso, anheloso, intranquilo.
101 Inocente. Llano, ingenuo, cándido.
102 Timido. Introverso, apocado, temeroso.
103 Educado. Instruido, enseñado, formado.
104 Apagado. Sosegado, apocado, débil, descolorido, gris, triste, lánguido.
105 Vago. Gándul, holgazán, ocioso, desocupado.
106 Rechazado. Refusado, desestimado, hacerle a uno el feo, darle a uno calabazas (col.) desatado.
107 Grupal. Se dice de la persona que pertenece a un grupo.
108 Sociable. Afable, tratable, comunicativo, abierto, extravertido.
109 Vanidoso. Hinchado, engreído, presuntuoso, presumido, creído.
110 Intimidante. Se dice de la persona que evoca, espanta, ahuyenta.
111 Trabajador. Laborioso, hardoso, aplicado.
112 Susceptible. Quijulloso, puntilloso, sensible, delicado.
113 Hostil. Adverso, contrario, opuesto, enojado, rival, enemigo.
114 Obediente. Dócil, sumiso, manejable, bieneducado, manipulable.
115 Conformista. Acomodado, complaciente, dócil, flexible, adaptable.
116 Tenso. Que se halla en tensión. Rígido, tirante.
117 Perfeccionista. Que tiende al perfeccionismo.
118 Valiente. Valeroso, intrépido, osado, resuelto, atrevido, decidido.
119 Satisfecho. Complacido, contento, feliz, dichoso, exultante.
120 Vital. Se dice de la persona que posee un gran impulso o energía para actuar, desear, luchar o vivir.
121 Sumiso. Obediente, subordinado, dócil.
122 Temeroso. Miedoso, cobarde, pusilánime, vrasakoto.
123 Ético. Se dice de la persona conforme a los principios de la ética. Moralista.
124 Temperamental. Se dice de la persona que presenta una alternancia de estados de ánimo e intensidades de reacción.
125 Preciso. Exacto, concreto, estricto, certero, textual, cierto.
126 Abnegado. Altruista. Se dice de la persona que renuncia a su propia voluntad en beneficio de una idea de los demás.
127 Militante. Se dice de la persona que milita y lucha por un ideal.
128 Gregario. Que está en compañía de otros sin distinción.
129 Dependiente. Débil. El adjetivo dependiente pone el acento en la relación de subordinación que se establece entre una cosa o persona con respecto a otra.
130 Tradicional. Conservador, convencional.
131 Aventurero. Viejito, golfo.
132 antipático. (Desagradable, atorecible, enojoso, odioso, insufrable.
133 Despreñado. Generoso, espléndido, desinteresado.
134 Teatral. Escénico, dramático, histrónico. Se usa en sentido figurado para referirse a una persona o a una acción exagerada o fingida.
135 Presumido. Coqueto, vanidoso, vano, petalambre.
136 Lozudo. Terco, obstinado, testarudo, entestado, cabezota.
137 Serio. Grave, formal, mesurado, circunspecto, sensato, reflexivo. Alude a las personas que cumplen puntualmente, o de manera rigurosa, sus obligaciones.
138 Pesimista. Derrafista, amagado.
139 Obstinado. Pertinaz, terco, lozudo, testarudo, tenaz, persistente.
140 Quijulloso. Criticón, choncha. Se aplican a personas que se fijan mucho en pequeneces.
141 Respetuosa. Considerado, atento, mirado, correcto.
142 Poderoso. Potente, fuerte, enérgico, eficaz, activo.
143 Virtuoso. Incorruptible, íntegro, bondadoso, benévolo.
144 Provocador. Agitador, perturbador, activista, incitador, alborotador.
145 Encantador. Cautivador, seductor, apacible.
146 Desinteresado. Generoso, espléndido, altruista, honesto.
147 Seductor. Atractivo, encantado, fascinador, cautivador, interesante.
148 Insólido. Insustancial, imbofo, sofo.

ANEXO VI
HOJA DE RESPUESTAS IA-TP, VERSIÓN MUJER



IA-TP MUJER

MUY IMPORTANTE, ANOTE LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE FORMA CLARA Y LEGIBLE (LETRAS MAYÚSCULAS, NÚMEROS BIEN MARCADOS).

