



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE MEDICINA
 División de Estudios de Posgrado



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

**EMPATÍA, ESPIRITUALIDAD Y MEDIDAS DE
 AFRONTAMIENTO RELIGIOSO: ESTUDIO
 COMPARATIVO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA
 Y CONTROLES**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
 PSIQUIATRÍA QUE PRESENTA

Heroldo Palomares Guzmán

<p>Tutor Teórico</p> <p>Dr. Ricardo Saracco Álvarez</p>	<p>Tutor Metodológico</p> <p>Dra. Ana Fresán Orellana</p>
--	--

CD..MX., 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE TEMÁTICO

1 Antecedentes	3
1.1 Esquizofrenia.....	3
1.1.2 Generalidades	3
1.1.3 Criterios diagnósticos.....	17
1.1.4 Epidemiología.....	20
1.1.5 Prevalencia en México.....	21
1.2 Empatía.....	21
1.2.1 Definición del constructo y generalidades.....	21
1.2.2 Empatía y esquizofrenia.....	30
1.3 Espiritualidad y medidas de afrontamiento religioso.....	35
1.3.1 Definición del constructo y generalidades.....	35
1.3.2 Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en salud mental.....	44
1.3.3 Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en esquizofrenia.....	46
2. Justificación	48
3. Planteamiento del problema	48
4. Objetivos	49
5. Hipótesis	49
6. Metodología	50
6.1 Diseño del estudio.....	50
6.2 Población.....	50
6.3 Cálculo tamaño de muestra.....	51
6.4 Criterios inclusión, exclusión y eliminación.....	51
6.5 Definición conceptual y operacional de variables.....	53
6.5.1 Esquizofrenia.....	53
6.5.2 Empatía.....	53
6.5.3 Espiritualidad.....	54
6.5.4 Medidas de afrontamiento religioso.....	54
6.6. Descripción de escalas.....	55
6.6.1 Escala PANSS.....	55
6.6.2 Escala de Empatía (EQ).....	56
6.6.3 Escala BRIEF-RCOPE.....	57
6.6.4 Sub-escala bienestar espiritual EBE.....	57
7. Procedimiento	58
7.1 Esquema de procedimiento.....	58
8. Análisis estadístico	59
9. Consideraciones éticas	60
10. Cronograma	61
11. Resultados	58
12. Discusión	62
13. Conclusión	69
14. Bibliografía	70
15. Anexo I: Consentimiento informado	85

RESUMEN

Introducción: La esquizofrenia es una enfermedad con una prevalencia importante en la población, y se acompaña de repercusiones directas y graves en el funcionamiento global del individuo. Múltiples estudios han encontrado una alteración significativa en los niveles de empatía en los pacientes con esquizofrenia, a comparación de controles sanos. En años recientes, se ha reconocido la importancia que juega la espiritualidad en la salud mental en general, encontrándose que los pacientes que muestran niveles más altos en estos constructos, resultan tener mejores pronósticos.

Hipótesis: La empatía, la espiritualidad y las medidas de afrontamiento religioso positivo mostrarán una asociación directa en los pacientes con esquizofrenia y serán menores a las reportadas por sujetos controles sanos.

Metodología: Se trata de un estudio prospectivo, transversal y comparativo. El primer grupo de análisis estuvo conformado por personas con esquizofrenia (pacientes); y el segundo grupo por personas sin diagnóstico psiquiátrico (controles). Se aplicaron las siguientes escalas validadas en población mexicana: PANSS, EQ, EBE y Brief-RCOPE.

Resultados: se encontró que los niveles de empatía emocional, habilidades sociales y puntuación total del EQ fueron mayores en sujetos control (27.7, D.E.=9.0 puntos vs 20.8, D.E.=7.6; $t=4.1$, 98 gl, $p<0.001$). Un mayor número de pacientes ($n=36$, 72%) se consideraron practicantes religiosos activos en comparación con los sujetos control ($n=20$, 40%; $\chi^2=10.3$, 1 gl, $p=0.001$) y se encontró un mayor nivel de apego religioso en los pacientes (7.7, 1.6 vs 6.2, 1.9, $t=-3.2$, 54 gl, $p=0.002$).

Discusión: Sí fue posible encontrar una asociación entre las variables, sin embargo ésta fue inversa. Esto nos indica que los pacientes con esquizofrenia, a pesar de tener una afectación importante en la empatía, permanecen intactos en cuanto a sus capacidades espirituales, y se suelen apoyar en la religión para lidiar con su padecimiento.

Palabras clave: *esquizofrenia, empatía, espiritualidad, religión, medidas de afrontamiento religioso.*

1.0 ANTECEDENTES

1.1 ESQUIZOFRENIA

1.1.1 DEFINICIÓN DEL CONSTRUCTO Y GENERALIDADES

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que presenta una psicopatología variable que afecta la cognición, las emociones, la percepción y otros aspectos del comportamiento. Está caracterizada por síntomas positivos, negativos y cognitivos que influyen en casi todos los aspectos de la actividad mental, los cuales se relacionan con diferentes grados de alteraciones funcionales y sociales que persisten. La esquizofrenia afecta aproximadamente el 1% de la población estadounidense. En Estados Unidos, se estima que las personas con esquizofrenia ocupan un 10% de las camas de los hospitales, y que 30% de las personas que presentan esta enfermedad terminan siendo hospitalizadas en algún momento de su vida. La esquizofrenia se puede encontrar en todas las sociedades y zonas geográficas, y sus tasas de incidencia y prevalencia son más o menos las mismas en todo el mundo (Sadock y Sadock, 2009).

El trastorno suele empezar al final de la adolescencia y al principio de la edad adulta, y es raro que se manifieste antes de los 16 años o después de los 50 años. Puede tener un inicio relativamente inmediato, en el transcurso de 2-3 semanas, o un inicio lento. La mayoría de los individuos experimentan una fase prodrómica antes del primer episodio, durante la cual aparecen algunos indicios y síntomas, pero durante la cual la persona aún no cumple con todos los criterios del trastorno (Sadock y Sadock, 2009).

Según el estudio epidemiológico realizado por Caraveo y Medina-Mora en 1996, la prevalencia de la esquizofrenia en la vida fue de 0.7% en ambos sexos, la cual es similar a la que da la Encuesta Nacional de Comorbilidad en los Estados Unidos y la prevalencia mensual en las áreas de capacitación epidemiológica. Aun cuando se incluyera en esta categoría a la psicosis inespecífica definitiva, la estimación sería del todo equiparable: 1.7% en los varones y 1.6% en las mujeres. Estos datos fueron obtenidos a partir de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), que se realizó en una muestra probabilística con representatividad nacional de la población residente en zonas urbanas del país (Caraveo-Anduaga y Medina-Mora, 1996).

Etiología:

Las causas de la esquizofrenia permanecen desconocidas en la actualidad. Sin embargo, el punto de vista más aceptado es que ésta es una enfermedad de etiología heterogénea. Los datos disponibles indican que el núcleo etiológico se encuentra en la interacción entre genética y ambiente (Lawrence, y otros, 2008).

Genética: la evidencia actual apunta a una heterogeneidad genética, habiendo más de un fenotipo y más de una variante genética. La probabilidad de que la esquizofrenia sea causada por un desorden en un solo gen es cada vez más improbable. Así, el énfasis ha cambiado a múltiples genes de efectos pequeños-moderados, los cuales pueden combinar sus efectos interactuando entre ellos, junto con otros factores de riesgo no genéticos. Así, la esquizofrenia es un trastorno genético complejo que no muestra un patrón Mendeliano de herencia. Los estudios de prevalencia familiar han coincidido en que la tasa de esquizofrenia entre familiares de primer grado de una persona con esquizofrenia es más alta que en controles, siendo 10 veces mayor entre ellos. En familiares de segundo y tercer grado, la probabilidad es 6 y 2 veces mayor, respectivamente (Tsuang y Stone, 2001). También se ha visto que este incremento en riesgo se extiende a trastornos del espectro, como el esquizoafectivo y trastornos de personalidad esquizoide y esquizotípico. Los estudios de adopción han mostrado evidencia suficiente de que los pacientes adoptados con esquizofrenia tenían más familiares de primer grado con la enfermedad que los controles, y han sugerido que los factores ambientales juegan un papel en la manifestación de la enfermedad en individuos genéticamente susceptibles (Kety, 1987). Los estudios de gemelos han indicado una concordancia en la enfermedad entre gemelos dicigóticos de 8-12 %, lo cual es mucho mayor que el 1% de la población general. La concordancia entre gemelos monocigóticos es de aproximadamente 50 %. Esto sugiere que además del factor genético, los factores no genéticos son importantes en la etiología. Los estudios de asociación y de 'linkage', usando una búsqueda en todo el genoma humano para mapear áreas de genes candidatos, han sugerido tres candidatos para genes de susceptibilidad para la enfermedad: el gen de la disbindina en el cromosoma 6p (DTNPB1), el gen de la Neuregulina-1 en el cromosoma 8-p (NRG-1) y el gen activador de la oxidasa de amino ácido (DAOA) en el cromosoma 13 q. Usando estrategias alternativas de análisis citogenético, se encontró un gen específico en el cromosoma 1, DISC 1, el cual está emergiendo como el mejor gen candidato para esquizofrenia (Ross, y otros, 2006). Este gen parece tener papeles tanto en el desarrollo

cerebral como en funcionamiento neural del adulto. Debido a que anomalías en transmisión sináptica y postsináptica se consideran cruciales en la fisiopatología de la esquizofrenia, los genes que codifican fosfoquinasas han emergido como fuertes candidatos ("hot genes") en el rol etiológico de la enfermedad (Maier y otros, 2006). Hay una fuerte asociación genética entre esquizofrenia y un síndrome de microdeleción cromosómica, el síndrome Velocardiofacial, ocasionado por una deleción de 1.5-3 Mb en el cromosoma 22q11. Un 20-30% de los pacientes con este síndrome tienen esquizofrenia u otro trastorno psicótico. A su vez, los pacientes con esquizofrenia tienen un incremento en la frecuencia de la microdeleción en comparación con población general. La región del VCFS incluye entre otros 27 genes, el de la catecol-o-metiltransferasa, lo cual podría explicar esta asociación. En resumen, la mayoría de los genes identificados hasta ahora como relacionados con la enfermedad parecen impactar en los procesos más básicos del desarrollo cerebral, incluyendo diferenciación neuronal, biología de la sinapsis y procesos involucrados en la plasticidad neuronal. Todos los genes de susceptibilidad identificados codifican para proteínas sinápticas. También es notable el que todos los genes de riesgo identificados para esquizofrenia (y trastorno bipolar) involucran la transmisión glutamatérgica, o el neurodesarrollo de neuronas y células gliales (Lawrence y otros, 2008).

Hipótesis virales: ha habido un interés en una posible etiología viral en el desarrollo de la esquizofrenia, partiendo de la observación de que los individuos con esquizofrenia tienen un incremento en nacimientos durante epidemias de influenza, así como un incremento en nacimientos en temporada invernal (en ambos hemisferios) (Mednick y otros, 1988). Se ha visto que la asociación entre exposición viral y esquizofrenia parece ser más fuerte cuando la exposición ocurre durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. Esto es de interés debido a que el segundo trimestre es un periodo crítico para el desarrollo cortical y límbico, por lo que ha sido propuesto que una exposición viral en este periodo puede interferir el desarrollo neuronal en áreas clave del cerebro, como el hipocampo y la corteza prefrontal. Actualmente hay cierto interés por retrovirus neurotrópicos, en particular el virus Borna, el cual ha mostrado un tropismo relativo al hipocampo (Lawrence y otros, 2008).

Alteraciones inmunes: de acuerdo a un reporte reciente, se encontró que un antecedente de cualquier enfermedad autoinmune se asociaba con un incremento en 45% de esquizofrenia (Eaton y otros, 2006). También se ha reportado un incremento en Anticuerpos Anticardiolipina y antinucleares en pacientes con esquizofrenia, en algunos estudios. Es interesante que se haya

encontrado una relación inversa en la relación entre esquizofrenia y artritis reumatoide, lo cual ha generado que algunos sugieran una etiología inmune similar (Lawrence y otros, 2008).

Complicaciones al nacimiento: muchos estudios han reportado una alta prevalencia de complicaciones en el embarazo y el nacimiento en pacientes con esquizofrenia, a comparación de controles (Cannon, 2002). La hipoxia en este periodo ha mostrado alterar el desarrollo cerebral, siendo el hipocampo y otras regiones de la neocorteza particularmente sensibles a la misma. Así, un mecanismo propuesto para explicar el papel de las alteraciones en nacimiento en la etiología de la enfermedad involucran daño mediado por hipoxia en dichas áreas (Verdoux y otros, 1997). Algunos estudios sugieren que el grado de complicaciones obstétricas es más alto en esquizofrenia de inicio temprano, en hombres, en pacientes con predominancia de síntomas negativos y sin antecedentes familiares de la enfermedad.

Fisiopatología:

Como en el caso de la etiología, los procesos anormales que median las manifestaciones clínicas de la enfermedad no están esclarecidos para la esquizofrenia (Keshavan y otros, 2008).