Número	Sexo	Edad	Fecha
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	V <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
Nombre y apellidos			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

MARKER CON UN ASPA (X) LOS ADJETIVOS QUE CREA QUE LE DEFINEN MEJOR (GLOSARIO AL DORSO DE ESTA PÁGINA).

1 <input type="checkbox"/> Pasiva	21 <input type="checkbox"/> Carifosa	41 <input type="checkbox"/> Insociable	91 <input type="checkbox"/> Molesta	121 <input type="checkbox"/> Ética
2 <input type="checkbox"/> Agitada	22 <input type="checkbox"/> Animada	42 <input type="checkbox"/> Inquieta	92 <input type="checkbox"/> Sola	122 <input type="checkbox"/> Temperamental
3 <input type="checkbox"/> Consentida	23 <input type="checkbox"/> Egoísta	43 <input type="checkbox"/> Insegura	93 <input type="checkbox"/> Vacilante	123 <input type="checkbox"/> Precisa
4 <input type="checkbox"/> Activa	24 <input type="checkbox"/> Brutal	44 <input type="checkbox"/> Reservada	94 <input type="checkbox"/> Murmuradora	124 <input type="checkbox"/> Abnegada
5 <input type="checkbox"/> Arrogante	25 <input type="checkbox"/> Formal	45 <input type="checkbox"/> Miedosa	95 <input type="checkbox"/> Organizada	125 <input type="checkbox"/> Militante
6 <input type="checkbox"/> Agresiva	26 <input type="checkbox"/> Exaltada	46 <input type="checkbox"/> Recelosa	96 <input type="checkbox"/> Mandona	126 <input type="checkbox"/> Gregaria
7 <input type="checkbox"/> Cuidadosa	27 <input type="checkbox"/> Sensible	47 <input type="checkbox"/> Impulsiva	97 <input type="checkbox"/> Orgullosa	127 <input type="checkbox"/> Dependiente
8 <input type="checkbox"/> Confusa	28 <input type="checkbox"/> Impersonal	48 <input type="checkbox"/> Importante	98 <input type="checkbox"/> Impaciente	128 <input type="checkbox"/> Tradicional
9 <input type="checkbox"/> Distante	29 <input type="checkbox"/> Discutidora	49 <input type="checkbox"/> Combativa	99 <input type="checkbox"/> Inocente	129 <input type="checkbox"/> Aventurera
10 <input type="checkbox"/> Triste	30 <input type="checkbox"/> Comprensiva	50 <input type="checkbox"/> Laboriosa	100 <input type="checkbox"/> Timida	130 <input type="checkbox"/> Antipática
11 <input type="checkbox"/> Auxiliadora	31 <input type="checkbox"/> Dramatizadora	51 <input type="checkbox"/> Malhumorada	101 <input type="checkbox"/> Educada	131 <input type="checkbox"/> Desprendida
12 <input type="checkbox"/> Complaciente	32 <input type="checkbox"/> Fanfarrona	52 <input type="checkbox"/> Frustrante	102 <input type="checkbox"/> Apagada	132 <input type="checkbox"/> Teatral
13 <input type="checkbox"/> Creída	33 <input type="checkbox"/> Competitiva	53 <input type="checkbox"/> Rígida	103 <input type="checkbox"/> Vaga	133 <input type="checkbox"/> Presumida
14 <input type="checkbox"/> Autoritaria	34 <input type="checkbox"/> Honrada	54 <input type="checkbox"/> Apreensiva	104 <input type="checkbox"/> Rechazada	134 <input type="checkbox"/> Tozuda
15 <input type="checkbox"/> Disciplinada	35 <input type="checkbox"/> Gruñona	55 <input type="checkbox"/> Incómoda	105 <input type="checkbox"/> Grupal	135 <input type="checkbox"/> Seria
16 <input type="checkbox"/> Exasperante	36 <input type="checkbox"/> Abatida	56 <input type="checkbox"/> Solitaria	106 <input type="checkbox"/> Sociable	136 <input type="checkbox"/> Pesimista
17 <input type="checkbox"/> Ansiosa	37 <input type="checkbox"/> Indiferente	57 <input type="checkbox"/> Suspicaz	107 <input type="checkbox"/> Vanidosa	137 <input type="checkbox"/> Obstinada
18 <input type="checkbox"/> Deprimida	38 <input type="checkbox"/> Excluida	58 <input type="checkbox"/> Voluble	108 <input type="checkbox"/> Intimidante	138 <input type="checkbox"/> Quisquilloso
19 <input type="checkbox"/> Fría	39 <input type="checkbox"/> Estricta	59 <input type="checkbox"/> Habladora	109 <input type="checkbox"/> Trabajadora	139 <input type="checkbox"/> Respetuosa
20 <input type="checkbox"/> Desapercibida	40 <input type="checkbox"/> Disgustada	60 <input type="checkbox"/> Inmodesta	110 <input type="checkbox"/> Susceptible	140 <input type="checkbox"/> Poderosa
21 <input type="checkbox"/> Cándida	41 <input type="checkbox"/> Apática	61 <input type="checkbox"/> Fuerte	111 <input type="checkbox"/> Hostil	141 <input type="checkbox"/> Virtuosa
22 <input type="checkbox"/> Audaz	42 <input type="checkbox"/> Ignorada	62 <input type="checkbox"/> Ordenada	112 <input type="checkbox"/> Obediente	142 <input type="checkbox"/> Provocadora
23 <input type="checkbox"/> Confiada	43 <input type="checkbox"/> Nerviosa	63 <input type="checkbox"/> Inconstante	113 <input type="checkbox"/> Conformista	143 <input type="checkbox"/> Encantadora
24 <input type="checkbox"/> Grosera	44 <input type="checkbox"/> Feliz	64 <input type="checkbox"/> Vengativa	114 <input type="checkbox"/> Tensa	144 <input type="checkbox"/> Desinteresada
25 <input type="checkbox"/> Eficiente	45 <input type="checkbox"/> Egocéntrica	65 <input type="checkbox"/> Atrevida	115 <input type="checkbox"/> Perfeccionista	145 <input type="checkbox"/> Seductora
26 <input type="checkbox"/> Variable	46 <input type="checkbox"/> Dominante	66 <input type="checkbox"/> Preocupada	116 <input type="checkbox"/> Valiente	146 <input type="checkbox"/> Insípida
27 <input type="checkbox"/> Caótica	47 <input type="checkbox"/> Limpia	67 <input type="checkbox"/> Dócil	117 <input type="checkbox"/> Satisfecha	
28 <input type="checkbox"/> Extravagante	48 <input type="checkbox"/> Irritable	68 <input type="checkbox"/> Infantil	118 <input type="checkbox"/> Vital	
29 <input type="checkbox"/> Inexpresiva	49 <input type="checkbox"/> Desagradable	69 <input type="checkbox"/> Optimista	119 <input type="checkbox"/> Sumisa	
30 <input type="checkbox"/> Discreta	50 <input type="checkbox"/> Pensativa	70 <input type="checkbox"/> Violenta	120 <input type="checkbox"/> Temerosa	