Teorías Neuroanatómicas: ya Alzheimer había descrito una pérdida de neuronas corticales en pacientes con *dementia praecox*. El hallazgo morfológico más consistente en la literatura para esquizofrenia es un ensanchamiento de los espacios ventriculares, lo cual ha sido confirmado por un gran número de estudio de Tomografía Axial Computarizada (TAC) y Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de cráneo (McCarley y otros, 1999). El 79% de los estudios bien diseñados han reportado un ensanchamiento de los ventrículos laterales. Sin embargo, el ensanchamiento suele ser sutil en la mayoría de los casos. Los pacientes crónicos han reportado tener un mayor ensanchamiento ventricular. El significado fisiopatológico de este hallazgo no es claro, lo más probable siendo que sea una manifestación secundaria de atrofia cerebral (Lawrie y Abukmeil, 1998). En cuanto al sistema límbico, las estructuras que han sido involucradas en la fisiopatología de la esquizofrenia han sido el hipocampo, la corteza entorrinal, el cíngulo anterior y la amígdala. Estas estructuras tienen funciones importantes en la memoria (hipocampo), atención (cíngulo anterior), expresión emocional y afiliación social (amígdala). La corteza entorrinal funciona como una “estación de relevo” entre el hipocampo y la neocorteza, y junto con el hipocampo se denominan “estructuras mesiotemporales (Lawrence y otros, 2008). Anormalidades en hipocampo y estructuras mesiotemporales han sido consistentemente

encontradas en pacientes con esquizofrenia, por lo que estas estructuras son los primeros candidatos para un sitio neuroanatómico relacionado con la enfermedad. Uno de los hallazgos más consistentes en hallazgos morfológicos en RMN es la reducción en tamaño de hipocampo. Además, ha habido más de 25 estudios postmórtem que han reportado anormalidades morfológicas y citoarquitectónicas en estas estructuras. Los hallazgos han incluido reducción en tamaño, reducción en población celular, en materia blanca y arreglo celular anormal. El giro temporal superior es otra región que ha sido relacionada con la esquizofrenia. Esta región está involucrada en el procesamiento auditivo (Lawrence y otros, 2008). En cuanto a la corteza prefrontal, también ha sido implicada en la fisiopatología de la esquizofrenia. Esta región contiene áreas de asociación heteromodales responsables de integrar información proveniente del resto de la corteza y de regiones subcorticales para funciones ejecutivas. Entre sus funciones específicas están la memoria de trabajo, la atención y la capacidad para suprimir interferencia de fuentes internas o externas (Keshavan y otros, 2008). Una de las observaciones más tempranas en estudios de imagen funcionales en pacientes con esquizofrenia fue una reducción en la perfusión de los lóbulos frontales, que fue replicado en estudios posteriores con PET que sugerían disminución en utilización de glucosa en regiones frontales. En cuanto a estudios postmórtem, se han reportado reducción en grosor de la corteza prefrontal, pérdida de células piramidales y malformación citoarquitectónica. Así, gran cantidad de evidencia converge en la corteza prefrontal como una región clave en la fisiopatología de la esquizofrenia (Weinberger y otros, 2001).

Circuitos neurales: debido a que cada vez queda más claro que la función cerebral involucra integración de diversas regiones cerebrales, el pensamiento actual sobre la fisiopatología de la esquizofrenia está centrado en circuitos neurales, más que en regiones aisladas (Lawrence y otros, 2008). La evidencia sugiere que la esquizofrenia está asociada con una disminución en la conectividad sináptica de la corteza prefrontal dorsal. El modelo de Conectividad Sináptica Reducida en el Desarrollo propone que los déficits en materia gris pueden ser originados por una reducción en densidad sináptica debido a factores perinatales y/o genéticos, o a una “poda” sináptica excesiva durante la adolescencia (McGlashan y Hoffman, 2000). Según la hipótesis del “Neurópilo reducido”, la reducción en grosor cortical sugiere que los procesos celulares y las conexiones sinápticas están reducidas en la esquizofrenia (Glantz y otros, 2006). De esta manera, se sugiere que la anormalidad neural principal en la esquizofrenia tiene que ver con conectividad

neural (cambios en dendritas/neurópilo/materia gris) más que con el número celular. Lafargue y Brasic han postulado anomalías en el circuito temporolímbico-prefrontal como subyacentes a los déficits en organización y memoria observados en la enfermedad (Lafargue y Brasic, 2000).

Filtrado de estímulos sensoriales: se considera que el filtrado de estímulos sensoriales ('sensory gating') es una habilidad básica del cerebro para suprimir respuestas a estímulos repetitivos o posiblemente irrelevantes. El P50 y la Inhibición Pre-pulso son paradigmas importantes desarrollados para cuantificar el filtrado sensorial. La evidencia actual indica una disminución en el filtrado sensorial en la esquizofrenia, debido a una disrupción en la función, arquitectura y neurotransmisión del hipocampo. Debido a que el hipocampo y la amígdala son las estructuras responsables de desarrollar la valencia emocional de los estímulos, un déficit en estas estructuras produce un bombardeo de gran cantidad de información sensorial irrelevante que sobrecarga al sistema límbico, probablemente siendo éste el origen de los síntomas positivos (Lawrence y otros, 2008).

Desfasamiento negativo ('Mismatch Negativity'): este es un componente particular de los Potenciales de Respuesta Tempranos (ERP) que tiene un componente negativo a 100-200 ms, y que es generado por un proceso desfasado ('mismatch') entre el input sensorial de un estímulo desviado y un trazo neural sensorial-mnésico (memoria ecoica) que almacena las características físicas de un estímulo estándar. Este fenómeno es generado mediante variaciones infrecuentes (desviaciones) de un estímulo presentado con frecuencia (estándar), y es considerado un reflejo automático, un proceso cerebral pre-atencional. El desfasamiento negativo, que es considerado uno de los fenómenos más importantes en la electrofisiología clínica y cognitiva, se encuentra atenuado en pacientes con esquizofrenia (Lawrence y otros, 2008).

Teorías Neuroquímicas

Dopamina: este es el sistema de neurotransmisión más extensamente investigado en esquizofrenia. En 1973 se propuso que la esquizofrenia estaba relacionada a una hiperactividad dopaminérgica, lo que se mantuvo como la principal propuesta durante los siguientes 15 años. Su principal evidencia viene del hecho de que todos los antipsicóticos disponibles tienen efectos antagonistas en el receptor D2 de dopamina. Aunado a esto, los agonistas dopaminérgicos como las anfetaminas y metilfenidato, exacerbaban los síntomas psicóticos. Además, el hallazgo

postmórtem más consistente es un nivel elevado de receptores D2 en el estriado (Creese, 1975). Esta hipótesis fue cuestionada seriamente por el advenimiento de la clozapina, la cual ha mostrado ser el tratamiento más eficaz para esquizofrenia crónica, a pesar de tener uno de los niveles más bajos de ocupación de D2, tan bajos como 20% (a comparación de 80% de haloperidol) (Farde y Wiesel, 1988). Un modelo revisado de la disfunción dopaminérgica fue propuesto, en el cual los déficits de dopamina en la corteza prefrontal podían resultar en síntomas negativos y cognitivos, y la desregulación concomitante ocasionaría incremento dopaminérgico en el estriado, lo cual a su vez originaría los síntomas positivos. Kapur propuso en 2003 que la dopamina del sistema mesolímbico provee a los estímulos externos, o a los pensamientos internos, con valor o valencia afectiva, lo que significaría que la dopamina contribuye a transformar una representación mental de una pieza neutral a una que capta la atención (Kapur, 2003). Durante un episodio psicótico agudo, con el incremento en cantidad de dopamina en el sistema mesolímbico se daría valencia afectiva de manera inapropiada a una gran cantidad de estímulos, lo que conllevaría a estados paranoides y psicóticos. A partir de que Carlsson sugirió que los receptores D2 podrían ser heterogéneos, se ha llegado a la concepción de que los receptores D2 en el estriado y corteza temporal no son idénticos, de manera que en el estriado son sinápticos, mientras que en la corteza temporal son extrasinápticos (Carlsson y Carlsson, 2006; Carlsson, 2001; Keshavan y otros, 2008).

Glutamato y receptores NMDA: el glutamato es el neurotransmisor excitatorio principal del cerebro, y está involucrado de manera crítica en el aprendizaje, la memoria y el neurodesarrollo. Aproximadamente 60% de las neuronas cerebrales utilizan al glutamato. Los receptores glutamatérgicos se dividen en ionotrópicos (NMDA, AMPA, kainato) y metabotrópicos (I, II, III). El interés en el receptor NMDA y su papel en la esquizofrenia surgió de la observación de los efectos esquizofreniformes de la psicosis inducida por PCP, un antagonista del receptor NMDA (Javitt y Zukin, 1991). Otros hallazgos han sugerido un estado hipoglutamatérgico en la esquizofrenia, como niveles disminuidos de glutamato en el líquido cefalorraquídeo. Olney y Farber propusieron en 1995 la hipótesis de hipofunción del receptor NMDA, demostrando que el glutamato, al actuar mediante receptores NMDA en neuronas GABAérgicas, mantiene un control inhibitorio tónico sobre varias vías excitatorias, de manera que una hipofunción en estos receptores aboliría este control inhibitorio, resultando en descargas caóticas e intensas (Olney y

Farber, 1995). La hipótesis glutamatérgica de la esquizofrenia es una de las áreas de investigación más activas en la actualidad (Lawrence y otros, 2008).

La teoría Dopamina-Glutamato: Carlsson propuso en 2001 una teoría de la esquizofrenia que involucraba varios sistemas de neurotransmisión, en la que sugiere que la hiperdopaminergia observada en la esquizofrenia es probablemente secundaria a una hipofunción glutamatérgica mediada por alteración en los receptores NMDA. Así, se propone que la generación de síntomas psicóticos depende de la interacción entre vías de dopamina y glutamato que proyectan hacia el núcleo estriado desde el tallo cerebral y de la corteza, respectivamente. Estos sistemas de neurotransmisión son predominantemente antagónicos, cuyo resultado es filtrar parte del input sensorial del tálamo con el fin de proteger a la corteza de una sobrecarga de estímulos. La hiperactividad dopaminérgica o hipofunción glutamatérgica reduciría esta influencia protectora. Así, las vías estriatotalámicas y corticoestriales funcionan a manera de frenos y aceleradores, permitiendo a la corteza regular el filtro talámico en ambas direcciones. De acuerdo a Carlsson, la esquizofrenia es un síndrome de etiología y fisiopatología heterogénea; si un neurotransmisor está alterado, esto tendrá de manera inevitable un impacto sobre otros neurotransmisores (Carlsson, 2001; Carlsson y Carlsson, 2006).

Evolución del concepto sindromático de la esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno que presenta muchos síntomas distintos a lo largo de la evolución de la enfermedad. Las observaciones longitudinales y transversales más recientes han llevado a la conceptualización de dos ámbitos psicopatológicos de síntomas reproducibles: el de los síntomas negativos y positivos (Lindenmayer y Khan, 2006). El neurólogo Hughlings Jackson fue el primero que utilizó estos términos al hablar de enfermedad cerebral orgánica a finales del siglo XIX. Los síntomas positivos son alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje desorganizado, comportamiento y síntomas catatónicos; mientras que los síntomas negativos son embotamiento afectivo, pobreza de lenguaje, anhedonia y abulia (Andreasen, 1995).

En 1980, Crow aplicó este concepto y describió esquizofrenia de tipos I y II, que él consideraba como síndromes dicotómicos con procesos fisiopatológicos subyacentes distintos e independientes. Crow postuló que el síndrome negativo o esquizofrenia tipo II reflejaba anomalías estructurales del cerebro (como hipertrofia ventricular), por lo cual se mantenía estable, así como hipofunción dopaminérgica, lo que explicaba su falta de respuesta al

tratamiento antipsicótico. Este subtipo de esquizofrenia reflejaba un proceso degenerativo subyacente, o una alteración en el desarrollo. Por el contrario, los pacientes con predominio de síntomas negativos, o esquizofrenia tipo I, tenían una estructura cerebral conservada, así como una hiperfunción dopaminérgica, por lo cual respondían bien al tratamiento y tenían mejor pronóstico (Crow, 1980; Crow, 1985). Andreasen y Olsen, en 1982, crearon el concepto de síndrome de esquizofrenia, proponiendo que los pacientes con síntomas positivos y negativos podían clasificarse en dos categorías distintas. Sin embargo, este enfoque dicotómico fue invalidado después, al ver que la mayoría de los pacientes manifestaban ambos tipos de síntomas (Andreasen y Olsen, 1982). Según Kay, un enfoque heurísticamente provechoso es considerar a los síndromes positivos y negativos como elementos representativos de diferentes dimensiones psicopatológicas, en lugar de subtipos coexclusivos de la esquizofrenia (Kay, 1990). Ambos difieren en su relación con el funcionamiento premórbido, los antecedentes familiares de la enfermedad, el perfil cognitivo y los indicios neurológicos. Los estudios longitudinales han revelado que los síntomas negativos son más estables que los positivos, y es menos probable que mejoren a lo largo de la enfermedad. Basándose en esta división sindromática, Andreasen y cols desarrollaron una Escala para evaluación de síntomas positivos (SAPS) y una para síntomas negativos (SANS), las cuales constan de 35 y 20 ítems, respectivamente. A su vez, Kay y cols desarrollaron la Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia en 1987 (PANSS), la cual consiste en 3 subescalas que cuantifican 7 síntomas positivos, 7 síntomas negativos y 16 síntomas psicopatológicos generales; los ítems se puntúan del 1 al 7, y ambas escalas cuentan con descripciones precisas del funcionamiento de los ítems con niveles de gravedad bien definidos. Han demostrado ser muy fiables y válidas tanto interna como externamente (Kay y otros, 1987; Lindenmayer y Khan, 2006).