Autores: J. M. Tous, N. Pont y R. Muñios.
 Copyright © 2005 by TEA Ediciones, S.A.
 Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.
 Printed in Spain. Impreso en España.

32594



ANEXO VII GLOSARIO DE TÉRMINOS IA-TP, VERSIÓN MUJER

Glosario IA-TP

1	Pasiva. Que soporta algo sin oponer resistencia.	75	Incómoda. Embarazosa, desagradable, molesta, fastidiosa.
2	Agitada. Accidentada, turbada, desasosegada.	76	Solitaria. Retirada, retraída, carbuja. Alude a la persona que gusta de la soledad y que se aparta del trato con otra gente.
3	Consentida. Almirada, halagada, complacida, malcriada.	77	Suspicaz. Recelosa, desconfiada, malpensada.
4	Activa. Rápida, viva, emprendedora, resuelta, decidida, audaz, enérgica, dinámica.	78	Voluble. Inestable, variable, mudable, inconstante.
5	Arrogante. Altanera, altiva, orgullosa, soberbia, engreída.	79	Habladora. Charlatana, parlanchina, locuaz.
6	Agresiva. Impetuosa, belicosa.	80	Imodesta. No modesta ni humilde.
7	Cuidadosa. Arreglada, moderada; ordenada, metódica.	81	Fuerte. Firme, enérgica, impetuosa.
8	Confusa. Confundida.	82	Ordenada. Arreglada, moderada, metódica, cuidadosa.
9	Distante. Apartada, siejada, lejana.	83	Inconstante. Inestable, mutable, variable, varia, incoherente, cambiante.
10	Triste. Aflijida, melancólica, apenada, abatida, apagada, desalentada.	84	Vengativa. Bancarosa, resentida.
11	Auxiliadora. Que auxilia, que ayuda.	85	Atrevida. Audaz, osada, arriesgada, atrevida, temeraria, intrépida, valiente.
12	Complaciente. Condescendiente, servicial, acomodaticia.	86	Preocupada. Inquieta, intranquila, desasosegada, turbada.
13	Crede. Engreída, presumida, vanidosa, presuntuosa.	87	Dócil. Obediente, sumiso, dócil, manejable, manejable, manejable.
14	Autoritaria. Despótica, dominante, distal, tirana.	88	Infantil. Inocente, cándido, ingenuo.
15	Disciplinada. Que observa un conjunto de reglas para mantener el orden y la subordinación entre los miembros de un grupo.	89	Optimista. Confiada, esperanzada.
16	Exasperante. Que irrita, que da motivo de enojo grande a uno.	90	Violenta. Agresiva, fuerte, fogosa, iracunda.
17	Anfibia. Codiciosa, inhélica, desecol. Impacienta, varaz, insoportable.	91	Molesta, incómoda, fastidiosa, pesada, desagradable.
18	Deprimida. Que sufre de depresión psicológica y mental.	92	Sola. Solitaria, solista, como alma en pena.
19	Fria. Indiferente, despegada, inexpresiva.	93	Vacilante. Incierta, indeterminada, insegura, inconstante, indecisa, dudosa.
20	Desapercibida. Inadvertida. Que pasa sin llamar la atención.	94	Arremetadora. Malintencionada, destructora, mala lengua, crítica, censora, chismosa.
21	Cándida. Sencilla, sin malicia.	95	Organizada. Se dice de la persona que dispone, ordena, coordina, decide, planifica, planifica.
22	Audaz. Arriesgada, atrevida, osada, arriesgada, imprudente, temeraria, valiente.	96	Mandona. Mandamás.
23	Confiada. Creíble, cándida, creída. Pagada de sí misma, segura de sí misma.	97	Orgullosa. Tirana, engreída, empuerada, presuntuosa, arrogante, soberbia.
24	Grosera. Ordinaría, tosca, basta, burda, lacuta, chabacana, maleducada.	98	Impaciente. Malhumorada, ansiosa, desecol, ansiosa, intranquila.
25	Eficiente. Eficaz, competente.	99	Inocente. Ilusa, ingenuo, cándido.
26	Variable. Inestable, inconstante, mutable, voluble, cambiante.	100	Tímida. Intimidada, apocada, temerosa.
27	Centica. Confusa, desordenada, desorganizada, incomprensible.	101	Educada. Instruida, enseñada, formada.
28	Extravagante. Rara, chocante, estrafalaria, estrambótica, excéntrica, pififereña.	102	Apagada. Sonegada, apocada, débil, descolorida, gris, triste, lánguida.
29	Inexpresiva. Indiferente, fría, seca.	103	Yaga. Gandula, hulgazna, vieja, desocupada.
30	Discreta. Reservada, recatada, casta, comedida.	104	Racharada. Refacada, desestimada, hacerle a uno el favo, darle a una calabaza (col.) y desairada.
31	Carifiosa. Afectuosa, mimosa, tierna.	105	Grupal. Se dice de la persona que pertenece a un grupo.
32	Animada. Divertida, animosa, agitada.	106	Sociable. Afable, tratable, comunicativa, abierta, extravertida.
33	Egoísta. Qui tiene un mundo y un mundo de sí mismo; carácter de la que subordina el interés ajeno al suyo propio y juzga todas las cosas desde este punto de vista.	107	Vanidosa. Hinchada, engriada, presuntuosa, presumida, creída.
34	Brutal. Silbante, feroz, barbana, brutal, fiera, cruel.	108	Intimidante. Se dice de la persona que ataca, espanta, atemoriza.
35	Formal. Seria, juiciosa, sensata, responsable, conciente, seria.	109	Trabajadora. Laboriosa, trabajadora, aplicable.
36	Exaltada. Enfadada, apasionada, feroz.	110	Susceptible. Quisquilloso, puntilloso, sensible, delgado.
37	Sensible. Se dice de la persona que se emociona con facilidad o que tiene mucha capacidad para sentir.	111	Hostil. Adversa, contraria, opuesta, enfrentada, rival, enemiga.
38	Impersonal. Que no tiene ni es manifestación personal.	112	Obediente. Dócil, sumiso, manejable, sumisísimo, manipulable.
39	Discutidora. Aficionada a discusiones.	113	Conformista. Acomodado, complaciente, dócil, flexible, adaptable.
40	Compreensiva. Tolerante, indulgente.	114	Tensa. Que se halla en tensión. Rígida, tirante.
41	Dramatizadora. Escenica, dramática. Puede usarse en sentido figurado para referirse a una persona o a una acción exagerada o fingida.	115	Perfeccionista. Que tiende al perfeccionismo.
42	Fanfarrona. Perdonandada, valerosa, fachenda.	116	Valiente. Valerosa, intrépida, osada, resuelta, atrevida, decidida.
43	Competitiva. Que puede competir.	117	Satisfecha. Complacida, contenta, feliz, dichosa, encantada.
44	Honrada. Integra, recta, leal, mujer de bien.	118	Vital. Se dice de la persona que posee un gran impulso o energía para actuar; desarrollarlo o vivir.
45	Grubona. Que gruñe con frecuencia.	119	Sumisa. Obediente, subordinada, dócil.
46	Abatida. Triste, alicaída, decaída, desanimada, desalentada.	120	Temerosa. Miedosa, cobarde, pusilánime, irresoluto.
47	Indiferente. Imposible, despegada, fría, inexpresiva, inerte.	121	Ética. Se dice de la persona conforme a los principios de la ética. Moralista.
48	Excluida. Sacada, a una persona o cosa, fuera del lugar que ocupa; no admitida su entrada, su participación. Excluir a una de una asamblea, lista, etc.	122	Temperamental. Se dice de la persona que presenta una alternancia de estados de ánimo e intensidades de reacción.
49	Estricta. Precisa, exacta, rigurosa, celosa, textual.	123	Precisa. Exacta, concisa, estricta, concisa, textual, clara.