Recientemente, ha quedado claro que la distinción positivo-negativo está incompleta, y debe ampliarse para incluir otros dominios sindromáticos. Esto ha llevado al desarrollo de modelos de cinco dimensiones. La mayoría de los análisis factoriales basados en la SAPS y SANS han sugerido ampliar los síntomas de la esquizofrenia en tres factores: agrupación positiva o psicótica (alucinaciones, ideas delirantes, síntomas catatónicos), agrupación negativa (anhedonia, abulia, pobreza de lenguaje, embotamiento afectivo) y agrupación de desorganización (lenguaje desorganizado, afecto inapropiado, comportamiento extravagante) (Lindenmayer y Khan, 2006).

Mediante la PANSS, Lindenmeyer y cols propusieron en 1994 un modelo de cinco factores para la esquizofrenia: factor positivo, factor negativo, factor de excitación, factor cognitivo y factor de depresión/ansiedad. Este modelo ha resultado ser muy sólido en las diversas fases de la enfermedad, longitudinal e interculturalmente, así como estable después del tratamiento antipsicótico.

Carpenter y cols detallaron más el concepto del síndrome negativo, llamando la atención sobre las diferencias entre síntomas negativos primarios y síntomas negativos secundarios. Los síntomas negativos primarios siendo expresiones de los aspectos de la abulia en la esquizofrenia, los cuales fluctúan menos a lo largo de la enfermedad, son menos sensibles a las situaciones cambiantes y raramente remiten. Los síntomas negativos secundarios son reversibles y suelen ser causados por los efectos de los fármacos, la depresión o la ausencia de estímulos. Kirkpatrick propuso el término de “síntomas deficitarios” para referirse a los síntomas negativos primarios (Carpenter y Kirkpatrick, 1988; Kirkpatrick y otros, 1989; Kirkpatrick y Buchanan, 1990). El enfoque dimensional tiene varias ventajas importantes para el diagnóstico, la fisiopatología y el tratamiento, comparado con un enfoque categórico. Es heurísticamente más plausible que cada dimensión psicopatológica del síndrome esté relacionada con una anomalía fisiopatológica subyacente, que puede llegar a asociarse a uno o más genes de riesgo (Tandon y otros, 2008).

Ha habido esfuerzos recientes por volver a concebir a la esquizofrenia desde el punto de vista de la fenomenología, por parte de autores como Parnas, Sass, López-Ibor, etc. Según este enfoque, la esquizofrenia se caracteriza por una alteración en la “ipseidad”, también conocida como “*mí mismo nuclear*”, normalmente implícito en cada acto de conciencia. La hipótesis de la alteración de la “ipseidad” sostiene que las manifestaciones sintomáticas de la esquizofrenia, al parecer distintas, pueden encubrir semejanzas subyacentes; es decir, que los síndromes positivo, negativo y desorganizado pueden compartir formas de “ipseidad” alterada. Así, el núcleo gestáltico de la esquizofrenia es una alteración en el sentido básico, pre-reflexivo del sí mismo, que normalmente es responsable de la experiencia subjetiva de la autoría, coherencia, unidad, identidad temporal y delimitación y se acompaña de una sensación de inmersión en el mundo que es pre-reflexiva. Se podría decir entonces que la esquizofrenia forma parte de un espectro caracterizado por una profunda alteración de las estructuras de la subjetividad, puesta de manifiesto en la relación con el sí mismo (“ipseidad”), el mundo y los otros. a decir de Parnas, hay una importante falta de sintonía y de inmersión en el mundo, así como una perplejidad

generalizada, es decir, una falta de comprensión pre-reflexiva, de los significados evidentes, y una hiper-reflexividad (López-Ibor, 2014; Parnas, 2011; Sass y Parnas, 2003).

Evolución y pronóstico:

El primer dato indicativo de la enfermedad puede ser la presencia de síntomas premórbidos, que suelen aparecer en la adolescencia. Los antecedentes premórbidos habituales de la esquizofrenia, que no son invariables, ponen de manifiesto que los pacientes presentan una personalidad esquizoide o esquizotípica, es decir, que se caracterizan por ser tranquilos, pasivos e introvertidos, y con pocas amistades durante la infancia. Es posible que los adolescentes preesquizofrénicos no tengan amistades próximas o no hayan salido con gente, e incluso pueden llegar a evitar los deportes de equipo. Probablemente disfruten de actividades solitarias hasta el punto de excluir totalmente las actividades sociales. Con el tiempo, la familia y los allegados notan que la persona ha cambiado y que ya no puede rendir adecuadamente. También puede suceder que durante esta etapa la persona comience a interesarse por ideas abstractas, como la filosofía, y comenzar a plantearse cuestiones religiosas o relacionadas con el esoterismo. También puede llegar a presentar comportamiento extraño, afecto anómalo, lenguaje desorganizado, ideas extrañas y experiencias perceptivas incongruentes. La validez de los síntomas y signos prodrómicos, reconocidos casi invariablemente después de haberse diagnosticado la esquizofrenia, es discutible (Sadock y Sadock, 2009). La evolución clásica de la esquizofrenia sigue un curso de exacerbaciones y remisiones. Tras el episodio psicótico, el enfermo se recupera gradualmente, y a partir de entonces puede retomar su actividad con relativa normalidad durante un período de tiempo dilatado. No obstante, los pacientes suelen sufrir recaídas. Cada recaída de la psicosis provoca un deterioro posterior del grado de actividad basal. Es esta incapacidad para recuperar el grado de actividad normal lo que diferencia más a los pacientes que padecen esquizofrenia de los que padecen un trastorno del estado de ánimo. Es común que la vulnerabilidad del enfermo a recaer al estar sometido a estrés dure toda la vida. Los síntomas positivos tienden a disminuir en gravedad con el tiempo, pero los síntomas negativos o por déficit, que son los más incapacitantes, se suelen mantener más estables. Una gran cantidad de enfermos que padecen esquizofrenia tienen vidas que se caracterizan por carencia de objetivos, inactividad, frecuentes ingresos hospitalarios, y es común que lleguen a ser personas sin hogar o sumidos en la pobreza (Tandon y otros, 2008).

Aunque este es el patrón común, el curso de la enfermedad varía considerablemente. Algunas personas pueden tener síntomas positivos por un periodo breve, mientras que otros los experimentan durante muchos años. Hay otros que no tienen un periodo prodrómico, comenzando directamente con episodio agudo. Recientemente ha habido un énfasis en servicios de detección temprana e intervención, concentrándose en recuperación a largo plazo, y promoviendo la opinión de los pacientes en el manejo de su padecimiento. Según la guía NICE, hay evidencia de que la mayoría de los pacientes tendrán una recuperación funcional, aunque algunos tendrán dificultades persistentes o permanecerán vulnerables a episodios futuros. El diagnóstico de esquizofrenia se continúa asociando a estigma social considerable, miedo y poco entendimiento público. Los primeros años después del inicio pueden ser particularmente difíciles y caóticos, y en éstos hay un riesgo mayor de suicidio. Una vez que el episodio agudo remite, suelen permanecer problemas como exclusión social, reducción de oportunidades laborales y académicas, y problemas en relaciones sociales (NICE, 2009).

En cuanto al pronóstico, en diversos estudios se ha visto que entre los 5 y 10 años posteriores al primer ingreso hospitalario, únicamente un porcentaje del 10 al 20 % de los casos terminan en un desenlace favorable. Más del 50 % de los pacientes pueden presentar un mal pronóstico, ya que pasan por repetidos internamientos, exacerbaciones de los síntomas, episodios de trastornos del estado de ánimo e intentos de suicidio. Las tasas de remisión varían entre 10 y 60 %, y se estima que entre 20 y 30 % de los pacientes pueden llevar una vida relativamente normal. Los pacientes con esquizofrenia evolucionan mucho peor que los pacientes con un trastorno del estado de ánimo (Sadock y Sadock, 2009).

Tratamiento

La esquizofrenia es una enfermedad crónica, de curso remitente-recurrente, asociada a una disminución en la esperanza de vida y disfunción significativa social y vocacional. Un tratamiento comprensivo requiere de una aproximación multimodal, que incluya farmacoterapia, intervenciones psicosociales, asistencial y financiera. Hace 2 décadas el conocimiento sobre el tratamiento para la esquizofrenia se podía resumir afirmando que los antipsicóticos son útiles para el tratamiento de la esquizofrenia, y que su potencia clínica es proporcional a su bloqueo de receptores de dopamina, así como que la combinación de medicamento antipsicótico con terapia familiar orientada a crisis reducían el riesgo de episodios psicóticos recurrentes. Se podría decir

que el manejo de la enfermedad no ha cambiado mucho hoy en día, aún con la introducción de los antipsicóticos de segunda generación y con el incremento notable en intervenciones cognitivas psicoterapéuticas (Tandon y otros, 2009; Tandon y otros, 2010).

La introducción a la clínica de la clorpromazina hace medio siglo inició la revolución farmacológica en el tratamiento de la esquizofrenia. A partir de entonces, se han desarrollado más de 60 antipsicóticos, que han sido clasificados en agentes de primera y segunda generación. La propiedad farmacológica compartida por todos ellos es su capacidad para bloquear el receptor D2 de dopamina, con la potencia clínica siendo dependiente de la afinidad por el receptor.

Los antipsicóticos de primera generación son muy efectivos en reducir los síntomas positivos. Sin embargo, tienen efectos mínimos contra los síntomas negativos y cognitivos, los cuales contribuyen gran parte de la discapacidad de la enfermedad. Además, causan gran cantidad de efectos adversos, en particular síntomas extrapiramidales (SEP) y discinesia tardía. La clozapina, el primer antipsicótico llamado “atípico”, después de “segunda generación”, fue introducido a la clínica a finales de 1960, viéndose que no provocaba SEP ni discinesia tardía. Sin embargo, su asociación con agranulocitosis provocó que saliera del mercado hasta 1990. Se encontró que este antipsicótico era significativamente más efectivo que los de primera generación, especialmente en pacientes refractarios al tratamiento y en reducir la suicidalidad. Esto motivó a un esfuerzo por encontrar una “clozapina más segura”, llevando al desarrollo de los ahora llamados antipsicóticos de segunda generación, actualmente doce adicionales a la clozapina. Inicialmente se creía que serían más efectivos que los 51 antipsicóticos de primera generación, por lo que han sustituido gradualmente a éstos en el tratamiento. Sin embargo, resultados de estudios a gran escala recientes comparando la eficacia de éstos con los de primera generación, parecen indicar que los antipsicóticos de segunda generación no son más efectivos que los de primera, y tampoco se asocian a una mejoría en síntomas cognitivos o negativos. A diferencia de la eficacia superior de la clozapina para el tratamiento de esquizofrenia refractaria, las diferencias encontradas en eficacia entre los demás antipsicóticos (de primera o segunda generación) han sido mínimas. Sin embargo, en donde sí se ha visto gran diferencia ha sido en el perfil de efectos adversos. Se ha visto que los antipsicóticos de primera y segunda generación constituyen clases de medicamentos muy heterogéneos, sin que haya una frontera clara entre ellos en términos de eficacia, seguridad, tolerabilidad y resultados generales. No hay ningún agente que sea el “mejor” para todos los pacientes, y actualmente no es posible predecir cuál antipsicótico es óptimo para un paciente

individualizado, de manera que las decisiones se siguen haciendo en base a prueba-error (Tandon y otros, 2010).

En cuanto a intervenciones psicoterapéuticas y sociales, actualmente se recomienda la terapia cognitivo conductual, la cual se basa en la hipótesis de que los síntomas psicóticos se originan de malinterpretaciones y atribuciones falsas e irracionales, causadas por fallas en auto-monitoreo. También existe el Entrenamiento de habilidades sociales, cuyo objetivo es mejorar el día a día del estilo de vida del paciente, enfocándose en componentes de competencias sociales como el auto-cuidado, conversación básica, habilidades vocacionales y recreacionales. También se recomienda ofrecer intervenciones familiares a todas las familias de personas con esquizofrenia. Esto puede ser iniciado en la fase aguda o después (Tandon y otros, 2010).

Según las recomendaciones de la guía NICE, a los pacientes recién diagnosticados con esquizofrenia se les debe ofrecer un antipsicótico oral, proveyendo la información sobre los beneficios y efectos adversos. La elección del medicamento debería ser hecha en conjunto por el paciente y el médico, considerando el riesgo potencial para provocar efectos extrapiramidales secundarios, metabólicos y de otro tipo. No se recomienda iniciar combinaciones de antipsicóticos. En caso de pacientes que no responden de forma adecuada al tratamiento inicial, lo recomendado es en primer lugar, revisar el diagnóstico del paciente; después, establecer que haya un apego adecuado al tratamiento farmacológico, así como que la dosis prescrita sea efectiva, y la duración del tratamiento suficiente; también está indicado examinar el compromiso del paciente y sus familiares, integrando tratamiento psicológico y psicosocial; se deben considerar otras posibles causas de falta de respuesta, como consumo comórbido de sustancias y uso concurrente de otros medicamentos. La clozapina debe ser ofrecida a pacientes con esquizofrenia cuya enfermedad no ha respondido de manera adecuada al tratamiento, a pesar de uso secuencial de por lo menos dos antipsicóticos diferentes, a dosis y duración adecuadas, y por lo menos una debe ser un antipsicótico de segunda generación que no sea clozapina (NICE, 2009; Lambert y Naber, 2012).

1.1.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Las definiciones y criterios para establecer el diagnóstico de esquizofrenia han experimentado muchos cambios importantes a lo largo de los años, a pesar de que la definición de los síntomas se ha mantenido más bien estable (Lindenmayer y Khan, 2006).

Tradicionalmente, la nosología norteamericana se basaba en las cuatro “Aes” de Bleuler: alteraciones en el Afecto, Asociación, Autismo y Ambivalencia (Bleuler, 1911). Estos criterios condujeron a un concepto de esquizofrenia relativamente amplio, que se estableció en el DSM-II. Ya el DSM-III y el DSM-III-R partieron de un concepto mucho más restringido, con la limitación clara del número y el tipo de síntomas, una duración específica de los mismos, y una inclusión de un criterio evolutivo. Esto fue resultado de la influencia de la escuela fenomenológica alemana con la introducción de los “síntomas de primer orden” de Schneider, que se centraban en los síntomas patognomónicos de la esquizofrenia. Además, Feighner agregó como criterio una duración mínima de 6 meses (Feighner y otros, 1972). Con la introducción del DSM-IV y DSM-IV-TR (APA, 2013), el concepto se ajustó aún más y se incorporaron los síntomas negativos específicos, manteniéndose con cambios mínimos en el DSM-5 (a excepción de la clasificación en subtipos y la descripción del curso de la enfermedad), quedando de la siguiente manera:

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del

trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito) (APA, 2013).

De alguna manera, la definición de esquizofrenia es diferente en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10), la cual se aproxima más a los estudios transversales y no tiene en cuenta el deterioro social/laboral que exige el DSM. El requisito para duración de los síntomas es de sólo 1 mes, y en relación a los síntomas positivos, los síntomas de Schneider están bien representados, y sólo se requiere uno para el diagnóstico, lo cual refleja la importancia patognomónica que la CIE-10 continúa dando a los síntomas de primer orden de Schneider. Los criterios de la CIE-10 son los siguientes:

No existen síntomas patognomónicos de esquizofrenia pero sí una serie de fenómenos psicopatológicos que tienen una significación especial en el diagnóstico y son los siguientes:

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo, u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.

- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo, que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos.
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas, como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
- h) Síntomas «negativos», como: apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estos últimos habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que dichos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.
- i) Un cambio importante y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

El requisito habitual para el diagnóstico es la presencia, como mínimo, de un síntoma muy evidente o de dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un periodo de un mes o más.⁹²

Los síntomas de primer y segundo orden de Schneider son los siguientes:

Primer orden

Tres tipos de alucinaciones auditivas: oír los pensamientos de alguien en voz alta, oír voces que hablan de uno mismo, en tercera persona y alucinaciones auditivas con comentarios continuos relativos a la actividad de la persona.

Transmisión del pensamiento

Bloqueo, robo o intervención del pensamiento

Alucinaciones somáticas

Percepción delirante

Ideas de pasividad

Segundo orden

Resto de las alteraciones sensoperceptuales

Intuiciones delirantes

Perplejidad-autismo

Depresiones y euforias

Empobrecimiento de la vida afectiva (Schneider, 1974)

También se ha dado más importancia a síntomas negativos, tales como la apatía, la pobreza en el lenguaje y el embotamiento emocional. En cuanto a síntomas afectivos, los criterios del DSM-5 tienen en cuenta los mismos si éstos son relativamente breves, mientras que la CIE-10 especifica que éstos deben ser posteriores a los síntomas psicóticos. Los subtipos de esquizofrenia, que fueron eliminados en el DSM-5 al considerar que eran poco específicos y no tenían validez temporal, pero que se mantienen en la CIE-10, son: esquizofrenia paranoide, hebefrénica (desorganizada), catatónica, residual e indiferenciada.

1.1.3 EPIDEMIOLOGIA

La incidencia anual de esquizofrenia es en promedio de 15 por cada 100,000 habitantes, y el riesgo de desarrollar la enfermedad a lo largo de la vida, de 0.7 %. La enfermedad corre en las familias, y hay variables sociodemográficas significativas asociadas a su incidencia, como la urbanidad, el género masculino, y antecedente de migración. Los factores genéticos junto con las interacciones gen-ambiente contribuyen hasta en un 80% a la vulnerabilidad de la enfermedad. Factores ambientales que han sido asociados a un incremento en probabilidad de desarrollar la enfermedad incluyen el consumo de cannabis, infecciones en periodo prenatal o malnutrición materna durante dicho periodo, complicaciones perinatales y antecedente de nacimiento en estación invernal. Sin embargo, la naturaleza exacta de la contribución de dichos factores de riesgo sigue sin esclarecerse (Tandon y otros, 2008).

1.1.4 PREVALENCIA EN MÉXICO

Según el estudio epidemiológico realizado por Caraveo y Medina-Mora en 1996, la prevalencia de la esquizofrenia en la vida fue de 0.7% en ambos sexos, la cual es similar a la que da la Encuesta Nacional de Comorbilidad en los Estados Unidos y la prevalencia mensual en las áreas de capacitación epidemiológica. Aun cuando se incluyera en esta categoría a la psicosis inespecífica definitiva, la estimación sería del todo equiparable: 1.7% en los varones y 1.6% en las mujeres. Estos datos fueron obtenidos a partir de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), que se realizó en una muestra probabilística con representatividad nacional de la población residente en zonas urbanas del país. El marco muestral fue una encuesta de hogares para elegir personas entre 18 y 65 años. El diseño de la muestra fue polietápico y estratificado, siendo el individuo la última etapa del muestreo. Se excluyó del estudio a las personas que residían en viviendas institucionalizadas (cárceles, conventos, hoteles, instalaciones militares y nosocomios), así como a grupo nómadas y a residentes de islas (Caraveo-Anduaga y Medina-Mora, 1996).

1.2 EMPATÍA

1.2.1 DEFINICIÓN DEL CONSTRUCTO Y GENERALIDADES

Las definiciones de empatía son variadas en cuanto a su amplitud y su énfasis. Recientemente, los neurocientíficos sociales han propuesto un constructo más específico para fines de investigación, el cual consta de 4 componentes clave (Singer y Lamm, 2009)) La empatía se refiere a un estado afectivo. 2) este estado es inducido por la inferencia o la imaginación del estado emocional de otra persona. 3) El estado afectivo inducido es isomórfico con el de esa otra persona. 4) La persona que empatiza está consciente de que la otra persona es el origen de dicho estado. En otras palabras, la empatía es la experiencia indirecta de sentir lo que otra persona siente sin confundir este sentimiento con una experiencia individual directa. Otros conceptos que pueden confundirse con empatía se diferencian mediante esta definición, como por ejemplo la mentalización, el cual se refiere a inferir cognitivamente el estado afectivo de otra persona, sin embargo no hace referencia a que la persona comparta este mismo estado afectivo (Perry y Shamay-Tsoory, 2013). El contagio emocional es otro concepto relacionado pero distinto, ya que hace referencia a cuando una persona le es “transmitido” el estado emocional de otra, pero sin que esté del todo consciente de que la otra persona fue el origen de que experimentara este estado emocional. Sin embargo, el contagio emocional es probablemente un

precursor esencial de la empatía (Decety y Jackson, 2004). La simpatía y la lástima son otras respuestas afectivas referentes al estado emocional de otra persona, sin embargo difieren de la empatía en cuanto a que no producen un estado emocional isomórfico al de la otra persona, ya que involucra más bien sentir *algo* por la otra persona, más que sentir *como* la otra persona (Batson, 2009). La compasión es otro término que se suele confundir con la empatía, sin embargo, la compasión difiere en cuanto a que lo que la caracteriza es una motivación por ayudar y disminuir el malestar de la otra persona, y la empatía no siempre culmina en compasión, ya que en muchas ocasiones la respuesta resultante de experimentar la empatía es intentar evadir el estado emocional producido mediante ésta. La compasión se podría considerar una consecuencia prosocial de la empatía (Perry y Shamay-Tsoory, 2013).

Teoría de la mente: Para poder empatizar con otra persona, primero debemos de poder entender qué es lo la persona está experimentando, pensando o sintiendo (Perry y Shamay-Tsoory, 2013). Hay dos aproximaciones teóricas para explicar cómo entendemos la mente de otras personas: la teoría de la simulación y la teoría de la teoría. La teoría de la simulación sugiere que usamos nuestros propios mecanismos mentales para estimar y predecir los procesos mentales en otros. Así, creamos de manera automática una simulación de las acciones de otros, y de acuerdo a éstas, sentimos los deseos, preferencias y creencias que creemos el otro tiene (Gallese y Goldman, 1998). De acuerdo a la teoría de la teoría, las personas desde su desarrollo, aprenden a aplicar teorías para explicar las situaciones de acuerdo a la teoría de la causalidad, un pensamiento similar al científico (Churchland, 1988). De acuerdo a las teorías que formulan pueden investigar el entorno e inferir las situaciones, así como predecir la conducta y emociones de otros. Esta habilidad de poder atribuir estado mentales como creencias, motivos, deseos, pretensiones, conocimiento, etc, a sí mismo y a otros, así como el poder entender lo que otros creen o desean, se conoce como Teoría de la mente (Frith y Corcoran, 1996; Perry y Shamay-Tsoory, 2013). En estudios de desarrollo se ha visto que habilidades como el contagio emocional aparece en edades tempranas, mientras que la capacidad de tomar perspectiva cognitiva, entender las intenciones, atribuir agencia, se adquieren en años posteriores del desarrollo cognitivo. Habilidades más avanzadas de la teoría de la mente aparecen como a los 3 o 4 años, incluyendo la capacidad de entender las “creencias falsas”. Una prueba clásica para evaluar la capacidad de entender las creencias falsas en otros es la de “Sally-Anne”, en la cual se le pregunta al niño en dónde una persona (Sally) buscará un juguete que dejó en cierto lugar y que fue movido de este lugar por

otra persona (Anne) mientras Sally estaba fuera de la habitación. El poder entender que Sally no sabrá de la nueva ubicación del juguete depende de la habilidad para distinguir entre la realidad y la creencia errónea de Sally (Wimmer y Perner, 1983). La evidencia evolucionaria actual sugiere la existencia de diversos sistemas que median la empatía. De Waal sugiere que el sistema filogenéticamente más temprano es el del contagio emocional (de Waal, 2008). Por otro lado, el sistema de poder tomar la perspectiva cognitiva del otro es más avanzado e involucra funciones cognitivas más avanzadas, como la atribución de estados mentales. De hecho, el contagio emocional se ha reportado en roedores, mientras que únicamente en los chimpancés se han encontrado rasgos rudimentarios de aspectos cognitivos de la empatía como la teoría de la mente (Call y Tomasello, 2008).

Empatía emocional y empatía cognitiva: La empatía es un concepto amplio que se refiere a las reacciones cognitivas y emocionales de un individuo al observar las experiencias de otro. Evidencia reciente apoya el modelo de dos sistemas cerebrales que median la empatía: un sistema emocional y uno cognitivo. La capacidad para experimentar reacciones afectivas al observar experiencias ajenas o compartir un “sentimiento ajeno” ha sido descrito como empatía emocional. Este concepto puede involucrar diversos procesos subyacentes, como el contagio emocional, el reconocimiento emocional y el dolor compartido. En este ámbito podría aplicarse la teoría de la simulación. Por otro lado, el término de empatía cognitiva describe a la empatía como una habilidad para “tomar el rol” de otro individuo, o la capacidad para utilizar el proceso cognitivo de adoptar el punto de vista psicológico de otro. Esta habilidad debe involucrar un razonamiento del tipo de “teoría de la mente”. Pareciera ser que estos dos sistemas, aunque trabajan en conjunto, pueden ser disociables conductualmente y en cuanto a neuroanatomía y desarrollo (Baron-Cohen, 2011; Perry y Shamay-Tsoory, 2013).

Empatía emocional: de acuerdo a la hipótesis de percepción-acción de Preston y de Waal, la percepción de una conducta en otro activa de manera automática las representaciones de dicha conducta en uno mismo (Preston y deWaal, 2002). Esta reacción de acoplamiento a la acción observada en otro ha sido relacionada con la teoría de la simulación. La evidencia más prominente que apoya esta teoría es el descubrimiento de las neuronas espejo en el mono macaco, las cuales son un tipo especial de neuronas visuo-motoras que emiten descargas cuando el mono realiza una acción particular (enfocada a un objeto) y también cuando observa a otro mono realizar una acción enfocada a un objeto (diPellegrino y otros, 1992). Estas neuronas han

sido descubiertas en el área F5 de la corteza premotora del mono, en el lóbulo parietal inferior (IPL) (Fogassi y otros, 2005). Dadas sus propiedades de observación-ejecución, se sugirió que este sistema de neuronas motoras sería particularmente apto para proveer un mecanismo de imitación, contagio emocional y por extensión, permitir el desarrollo de la empatía en humanos. Estudios de neuroimagen en humanos han encontrado distintas regiones que, similar a las neuronas espejo en los monos, se activan cuando se realiza la acción motora y cuando se observa a otro realizar esta misma acción. Esta actividad se encontró principalmente en la IPL, la parte inferior del giro precentral y la parte posterior del giro frontal inferior (IFG) (Decety y otros, 2002). Hay evidencia consistente y fuerte del involucramiento del IFG en el contagio y reconocimiento emocional. Chakrabarti y Baron-Cohen encontraron una correlación positiva entre una medida de empatía (el 'empathy quotient', EQ) y la activación en la región IFG, al observar videos mostrando emociones básicas (Chakrabarti y Baron-Cohen, 2006). Esto podría sugerir que el sistema de neuronas espejo en humanos es utilizado para convertir expresiones faciales observadas en un patrón de actividad neural que sería propenso a producir expresiones faciales similares, proveyendo así el sustrato neural para el contagio emocional (Keysers y Gazzola, 2007). Una manifestación neural distinta que ha sido asociada con el sistema de neuronas espejo en humanos, es una modulación de oscilaciones del EEG en un rango de frecuencia de 8-13 Hz, que ha sido denominado ritmo *mu* por Pineda (Pineda, 2005). Los ritmos *mu* se de-sincronizan y se atenúan cuando se realiza una acción motora, y lo que es más interesante, también cuando se observa a otro realizar acciones. Este acoplamiento visuo-motor de los ritmos *mu* ha llevado a varios investigadores a especular que probablemente refleja una "sistema de resonancia", simulando las acciones ajenas (Oberman y otros, 2008). En años recientes, diversos estudios han asociado la supresión de ritmos *mu* con conductas sociales superiores, como el entender la interacción social de otros, las intenciones ajenas y empatía (Perry y Shamay-Tsoory, 2013). Finalmente, la empatía emocional depende de manera crucial del sistema límbico, en particular de la amígdala, la cual cumple un rol sustancial en la experiencia y reconocimiento de emociones, en particular del miedo (Adolphs, 2010). Se han realizado investigación extensiva en un paciente específico con daño bilateral en amígdala, quien ha sido llamado SM, y quien se ha visto no parece ser capaz de reconocer el miedo en otros, o de experimentar el miedo y la sensación de peligro en sí mismo (Adolphs, 1994). Así, el proceso central que hace posible a la empatía emocional parece la generación de respuestas emocionales correspondientes (la ínsula en el dolor compartido, la amígdala en el miedo), y las

representaciones motoras correspondientes a dicha emoción (la IFG, los ritmos *mu*) (Lamm y otros, 2010; McCall y Singer, 2013).