50	Disgustada. Descontenta, molesta, enfadada, solida, quejosa.	124	Abnegada. Altruista. Se dice de la persona que renuncia a su propia voluntad en favor de una idea de los demás.
51	Apática. Leña, indiferente, callada.	125	Militante. Se dice de la persona que milita y lucha por un ideal.
52	Ignorante. Anémico, desconcertado.	126	Gregaria. Que está en compañía de otros sin distinción.
53	Nerviosa. Excitable, impresionable, inquieto, intranquila, irritable.	127	Dependiente. Unida. El sujeto dependiente para el asunto es la relación de valores que se establece entre una cosa o persona con respecto a otra.
54	Feliz. Dichosa, afortunada, contenta, satisfecha.	128	Tradicional. Conservador, conservista.
55	Egocéntrica. Persona que tiene una extremada exaltación de la propia personalidad; la considera como centro de la atención y actividad generales.	129	Aventurera. Vivaz, galá.
56	Dominante. Imperante, imperativa, avasalladora, mandona, absorbente.	130	Antipática. Desagradable, aborrecible, enojosa, odiosa, insufrible.
57	Limpia. Aseada, pulcra, depurada.	131	Despreñada. Generosa, espléndida, desahogada.
58	Irritable. Irrazible, cóberica, nervioso.	132	Lebral. Escenica, dramática, intranquila. Se usa en un sentido figurado para referirse a una persona o a una acción exagerada o fingida.
59	Desagradable. Molesta, irritante, fastidiosa, enfadada, pesada.	133	Presumida. Coqueta, vanidosa, vana, petulante.
60	Pensativa. Meditabunda, abarata, abstraída, melancólica, melismática.	134	Fozuda. Terca, obstinada, insular, mirrada, cabezota.
61	Insoportable. Espantosa, asca, laruda, intratable.	135	Serla. Grave, formal, imbuada, circospecta, sensata, reflexiva. Alude a las personas que cumplen puntualmente, o de manera rigurosa, sus obligaciones.
62	Inquieto. Preocupado, intranquila, desasosegada.	136	Pesimista. Derivista, amargada.
63	Insegura. Incierta, dudosa, indecisa, titubeante, vacilante.	137	Obstinada. Perseverante, terca, tenaz, testaruda, tenaz, persistente.
64	Reservada. Discreta, cautelosa, cohibida, silenciosa.	138	Quisquilloso. Crítico. chiche. Se aplican a personas que se fijan mucho en pequeños detalles.
65	Miedosa. Temerosa, cobarde, melicosa.	139	Respetuosa. Escudriñada, atenta, mirada, correcta.
66	Recelosa. Desconfiada, suspicaz, temerosa.	140	Poderosa. Potente, fuerte, enérgica, eficaz, activa.
67	Impulsiva. Se dice de la persona que, llevada de la impresión del momento, habla o procede sin reflexión ni cautela.	141	Virtuosa. Incorruptible, íntegra, bondadosa, benévola.
68	Importante. Villosa, notable, fundamental, crucial, sustancial.	142	Pravocadora. Agitadora, perturbadora, activista, incitadora, aborrotadora.
69	Combativa. Incluida a la lucha, a la contienda o a la polemica; batalladora, luchadora.	143	Encantadora. Cautivadora, seductora, apacible.
70	Laboriosa. Trabajadora, agitada, diligente.	144	Desinteresada. Generosa, espléndida, altruista, honesta.
71	Malhumorada. Irritable, irascible, desahogado, resentida.	145	Seductora. Atractiva, encantadora, fascinadora, cautivadora, interesante.
72	Frustrante. Se aplica a la persona que priva a uno de lo que esperaba. Frustró las esperanzas de Juan.	146	Inópica. Insustancial, insulsa, soa.
73	Rígida. Rigurosa, severa, austera.		
74	Apreensiva. Se aplica a la persona que tiene temor-escrúpulo, miramiento excesivo.		