Empatía cognitiva: formas más complejas de empatía involucran la habilidad de crear una teoría del estado mental del otro y de tomar su perspectiva cognitiva. Este proceso de entender la perspectiva de otra persona, que ha sido llamado empatía cognitiva, va muy de la mano con la posesión de habilidades de teoría de la mente (Baron-Cohen, 2011; Perry y Shamay-Tsoory, 2013). Mientras una dimensión de la teoría de la mente se relaciona con los deseos y creencias de otros, hay otra dimensión que concierne el significado social y emocional de dichas intenciones. Brothers y Ring se refirieron a estas dimensiones como los aspectos “fríos” y “calientes” de la teoría de la mente (Brothers y Ring, 1992). Así, se ha diferenciado entre la teoría de la mente afectiva y la cognitiva, haciendo referencia al razonamiento sobre creencias vs. el razonamiento sobre emociones, respectivamente. Estudios recientes han identificado un número de regiones cerebrales involucradas en la teoría de la mente: la corteza prefrontal medial, el surco temporal superior, la unión temporo-parietal y los polos temporales (Frith y Singer, 2008). Es probable que las situaciones que involucran a la teoría de la mente afectiva impliquen más auto-reflexión comparado con la teoría de la mente cognitiva, que suelen ser más impersonales. De esta manera, al corteza prefrontal ventromedial, que está muy conectada con la amígdala, parece ser particularmente necesaria para la mentalización afectiva, opuesto a las formas más neutrales y cognitivas de mentalización, las cuales han sido asociadas más bien a regiones dorsales de la corteza prefrontal medial (Perry y Shamay-Tsoory, 2013). Los lóbulos frontales, en especial regiones de la corteza prefrontal, han sido asociados con aspectos ejecutivos de la cognición social y la conducta moral, desde el reconocimiento de síndromes frontales asociados con cambios en la personalidad, la conducta social y la regulación emocional (Eslinger y otros, 2004). Hay mucha evidencia de que la corteza orbitofrontal media información afectiva, estímulos emocionales y conducta social. las lesiones en esta área resultan, entre otras alteraciones, en una empatía disminuida y en deficiencias en habilidad de teoría de mente (Shamay-Tsoory y otros, 2010). Así, parece ser que la empatía cognitiva involucra funciones cognitivas superiores, en particular la capacidad para diferenciar entre uno mismo y otros, y la teoría de mente afectiva y cognitiva. Éstos involucran una red neural en la que están implicadas la corteza orbitofrontal, la unión temporoparietal, la corteza prefrontal dorsolateral y dorsomedial (Perry y Shamay-Tsoory, 2013).

Interacción entre ambos sistemas: la diferenciación entre estos dos sistemas que subyacen la empatía sugiere que bajo circunstancias normales cada interacción con otro individuo puede activar de manera independiente tanto una respuesta emocional (empatía emocional) como una evaluación cognitiva de su estado mental o de su perspectiva mental (empatía cognitiva). Las emociones del otro son “compartidas” mediante áreas cerebrales involucradas en resonancia o simulación, como el sistema de neuronas espejo en humanos. Adicionalmente, la habilidad de inferir la perspectiva del otro, o de imaginar su estado mental se activa, lo cual requiere habilidades de teoría de mente. Tanto estudios de neuroimagen funcional como de lesiones en humanos indican que la corteza prefrontal ventromedial juega un papel crucial en la empatía cognitiva (Zaki y Ochsner, 2007).

Representaciones neurales de estados empáticos: En años recientes, se han creado paradigmas experimentales para el estudio de la neurociencia de la empatía. Inicialmente se trabajaba con la premisa de que al representar la empatía un afecto compartido, las representaciones neurales de estos estados indirectos deberían solaparse en cierta medida con las representaciones auto-generadas de dichos estados afectivos (Decety y Jackson, 2004). Esta “hipótesis de circuitos compartidos” emergió en parte de evidencia de una representación compartida neural y cognitiva de acciones y percepciones, que sugerían una codificación común entre las acciones propias y las percibidas por otros. Los datos obtenidos llevaron a la sugerencia de que la cognición social estaba construida en la simulación automática de la conducta observada en los otros, de manera que el cerebro percibe las acciones de otros y mediante la simulación de dichas acciones infiere el significado de dichas acciones. La hipótesis de circuitos compartidos de la empatía sugiere que entendemos los estados afectivos de otros al reclutar los mismos circuitos neurales que representan nuestros propios estados afectivos (Perry y Shamay-Tsoory, 2013).

Empatía para el dolor: la experiencia del dolor ajeno ha sido un campo fructífero en la investigación de la empatía, en particular porque los circuitos responsables para representar el dolor o “la matriz de dolor” están relativamente bien entendidos (McCall y Singer, 2013). Se han usado dos métodos distintos para manipular y medir la empatía para el dolor: el paradigma basado en imágenes y el basado en estímulos. En el paradigma basado en imágenes los participantes observan imágenes o videos que muestran situaciones dolorosas. En el paradigma basado en estímulos se utilizan personas reales en vez de imágenes, y durante los experimentos los participantes reciben y son testigos de otros participantes que reciben estímulos dolorosos

(electrochoques en la mano) (Bernhardt y Singer, 2012). De acuerdo a la hipótesis de los circuitos compartidos, la empatía por el dolor de otra persona debería de activar los componentes de la matriz del dolor propia. Meta-análisis recientes proveen fuerte evidencia de un circuito nuclear para la empatía del dolor, encontrando principalmente activación bilateral de la ínsula anterior y de la corteza anterior del cíngulo durante la empatía del dolor en varios experimentos distintos (Lamm y otros, 2011). Estas mismas áreas se solapan con las áreas que emergieron en varios meta-análisis, como las áreas que se activan durante experiencias directas de dolor. Las áreas que ha sido implicadas en la empatía del dolor (ínsula anterior, corteza anterior del cíngulo) son aquéllas que han sido implicadas en la experiencia de las características afectivas y abstractas del dolor (McCall y Singer, 2013).

El papel de la ínsula anterior y la corteza anterior del cíngulo en la empatía: diversos estudios han involucrado a estas regiones en empatía hacia diferentes estados afectivos, además del dolor, en particular en experiencias sociales como la exposición de escenas en donde una persona era puesta en ridículo, lo cual sugiere que éstas regiones constituyen un circuito para una multitud de experiencias empáticas (Bernhardt y Singer, 2012). La ínsula ha sido asociada con la interocepción, varios estudios funcionales la han involucrado en una gran variedad de representaciones viscerales como la sed, la distensión vesical, la excitación sexual y el dolor. La región anterior de la ínsula en particular, está involucrada en la percepción consciente de estados internos (Craig, 2009). Fue Damasio quien asoció las propiedades interoceptivas de la ínsula con la experiencia emocional. De acuerdo a su modelo, esta región integra señales viscerales y sensoriales, produciendo así la experiencia emocional. Esta asociación entre conciencia interoceptiva y experiencia emocional ha sido apoyada por datos empíricos (Damasio, 1994). Los patrones de conectividad dentro de la ínsula y entre ésta y otras estructuras dan soporte al concepto de un mapeo posterior-anterior del input visceral hacia un re-mapeo consciente y afectivo (Craig, 2009). Con la densidad de sus conexiones a regiones límbicas y prefrontales, la ínsula anterior está idealmente situada para funcionar como un conducto entre los estados corporales y la experiencia emocional consciente. El papel de la ínsula anterior en la experiencia afectiva ha sido ilustrado en la investigación en pacientes con alexitimia, el cual es un fenómeno subclínico en el cual los individuos tienen dificultad para identificar y describir sus emociones. Los alexitímicos mostraron tener disminución en la actividad de la ínsula anterior mientras ejercían la introspección sobre sus propias respuestas emocionales ante imágenes displacenteras

(Bird, 2010). Basado en los hallazgos y en el involucramiento de la ínsula anterior en la representación directa y ajena de estados emocionales, Singer y cols han sugerido un modelo más amplio para el funcionamiento de esta estructura, en el cual la ínsula anterior integra información sobre estados emocionales “en línea” y proyectados al futuro (Singer y Lamm, 2009). Procesa información sensorial, corporal y contextual, mientras genera predicciones para las consecuencias afectivas de eventos anticipados. Al comparar ambos canales de información, calcula y estima los resultados, la incertidumbre y la predicción de errores. En conjunto todas estas funciones producen un estado emocional global, el cual refleja la integración de la interocepción, predicción y riesgo (McCall y Singer, 2013).

El sistema de compartimiento de experiencias y el sistema de Atribución de estados mentales: en un primer estadio del estudio de la empatía, se han caracterizado dos sub-procesos empáticos basados en dos circuitos neurales distintos: el sistema de experiencia compartida y el sistema de atribución mental (Zaki y Ochsner, 2013). En los últimos 20 años se han caracterizado diversas regiones del cerebro humano que exhiben propiedades consistentes con compartimiento de experiencias, que también se puede denominar resonancia neural. Estas regiones responden tanto a la experiencia directa de un estado como a la observación de la experiencia del mismo estado en otro. Las regiones cerebrales que exhiben propiedades de resonancia neural se pueden denominar el sistema de compartimiento de experiencias (EES), e incluye principalmente al sistema putativo de neuronas espejo del cerebro humano (corteza parietal inferior, corteza frontal inferior), la ínsula anterior y la corteza anterior del cíngulo. El concepto de resonancia neural ha generado gran entusiasmo, primero porque ha sido propuesto como el mecanismo más probable para sustentar las representaciones compartidas, y en segundo lugar porque ha sido nominada como la principal fuente de empatía (Gallese y Goldman, 1998).

Por otro lado, el estudio de la Teoría de la mente ha llevado al estudio de la capacidad única en los humano de adjudicar estados mentales a otros individuos, y a utilizar inferencias sobre estados mentales de otros durante interacciones sociales (habilidad que se puede denominar atribución de estados mentales). Se ha reconocido un patrón de estructuras que se activan al realizar este tipo de actividades (atribución de estados mentales en otros), las cuales incluyen la corteza prefrontal medial, la unión temporoparietal y los polos temporales. Este conjunto de estructuras puede ser referido como el sistema de atribución de estados mentales (MSAS) (Zaki y Ochsner, 2013). A primera vista, pareciera que estos dos sistemas deberían ser primos

funcionales, íntimamente ligados para producir el fenómeno de la empatía. Sin embargo, un análisis más detallado revela que a nivel estructural hay una notable falta de familiaridad entre ambos, y las regiones cerebrales que los constituyen no se superponen en absoluto (Van Overwalle y Baetens, 2009). Además, el ESS suele responder a estímulos sensorimotores (expresiones faciales) que sugieren estados internos, mientras que el MSAS suele responder más a estímulos contextuales que indican las probables fuentes de dichos estados internos. Así, la habilidad para establecer una conexión empática con otro parece fraccionarse en dos vías distintas de proceso de información, cada una sobre un sistema neural dissociable del otro. Sin embargo, ambos procesos y sistemas neurales cumplen el mismo fin: entender y compartir el estado interno del otro. Se ha postulado que estos dos sistemas proveen contribuciones relativamente independientes para la empatía (Shamay-Tsoory y otros, 2010; Decety y Jackson, 2004). Sin embargo, tomando en cuenta estímulos similares al “mundo real”, los cuales son muy dinámicos, multimodales y contextuales, lo que resulta es una activación conjunta de ambos sistemas, así como una interacción continua entre los dos.

Modulación de respuestas empáticas: nuestra habilidad y voluntad para empatizar con otros está afectada de manera importante por su identidad y por su conducta. Se han utilizado paradigmas de empatía del dolor utilizando sujetos que de alguna manera antagonizan a los observadores participantes, como el percibir jugadores que hacen trampa en un juego de cartas; al recibir los electrochoques, se vio que los observadores experimentaban la misma respuesta empática que a los controles hacia los jugadores que habían jugado limpio, en cambio cuando observaban a los jugadores que habían hecho trampa recibir la descarga eléctrica, mostraban una marcada disminución en la activación de las regiones de empatía, incluso llegando a mostrar activación en regiones asociadas con recompensa (*nucleus accumbens*). También al utilizar paradigmas en los cuales había participantes divididos en grupos de acuerdo a sus equipos de fútbol preferidos, resultaba haber una notable disminución en la respuesta empática hacia integrantes del grupo contrario que hacia los del propio grupo. También el percibir el estado afectivo de la persona al recibir un estímulo doloroso tiene consecuencias en la respuesta empática, de manera que al ver un procedimiento quirúrgico en una mano anestesiada contra un procedimiento doloroso en una persona no anestesiada, se muestra una respuesta empática reducida en el primer caso (Zaki y Ochsner, 2013).

Consecuencias conductuales de la empatía: la empatía es un estado que, aunque no implica como tal una conducta, sí predispone al individuo a actuar de acuerdo a la experiencia de dicho estado. En términos prosociales, la empatía nos permite responder a las necesidades de otros en sufrimiento o de compartir su alegría. Sin embargo, la empatía puede implicar consecuencias conductuales muy distintas. Está bien establecida entre los investigadores que distinción clave entre dos tipos de reacción empática: preocupación empática y evitación empática. La preocupación empática es un concepto similar a la simpatía, en la cual el individuo preocupado responde al estado de necesidad que percibe en el otro, con una motivación para ayudarlo. En la evitación empática, hay un estado aversivo asociado con experimentar el estado afectivo del otro, que se sigue de una motivación a evitarlo. El individuo con este tipo de reacciones es incapaz de ayudar al otro, ya que al experimentar una sensación desagradable siente la necesidad de huir y evadir al individuo que le provocó tal respuesta empática (Baron-Cohen, 2011).

1.2.2 EMPATÍA Y ESQUIZOFRENIA

Los pacientes que padecen esquizofrenia muestran alteraciones en la conducta social y emocional, como la malinterpretación de situaciones sociales y falta de habilidades de teoría de mente. De hecho, algunos modelos de la esquizofrenia postulan que ésta puede ser entendida como una alteración en la representación de estados mentales, o de manera similar, a una alteración en la entonación intuitiva con el estado afectivo de otros (Stanghellini, 2000). Shamay-Tsoory mostró que los pacientes con esta enfermedad cometen muchos más errores en el aspecto afectivo de teoría de la mente, al diferenciarlo con el aspecto cognitivo. A su vez, encontró que la alteración en la teoría de mente afectiva se correlacionaba con el nivel de síntomas negativos en estos pacientes. Estos resultados indican que los individuos con altos niveles de síntomas negativos pueden mostrar un daño selectivo en su habilidad para atribuir estados mentales afectivos en otros. En otro estudio se vio que los pacientes con esquizofrenia cometían errores similares a los que tenían lesiones en la corteza prefrontal ventro medial en cuanto a pruebas de teoría de mente afectiva, con resultados normales en las pruebas de teoría de mente cognitiva. Estos resultados apoyaban la noción de que en la esquizofrenia hay una alteración en los circuitos fronto-límbicos. Recientemente, un estudio mostró que las habilidades de teoría de mente están relacionadas con el volumen de la materia gris en la corteza prefrontal ventromedial en pacientes con esquizofrenia. Así, los estudios disponibles sugieren una fuerte

correlación entre anomalías en la corteza prefrontal ventromedial y habilidades de empatía cognitiva en pacientes con esquizofrenia (Lee, 2007).

La percepción de estímulos afectivos se ha reconocido como un factor importante en el reconocimiento de estados emotivos en otros, y por lo mismo, es fundamental en la empatía. La percepción de estímulos con valencia emocional requiere una cantidad significativa de recursos cognitivos de procesamiento, así como de capacidad de atención (Lee, 2007). La empatía cognitiva, también referida como la teoría de la mente o mentalización, implica que para poder atribuir estados mentales a otros, se emplea una teoría (análogo a la elaboración de teorías científicas) para elaborar las atribuciones de estados mentales en otros. Según el modelo de Perner, se requieren 3 pasos para lograr una empatía cognitiva, desde la representación primaria (sensación), representación secundaria (retención y utilización de la representación primaria), para llegar finalmente a la meta-representación, la cual se alcanza cuando se puede comprender que alguien pueda tener una creencia falsa. La empatía cognitiva es un proceso activo, que implica reconstrucción de estados mentales de otros, a partir de estímulos emocionales sociales, y la comparación entre la experiencia reconstruida del otro y la experiencia similar propia (que requiere la memoria episódica). Por lo tanto no es de extrañar que para la empatía cognitiva se requiere una contribución significativa de recursos de atención y memoria, así como de las funciones ejecutivas (Perner y Lang, 1999). Tanto la percepción de estímulos afectivos y la empatía cognitiva deben actuar en conjunto para que exista una empatía 'normal'. Las personas con trastornos antisociales son capaces de representar lo que otros piensan, de mentalizar, pero tienen una hipo-respuesta autonómica al malestar percibido en otros. En cambio, los niños con trastornos del espectro autista son capaces de experimentar emoción, sin embargo tienen una alteración en su capacidad de mentalizar (en la empatía cognitiva) (Lee, 2007).

Desde los primeros intentos por describir a la esquizofrenia, se han detectado dificultades significativas en el ámbito de las relaciones interpersonales en estos pacientes. Kraepelin describió una 'pérdida de la simpatía' en estos pacientes, que describía como un 'no compartir los sentimientos de otros'. Él llegó a especular que había una pérdida en un mecanismo de 'tintura' emocional en respuesta a cambios en el contexto social, de manera que su respuesta ante las diversas situaciones se volvía monótona. De manera similar, Bleuler describió el término autismo como una característica fundamental de la esquizofrenia. Estos procesos cognitivos (pensamiento autista) y afectivos (aplanamiento afectivo) manifestados en la interacción social

pueden estar relacionados de cerca con el déficit de empatía observado en la esquizofrenia. La psiquiatría fenomenológica ha contribuido al entendimiento de la empatía en la esquizofrenia. El concepto fenomenológico de intersubjetividad se refiere al hecho de compartir un objeto de referencia entre dos mentes separadas, y se establece cuando estas dos mentes realizan actos de empatía (Lee, 2007). La pérdida de intersubjetividad o de experiencia empática in personas con esquizofrenia ha sido referida como una pérdida del contacto vital con la realidad (Minkowski), o como una inconsistencia en la experiencia natural (Binswanger), o como una crisis global del sentido común (Blankenburg) (Parnas y Bovet, 1991). A su vez, un observador externo suele sentir una falta de empatía hacia el paciente con esquizofrenia. En el estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia, Carpenter reportó que la disminución en el sentido de ‘rapport’ de los psiquiatras hacia estos pacientes era el segundo factor discriminante más confiable de la esquizofrenia. Esta falta de ‘rapport’ sentido por el psiquiatra, y el similar ‘sentimiento praecox’ (que se refiere a la incapacidad del psiquiatra para empatizar con el paciente) son fuerte indicadores de la dificultad del paciente con esquizofrenia para establecer relaciones empáticas con otras personas (Parnas y Bovet, 1991).

Desde hace tiempo se ha propuesto la hipótesis de que un déficit en la capacidad de decodificar emociones a partir de expresiones faciales es un factor muy importante que contribuye al déficit en empatía en personas con esquizofrenia, ya que se ha encontrado que las personas con esta enfermedad suelen fallar en la identificación de emociones a partir de la expresión facial (Walker y otros, 1993). Varios estudios han encontrado que un pobre reconocimiento del afecto facial está asociado con una disminución en el funcionamiento social. La gravedad de esta alteración se ha correlacionado con frecuencia de manera positiva con los síntomas negativos, en particular con el aplanamiento afectivo. La disfunción en el reconocimiento de emociones faciales en esquizofrenia también se puede inferir de los estudios de escaneo de movimientos oculares. Cuando los pacientes con esquizofrenia observan rostros humanos, muestran un patrón anormal de observación, en particular en cuanto a la proporción de tiempo empleado en enfocarse sobre la región ocular. Hay un consenso general de que los pacientes con esta enfermedad, especialmente aquellos con síntomas negativos prominentes, muestran reducción en la atención de caracteres faciales significativos durante el escaneo facial (Gordon y otros, 1992). Los estudios conductuales también ha mostrado que, similar a los niños con autismo, los pacientes con

esquizofrenia muestran una evasión parcial del contacto visual específicamente frente a rostros humanos, mientras que no muestran evasión visual frente a rostros no humanos (Lee, 2007).

Alteraciones en la empatía cognitiva han sido documentadas en la esquizofrenia en varios estudios. Estos estudios han sugerido una asociación entre el grado de alteración del estado mental y la afectación en la empatía cognitiva. Así, ciertos síntomas se han relacionado de manera más específica con el déficit en empatía cognitiva, como los síntomas negativos, pensamiento desorganizado y delirios de persecución (Frith y Corcoran, 1996).

En cuanto a estudios de neuroimagen, se ha reportado que la corteza prefrontal medial juega un rol predominante en la empatía cognitiva, así como en actividades relacionadas con la autoconciencia, lo cual ha llevado a la propuesta de esta área como la base neural de la intersubjetividad (Frith y Singer, 2008). Los pacientes con esquizofrenia muestran un patrón de activación disminuida en la amígdala y en área fusiforme durante pruebas de reconocimiento facial. Consistente con estos hallazgos, estos pacientes muestran una dificultad permanente para aprender y recordar imágenes de emociones faciales. Lee y otros investigaron en 2006 las bases neurales del déficit de empatía en esquizofrenia comparando episodios agudos con fases de recuperación subsecuentes. Se vio que durante el episodio agudo, los pacientes con esquizofrenia mostraban una activación reducida en la corteza prefrontal izquierda, en el tálamo y giro fusiforme derechos. Después de la recuperación de la fase aguda, los pacientes mostraban una activación de la corteza prefrontal medial izquierda, que se correlacionaba con una mejoría en la conciencia de enfermedad y en el funcionamiento social. Estos resultados sugieren que una activación disminuida de la corteza prefrontal medial en los pacientes con esquizofrenia podría reflejar los déficits en la auto-representación y en la representación ajena (Lee, 2007).

La evidencia sugiere que la alteración en la empatía puede ser más pronunciada en ciertos subtipos de esquizofrenia. Varios estudios han encontrado asociaciones entre valores disminuidos de empatía y síntomas negativos, alteración psicomotriz y desorganización. Un modelo que puede ser relevante para entender la relación de la variabilidad de los cambios en la empatía en la esquizofrenia es el del 'síndrome deficitario'. Los síntomas negativos deficitarios se refiere a aquellos síntomas negativos que son estables en el curso de la enfermedad, y se diferencian de los síntomas negativos no deficitarios (o pseudo-negativos) que son secundarios más bien a diferentes variables, como efectos secundarios de medicamentos, depresión o falta

de estimulación ambiental). Kirkpatrick y colaboradores han sugerido que la alteración en la empatía en pacientes con esquizofrenia con síntomas negativos deficitarios puede estar asociada con anomalías en ciertas regiones del circuito neural de la afiliación social: la amígdala y la corteza prefrontal (Kirkpatrick y Buchanan, 1990; Kirkpatrick y otros, 1989).

Frith postuló en 1992 que la esquizofrenia puede ser entendida como un desorden de la representación de estados mentales. Argumentó que niveles más altos de disfunción prefrontal podría producir defectos en la conciencia de las metas e intenciones propias y ajenas, y llevar así a un trastorno en la auto-conciencia. Stanghellini, siguiendo la tradición fenomenológica, propuso un desorden en la entonación intuitiva como una alteración fundamental de la esquizofrenia. Esta 'entonación' es descrita como un proceso pre-cognitivo, intuitivo, en el cual se intuye el estado mental propio y ajeno de manera directa, y se considera un pre-requisito para el sentimiento de familiaridad que acompaña todas las situaciones sociales cotidianas. Con una falla en el sistema de entonación intuitiva, los pacientes con esquizofrenia tienen dificultades primarias en la relación con otros. Al perder su sentido de la realidad, experimentan una sensación constante de extrañeza y falta de familiaridad (Lee, 2007).

1.3 ESPIRITUALIDAD Y MEDIDAS DE AFRONTAMIENTO RELIGIOSO

1.3.1 DEFINICIÓN DEL CONSTRUCTO Y GENERALIDADES

La espiritualidad es un término que se suele utilizar de manera vaga e inespecífica, y con frecuencia es usado de manera indistinta como sinónimo de términos que son conceptualmente distintos, como religión o religiosidad. De hecho, las definiciones de religión y espiritualidad han sido una fuente constante de controversia.

Recientemente, diversos autores (Hill y otros, 2000) han desarrollado definiciones de religión y espiritualidad basadas en criterios establecidos.

Criterios de espiritualidad.

- A. Sentimientos, pensamientos, experiencias y conductas que se originan a partir de una búsqueda por lo sagrado. El término 'búsqueda' se refiere a los esfuerzos por identificar,

articular, mantener o transformar. El término 'sagrado' se refiere a un Ser Divino, Objeto Divino, Realidad Última o Verdad Última, según la perspectiva del individuo.

Criterios de religión:

A. Sentimientos, pensamientos, experiencias y conductas que se originan a partir de una búsqueda por lo sagrado. El término 'búsqueda' se refiere a los esfuerzos por identificar, articular, mantener o transformar. El término 'sagrado' se refiere a un Ser Divino, Objeto Divino, Realidad Última o Verdad Última, según la perspectiva del individuo.

Y/O:

B. Una búsqueda de metas no sagradas (como sentido de identidad, de pertenencia, significado, salud o bienestar) en un contexto que tiene como objetivo primario la facilitación de (A);

Y:

C. Los medios y los métodos (e.g. rituales o conductas prescritas) de la búsqueda para recibir validación y apoyo por parte de un grupo identificable de personas.