ANEXO VIII

ESCALA DE INSIGHT COGNITIVO DE BECK

EICB

A continuación encontrará una lista de frases sobre cómo piensan y sienten las personas. Por favor, lea cada frase de la lista con mucha atención. Indique hasta qué punto está de acuerdo con cada frase marcando una <u>X</u> en la columna correspondiente.		Nada de acuerdo	Un poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.	Algunas veces he malinterpretado las actitudes que los demás tienen hacia mí				
2.	Las interpretaciones que hago de mis experiencias son sin duda correctas				
3.	Otras personas pueden entender mejor que yo la causa de mis experiencias raras				
4.	Llego a conclusiones demasiado rápido				
5.	Algunas de mis experiencias que me han parecido muy reales pueden haberse debido a mi imaginación				
6.	Algunas de las ideas que tenía como ciertas acabaron siendo falsas				
7.	Si siento que algo es correcto significa que es correcto				
8.	Aunque me siento muy seguro/a de estar en lo cierto, podría estar equivocado/a				
9.	Conozco mejor que nadie cuáles son mis problemas				
10.	Cuando los demás no está de acuerdo conmigo, normalmente están equivocados				
11.	No puedo fiarme de lo que opinan los demás sobre mis experiencias				
12.	Si alguien comenta que mis creencias son erróneas estoy dispuesto/a a considerar su opinión				
13.	Puedo confiar en mi propio juicio siempre				
14.	Suele haber más de una explicación posible sobre porqué la gente actúa de la manera en que lo hace				
15.	Mis experiencias raras pueden deberse a que esté muy alterado/a o estresado/a				

ANEXO IX

INVENTARIO DE ACTITUDES HACIA LA MEDICACIÓN

Inventario de Actitudes hacia la Medicación -DAI-

Lea detenidamente cada una de las frases siguientes y decida si para usted son verdaderas o falsas. Las frases se refieren únicamente a la medicación psiquiátrica que toma actualmente. Si una frase es verdadera o en su mayor parte verdadera, rodee con un círculo la V. Si una frase es falsa o en su mayor parte falsa, rodee con un círculo la F. Si desea cambiar alguna respuesta, tache con una X la respuesta errónea y marque con un círculo la respuesta correcta.

1. Para mí lo bueno de la medicación supera lo malo	V	F
2. Me siento raro/a, como un "zombie" con la medicación	V	F
3. Tomo medicación por decisión mía	V	F
4. La medicación hace que me sienta más relajado/a	V	F
5. La medicación hace que me sienta cansado/a y lento/a	V	F
6. Tomo medicación sólo cuando estoy enfermo/a	V	F
7. Me siento más normal con la medicación	V	F
8. Es antinatural para mi mente y mi cuerpo estar controlado/a por medicaciones	V	F
9. Mis pensamientos son más claros con medicación	V	F
10. Por estar con medicación puedo prevenir caer enfermo	V	F