Siguiendo la definición dada por Koenig (Koenig, 1994) se puede definir a la religión como un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales y símbolos designados con el fin de facilitar la cercanía con lo sagrado o lo trascendente (Dios, Poder Superior o Realidad Última). La espiritualidad es definida según estos mismos autores como la búsqueda personal por comprender las respuestas a las preguntas capitales sobre la existencia, sobre el significado y la relación con lo sagrado o lo trascendente, lo cual puede (o no) llevar al desarrollo de rituales religiosos y a la formación de una comunidad religiosa. Propone también una visión tautológica de la espiritualidad que incluye valores humanos y de salud mental positivos en su definición. Así, este concepto de espiritualidad incluye no sólo indicadores de religiosidad o de búsqueda de lo sagrado, sino también estados psicológicos positivos como significado y sentido de la vida, sensación de conexión con otros, estado de paz, armonía y bienestar psicológico (Koenig, 2004).

El afrontamiento religioso se refiere a la utilización de la religión por parte de muchos pacientes para lidiar con problemas médicos y no médicos. El estudio del afrontamiento religioso (positivo o negativo) ha sido estudiado extensamente. El afrontamiento religioso positivo se ha visto

asociado con resultados positivos en salud y mejores pronósticos, y el afrontamiento religioso negativo, con lo opuesto. Los pacientes religiosos tienden a utilizar más medidas positivas que negativas de afrontamiento. Las medidas positivas de afrontamiento religioso incluyen conductas como: intentar buscar una lección de Dios en el evento estresante, hacer lo que esté en las manos de uno y dejar el resto en “las manos de Dios”, buscar apoyo de la iglesia o comunidad religiosa, pensar en la propia vida como parte de una fuerza espiritual superior, buscar en la religión una ayuda para encontrar una nueva dirección de vida, e intentar proveer apoyo espiritual y consuelo a otros. Las medidas de afrontamiento negativo incluyen: esperar pasivamente a que Dios controle o solucione la situación, interpretar el evento estresante como un castigo de Dios o como un acto de una entidad maligna (el diablo), y cuestionarse el amor divino (Pargament, y otros, 2004; Rivera-Ledesma y Montero-López, 2007).

La espiritualidad es un tema que había sido dejado de lado en la literatura científica hasta hace pocos años, y esto más que haber sido por la dificultad metodológica para abordar el tema con el método científico, ha sido obedeciendo a un prejuicio que surgió casi a la par del propio método: que todas las cuestiones que puedan ser abarcadas bajo los conceptos de religión o espiritualidad son por definición inabordables mediante el método científico, e incluso son antagónicas al mismo, de manera que siempre han sido vistas como temas “oscuros”, “peligrosos”, o con “falta de seriedad”, no ameritando ser considerados dentro del universo del conocimiento “objetivo” (Ellison, 1983). Afortunadamente, en años recientes estos temas han ido recuperando terreno, en particular en la literatura médica, en donde la evidencia empírica del papel que la espiritualidad juega en el día a día de la vida de los enfermos es tan abrumadora, que sostener aquella división artificial entre “ciencia y espíritu” terminó por perder todo sentido ante los ojos críticos de una nueva generación de científicos abiertos a explorar este tan inmenso y arcaico aspecto de la humanidad.

Es por esto que para poder hablar del tema de espiritualidad es indispensable recurrir a fuentes externas al campo de la literatura médica, y también a fuentes lejanas a lo más “reciente y actual”. Sin embargo, por lo menos en este campo, fuentes recientes y actuales no son sinónimo de calidad y profundidad en el abordaje del tema. Hay que recurrir a fuentes en el campo de la filosofía, la antropología de las religiones, la teología y la mitología comparativa para poder acceder a información más detallada sobre el tema.

La mayoría de los psicólogos de la religión identifican el origen de la psicología de la religión en autores pioneros de principios de siglo, en particular de William James (James, 1902), Stanley Hall y Edwin Starbuck. Así, el estudio psicológico del fenómeno religioso a lo largo del siglo XX ha seguido un curso ambiguo, comenzando con una inauguración impresionante (los autores mencionados), seguido de un abandono casi absoluto durante el auge del conductismo. El estado de esta disciplina hoy en día se puede describir como suficientemente desarrollado, pero todavía subestimado, por el resto de la psicología. Esta aparente negligencia del estudio de las experiencias religiosas en el contexto de la psicología es aún más llamativa si se toma en cuenta la naturaleza tan constante y universal de las creencias, prácticas y experiencias religiosas en la mayoría de la población clínica (Emmons, 2003). Una posible explicación de la evasión del tema podría ser la existencia de una gran diferencia en el papel que la vida religiosa juega entre los profesionales de la salud mental y en la población clínica (Shafranske, 1996). Sin embargo, en las últimas décadas ha surgido una nueva ola de interés en la espiritualidad, en particular a través de la cultura popular, lo cual ha llevado a controversias y confusión considerable en la definición y diferencia entre religión y espiritualidad. Tanto la religión como la espiritualidad son fenómenos complejos, de naturaleza multidimensional, y cualquier definición simple probablemente resultará limitada. De acuerdo a Hill, los intentos previos por definir estos dos conceptos han resultado ser o demasiado estrechos o demasiado amplios. Es por esto que estos autores establecieron criterios para definir ambos términos, que han sido referidos previamente en la sección de 'Definiciones' (Hill y otros, 1992).

La religión y la espiritualidad están relacionadas con la emoción y el afecto (Hill y otros, 1992). Las descripciones clásicas de la experiencia espiritual se han enfocado más sobre el aspecto emocional de la experiencia (James, 1902; Otto, 1917). A principios del siglo XX, el teólogo Rudolf Otto aportó a la descripción fenomenológico de la vivencia espiritual, al hablar de un "sentimiento numinoso", describiendo con este término la existencia de un aspecto de la vivencia espiritual que era independiente de la parte cognitiva o "racional" del concepto de Dios. Según Otto, el origen de la vivencia espiritual no provenía de los conceptos racionales transmitidos a través de los dogmas y las enseñanzas religiosas, sino de una emoción fundamental asociada a la presencia de algo que era percibido como sagrado y trascendente en la existencia del individuo. Esta emoción, a decir de Otto, era única de la vivencia espiritual, y la denominó con el término "numinoso", que él mismo acuñó, haciendo referencia a la naturaleza inefable e intransmisible

mediante conceptos y palabras de esta emoción tan intensa. Este término ha sido equiparado a la palabra inglesa “awe”, que se podría equiparar como un “quedarse pasmado” ante lo que se percibe como sagrado. Lo más relevante de esta aportación de Otto es que a pesar de ser teólogo, dio una descripción de la vivencia espiritual que trasciende a la religiosidad, de manera que este “sentimiento numinoso” no es de ninguna manera exclusivo a prácticas religiosas de una religión determinada, ya que puede ser evocado por experiencias del todo ajenas a la religión, como el presenciar un fenómeno natural avasallante, aunado a ser un sentimiento que puede ser experimentado por todo ser humano que se enfrente ante algo que identifica como sagrado o trascendente (Otto, 1917).

La religión y la espiritualidad son fenómenos inherentemente socio-psicológicos, y se suelen expresar en el contexto de grupo sociales. En el siglo XIX, el antropólogo James G. Frazer, elaboró un compendio de antropología de las religiones de 12 volúmenes, *La Rama Dorada*, en el cual plasmó magníficamente la universalidad de la experiencia espiritual en todos los rincones del planeta, mostrando la presencia de analogías impresionantes entre prácticas y creencias religiosas separadas por miles de kilómetros y por milenios de civilización (como encontrar analogías entre rituales agrícolas realizados por tribus aborígenes en Australia, tribus africanas, y campesinos ingleses y rumanos de la Europa civilizada de la época victoriana, entre otros muchos) (Frazer, 1890). El sociólogo Emile Durkheim intentó delimitar el vago concepto que se tenía de religión. Refiere que por un lado, la religión se ha asociado siempre con el concepto de ‘lo sobrenatural’, entendiendo por esto aquello que está más allá de nuestro entendimiento y conocimiento. Sin embargo, descarta que esto sea parte integral e indispensable del constructo de religión, argumentando que la gran mayoría de creencias y rituales religiosos tienen como objetivo, más que abordar lo ‘extraño, misterioso e inexplicable’, explicar lo que es constante y cotidiano. Así, la tarea básica de la mayoría de las divinidades siempre ha sido sustentar el orden cósmico, mantener el curso normal de la vida, dar un sentido a las actividades cotidianas y rutinarias. En segundo lugar, descarta que el concepto de divinidad sea indispensable o equivalente a la definición de religión. Como principal argumento refiere la gran cantidad de religiones que carecen de dioses o deidades, siendo la principal el Budismo. Esta es una religión que ha sido descrita como una doctrina absolutamente ateísta, ya que no reconoce a ninguna deidad de la cual la humanidad dependa. Esta religión se basa más bien en una doctrina que consiste en cuatro propuestas principales, llamadas las Cuatro Nobles Verdades, en la última de

las cuales se enumeran diferentes estadios que se deben de atravesar, con la finalidad de alcanzar un estado de liberación y salvación conocido como Nirvana. Sin embargo, ninguno de estos estadios presupone adoración a deidad alguna. El Budismo consiste antes que nada en la noción de la salvación, y esta salvación se puede alcanzar según esta religión, siguiendo los pasos propuestos en su doctrina. Otra religión atea es el Jainismo, en donde el énfasis también está puesto en el seguimiento de una doctrina con el fin de alcanzar una salvación impersonal; sólo que en el Jainismo el ascetismo y la negación de la voluntad de vivir son llevados al extremo, de manera que se habla de practicantes de esta religión que se cubrían las bocas con un paño y evitaban exhalar con fuerza con la finalidad de no matar microorganismos, lo cual les generaría más 'karma' y por lo tanto los mantendría todavía atados al ciclo de las reencarnaciones por más vidas. En el Brahamismo, aunque existen una gran cantidad de deidades secundarias, la deidad superior eventualmente derivó en un concepto más cercano a un ser impersonal y abstracto (muy distinto del dios personal y flemático de las religiones levantinas), una esencia universal a todo lo que existe, que es evocada constantemente en los Upanishads como 'Brahman y Atman', un dios más cercano a ser un concepto abstracto que expresa la unidad subyacente de toda la creación. Siguiendo este proceso delimitador, Durkheim llegó a la siguiente definición de religión: una religión es un sistema unificado de sistemas de creencias y prácticas relacionadas con objetos sagrados, es decir, con objetos que han sido aislados y rodeados de prohibiciones, siendo estas creencias y prácticas las que unen a sus seguidores en una comunidad moral singular, que se puede denominar una iglesia. Así, Durkheim delimitó el concepto de religión y lo separó del concepto de espiritualidad, ya que según él, la religión es por definición un fenómeno colectivo, mientras que la espiritualidad no necesariamente debe de cumplir con este requisito (Durkheim, 1912).

Después, Durkheim describió la característica fundamental del pensamiento religioso: la concepción dicotómica del mundo entre lo sagrado y lo profano. El concepto de lo sagrado y lo profano se puede describir como una heterogeneidad percibida en el mundo, la creencia de que hay una división absoluta que distingue algo como sagrado del resto como profano. Así, aquello que sea concebido como sagrado, no importa si sea un concepto, un lugar o una piedra, se convierte en ese instante en algo de un orden absolutamente distinto del resto de las cosas percibidas (Eliade, 1959). Lo sagrado se convierte así, en aquello con lo que lo profano no puede ni debe entrar en contacto sin cometer una impunidad. Así, aquello que es percibido como

sagrado es de inmediato rodeado por toda clase de severas prohibiciones o tabús, los cuales son una característica universal a toda actividad religiosa. También lleva al desarrollo de los ritos religiosos, ya que éstos son normas de conducta muy estrictas y específicas para poder entrar en contacto con lo que es percibido como sagrado. De esta manera, todo lo que sea considerado como sagrado por un grupo de personas, se constituirá en un centro de organización alrededor del cual se formará un grupo de creencias y de ritos, y alrededor del cual gravitará un culto específico. Así, una característica esencial de toda religión es esta dualidad radical entre lo sagrado y lo profano. Mircea Eliade desarrolló extensamente este concepto de lo sagrado y lo profano en sus obras, e introdujo el término de ‘hierofanía’ para describir el fenómeno mediante el cual un objeto cualquiera, que previamente era visto como indistinto y neutral (Eliade, 1972), resultaba imbuido de manera repentina con un carácter sagrado, ya sea por una persona o por un grupo de personas, de manera que este objeto dejaba de formar parte de la realidad cotidiana y accesible, e ingresaba a una nueva categoría de existencia, y se erigía en un centro alrededor del cual este grupo de personas organizarían sus vidas (Eliade, 1954). Así, una tribu de nómadas podía experimentar una hierofanía con una piedra o una montaña específicas (o un nopal sobre el cual hay un águila devorando una serpiente), posterior a lo cual, lo que antes era una extensión homogénea e indistinta de tierra, ahora se vería imbuida de un sentido que antes no poseía, gracias a este nuevo elemento visto como sagrado, que ahora sería visto como el centro alrededor del cual gravitaría la vida de esta comunidad de personas. Esta concepción de lo sagrado como el núcleo central para la definición de la religión y de la espiritualidad ha sido retomado por Hill et al. en su definición de religión y espiritualidad, referida anteriormente (Hill y otros, 2000).

La espiritualidad puede ser vista como una experiencia individual que trasciende a la religión, ya que no es indispensable pertenecer a una religión para tener una vivencia espiritual, y la vivencia espiritual como fenómeno comparte características muy similares en practicantes de todas las religiones. Esto se vuelve mucho más evidente en el fenómeno del misticismo, ya que siempre salta a la vista la universalidad de las vivencias de aquellos que describen experiencias que puedan ser caracterizadas como ‘místicas’; sean éstos monjes, yoguis, chamanes o poetas. Así, Sri Ramakrishna y Aldous Huxley, entre otros, han hablado del término ‘Filosofía Perenne’ para hacer referencia a la universalidad de la experiencia descrita por místicos en la literatura de todas las religiones, extendiéndose también a obras literarias, poéticas y filosóficas de diversos autores a través de la historia (Gupta, 1907; Huxley, 1944). Es característico que en lo que convergen

todas estas experiencias, sea en describir un estado altamente emocional que no puede ser descrito de manera adecuada y directa mediante conceptos claros, siendo siempre necesaria la utilización de lenguaje poético y simbólico para poder expresarlo. Este sentimiento tan intenso en el cual convergen místicos de diversas religiones y poetas, parece ser el mismo concepto que R. Otto describió como el “sentimiento numinoso”.

La palabra ‘espiritualidad’ es derivada de la raíz latina *spiritus* que quiere decir aliento de vida (Hill y otros, 2000). Este término, frecuentemente mencionado en el Antiguo Testamento Hebreo por el término de *ruach*, y en el Nuevo Testamento Griego por el término *pneuma*, ha tenido una referencia histórica con el contexto religioso, y continúa siendo conceptualizado por la mayoría mediante un entendimiento religioso convencional (Bibby, 1995; Zinnbauer y otros, 1999). Las nociones de espiritualidad que han surgido independientes de un contexto religioso tienen una historia muy breve. Según una revisión hecha por Spilka, llegó a la conclusión de que el entendimiento contemporáneo de espiritualidad cae dentro de 3 posibles categorías: 1) espiritualidad orientada a una deidad; 2) espiritualidad orientada al mundo, en la cual se enfatiza una relación entre el individuo y la ecología o la naturaleza; y 3) espiritualidad orientada al humanismo. Así, de acuerdo a este autor la espiritualidad debe ser concebida como un constructo multidimensional (Spilka, 1993). Otros autores han desarrollado más sobre la naturaleza multidimensional de la espiritualidad y la religión. La Pierre describió seis factores componentes del constructo de espiritualidad: 1) una búsqueda de significado a la vida; 2) un encuentro con lo trascendente; 3) una sensación de comunión; 4) una búsqueda por una verdad última, o un valor superior; 5) un respeto y una apreciación por el misterio de la creación; y 6) una transformación personal (LaPierre, 1994).

Sheldrake ha sugerido la aparición reciente de un cisma entre la religión y la espiritualidad como resultado de una transformación gradual en la percepción de lo divino. La segunda mitad del siglo XX fue testigo de una secularización progresiva y de una desilusión creciente hacia las instituciones religiosas de la sociedad Occidental (Hill y otros, 2000). El efecto de estos cambios llevó a una transformación en el concepto de la espiritualidad con respecto a la religión, sobre todo en la década de los '60 y '70, adquiriendo la espiritualidad connotaciones positivas, a través de su asociación con experiencias individuales de lo trascendente y la religión connotaciones negativas, a través de su asociación con demandas tradicionales y dogmáticas, incluso llegando a ser concebida como un freno para la experiencia espiritual (Turner y otros, 1995). Varios

sociólogos han propuesto un modelo de secularización, según el cual la sociedad se mueve en una dirección que se aleja de la condición de lo sagrado hacia un estado secular (o profano). Según este modelo, la secularización es un fenómeno moderno normal, e incluso ha sido concebido por algunos como un signo del triunfo de la ciencia y el pensamiento racional sobre la superstición y el misticismo. Estas opiniones pertenecen en particular a pensadores positivistas y decimonónicos, como A. Comte. En cambio, autores como Max Weber y Carl Jung han visto este reemplazo cultural de lo sagrado por lo secular como un empobrecimiento, ya que consideraban que sería imposible llenar el gran vacío resultante de la humanidad por una búsqueda de significado (Hill y otros, 2000). En revisiones más actuales de este modelo de secularización los autores llegan a conclusiones más conciliadoras, argumentando que la secularización llama no a una eliminación de la religión, sino a la transformación de la misma para que se pueda adaptar al cambiante panorama cultural moderno (Hunter, 1983). Es decir, la sociedad moderna necesita urgentemente de una religión en la cual pueda creer, sin caer en contradicciones e incongruencias irreconciliables con el conocimiento científico y al *zeitgeist* de la época, como sucede con religiones cuyo marco conceptual de mitos y rituales está basado en una sociedad que tuvo lugar hace siglos e inclusive milenios, y cuya aplicación al contexto moderno no puede dejar de resultar forzada e incongruente para un número creciente de individuos, que se ven así impedidos de satisfacer su necesidad de contar con una vida espiritual significativa.

Zinnbauer, en 1997, estudió las diferencias entre las creencias y prácticas de individuos enfocados en la espiritualidad de los que se enfocaban en la religión. Describió así un grupo de individuos que se identificaban como “espirituales, pero no religiosos”. Su estudio encontró que a diferencia de los espirituales y religiosos, este grupo tendía a mirar a la religión bajo una luz negativa, eran más propensos a ser independientes, más propensos a participar en experiencias grupales de crecimiento espiritual, a sostener creencias no tradicionales designadas comúnmente como “new-age”, más propensos a reportar haber tenido experiencias místicas, y a identificar a la espiritualidad y a la religiosidad como dos conceptos distintos y no empalmados. Sin embargo, se encontró que la proporción de participantes que se consideraban “espirituales y religiosos” constituía una mayoría significativa del 74% de la muestra, lo cual parece indicar que muchos individuos se aproximan en un principio a lo sagrado mediante experiencias más personales y subjetivas, según la vía de la espiritualidad, pero que pronto se comienzan a aproximar a prácticas

y creencias colectivas y organizadas, es decir que terminan adhiriéndose a alguna religión (Zinnbauer, 1997). Así, en la gran mayoría de los individuos la espiritualidad y la religión son dos constructos que se empalman considerablemente. De esta manera, la espiritualidad y la religión son fenómenos que se encuentran con mucho más frecuencia coexistiendo que separados y bien delimitados, por lo que intentar diferenciarlos claramente con el fin de medirlos independientemente resulta muy difícil (Hill y otros, 2000).

1.3.2 PAPEL DE LAS MEDIDAS DE AFRONTAMIENTO RELIGIOSO Y ESPIRITUALIDAD EN LA SALUD MENTAL

A finales del siglo XIX la comunidad psiquiátrica comenzó a presentar actitudes negativas hacia la religión, las cuales se volvieron predominantes en el siglo XX. En la misma línea que muchos pensadores decimonónicos que consideraban a la religiosidad como un estado social e intelectual primitivo y negativo, diversos médicos como J.M. Charcot y H. Maudsley intentaron patologizar la experiencia religiosa. Sigmund Freud adoptó una postura anti-religiosa que llegó a tener una gran influencia en la comunidad médica y psicológica. En el Futuro de una Ilusión (1927), propone la influencia irracional y neurótica de la religión en la psique humana (Moreira-Almeida y otros, 2006). Así, la visión de la religiosidad en aspecto negativo era prevalente, con la excepción de algunos psiquiatras, siendo el más notable el casi olvidado Carl G. Jung, quien habló extensamente en sus obras sobre el papel fundamental que juega la espiritualidad en la vida humana en general. Más que abordarla como una herramienta con la cual los pacientes pueden afrontar sus enfermedades y problemas, Jung hablaba de la dimensión espiritual del hombre como uno de los aspectos más importantes para el desarrollo y bienestar de los individuos, y uno de los más afectados y empobrecidos en la época actual (Jung, 1928; Jung, 1957). Así, Jung veía al individuo de las sociedades modernas como despojado de una poderosa fuente de bienestar y estabilidad emocional con la que la humanidad había contado desde sus comienzos, lo cual consideraba ser un estresante tremendo para la salud mental de los individuos, y de la sociedad en general, de manera que opinaba que el empobrecimiento espiritual progresivo

que sufría la cultura Occidental se acompañaría de un incremento gradual en la psicopatología de sus integrantes (Jung y Wilhelm, 1955). Propuso, como forma terapéutica, lo que nombró como el proceso de individuación, el cual iba de la mano con un desarrollo espiritual, y que toma muchos elementos de religiones y mitologías de culturas diversas, de manera que incluso llegó a concebir a la espiritualidad como una necesidad natural e indispensable para la salud mental del individuo, y por ende, de la sociedad (Jung y Von-Franz, 1964). Hasta años recientes, en las últimas dos décadas, se ha comenzado a realizar investigación científica rigurosa sobre el tema de la religiosidad en revistas médicas y psicológicas. Larson, Jeffrey y Harold G. Koenig fueron algunos de los pioneros en este campo, abriendo una nueva etapa en la investigación del papel de la religiosidad en la medicina (Moreira-Almeida y otros, 2006).

Se ha visto que un factor determinante en el papel que la religiosidad juega en el estilo de vida y la salud de los individuos es la orientación religiosa de la persona, concepto que ha sido introducido por Gordon Allport, distinguiendo entre una orientación religiosa extrínseca e intrínseca. En la orientación extrínseca, el individuo utiliza la religión como un medio para alcanzar fines específicos y egoístas, de manera que concibe a la religión como una herramienta que puede utilizar con diversos fines, ya sea para proveer refugio y seguridad, para sociabilizar y distraerse, para pertenecer a un grupo social, alcanzar un estatus, y auto-justificarse. El credo manifestado es mantenido de manera superficial y puede ser modificado según la conveniencia. En la orientación intrínseca, por otro lado, el individuo ve a la religión como un fin en sí misma, de manera que otras necesidades, por muy fuertes que sean, son puestas en segundo plano a la necesidad espiritual. Estos individuos internalizan sus credos y los siguen con fervor. Siguiendo esta división, se ha encontrado una asociación positiva entre salud mental y bienestar psicológico y la orientación religiosa intrínseca; en cambio, la orientación religiosa extrínseca se ha asociado con dogmatismo, prejuicio, miedo intenso a la muerte e incremento en ansiedad (Moreira-Almeida y otros, 2006).

En el campo de la salud mental, la evidencia predominante ha sido sobre la asociación entre religiosidad y un indicador positivo de salud mental (bienestar psicológico), y con tres indicadores de trastorno mental (depresión, suicidio y abuso de sustancias). Koenig y su equipo condujeron el único estudio prospectivo que ha investigado el impacto que tiene la religiosidad sobre el curso de los trastornos depresivos, encontrando que la orientación religiosa intrínseca se asociaba con una remisión más rápida de los mismos (Koenig, 2004). En cuanto a la relación

con abuso de sustancias, la evidencia es considerable, reportándose que más del 80% de los 120 estudios publicados previos al año 2000 investigando esta asociación encontraban una clara correlación inversa entre religiosidad y abuso de sustancias (Moreira-Almeida y otros, 2006).

Se han propuesto diversos mecanismos mediante los cuales la religión puede tener influencia sobre la salud mental, principalmente: un estilo de vida y conductas saludables, nivel incrementado de apoyo social, marco cognitivo y sistema de creencias, prácticas religiosas, dirección espiritual, lenguaje para expresar el estrés. Dentro del sistema de creencias y el marco cognitivo, las creencias religiosas proveen apoyo incrementando la aceptación, la resistencia y la resiliencia. Sin embargo, también pueden generar culpa, dudas y ansiedad. En este rubro es donde se encuentran las medidas del afrontamiento religioso. En cuanto a las prácticas espirituales, la más estudiada ha sido la meditación, y se ha reportado que puede producir cambios en la personalidad, reducir ansiedad, disminuir la culpabilidad, incrementar estabilidad emocional e incrementar auto-conocimiento. También se ha visto mejoría en crisis de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, depresión, insomnio, uso de sustancias y dolor crónico (Moreira-Almeida, 2006).

En cuanto a las implicaciones clínicas que tiene el reconocer el papel importante que juega la espiritualidad en la salud mental, Koenig recomienda agregar la exploración del estado espiritual del paciente como parte de la valoración inicial. Recomienda la realización de una breve historia espiritual, en la cual se deben de cubrir cuatro áreas básicas: 1) si el paciente utiliza a la religión o a la espiritualidad para ayudarse a afrontar con su enfermedad o con situaciones de estrés, y cómo lo hace; 2) si el paciente es miembro de alguna comunidad espiritual; 3) si el paciente tiene alguna duda espiritual que le genere malestar significativo; 4) si el paciente tiene alguna creencia espiritual que pueda influenciar las decisiones médicas (Koenig, 2004).

1.3.3 MEDIDAS DE AFRONTAMIENTO RELIGIOSO Y ESPIRITUALIDAD EN ESQUIZOFRENIA

La religión y la esquizofrenia se relacionan tanto de manera positiva como negativa. Para muchos pacientes, la religión juega un papel clave en sus vidas, ya que puede proveer consuelo, incrementar la sensación de cercanía con Dios, ofrecer un sentido y significado, dar esperanza y bienestar, así como ayudarles a afrontar sus problemas. Sin embargo, para otros pacientes la religión puede convertirse en un problema, ya que pueden verse rechazados por su comunidad,

desgastados por actividades religiosas, o decepcionados de sus creencias. En los pacientes con esquizofrenia, la religión puede ser vista como una medida de afrontamiento para lidiar con la enfermedad. Diversos estudios han reportado que la religión tiene un efecto positivo en la capacidad para lidiar con la enfermedad. Por ejemplo, las medidas de afrontamiento religioso positivas como plegarias de ayuda y el realizar actos de caridad han sido útiles para los pacientes para reducir el malestar, la ansiedad, y las conductas mal adaptativas que se han asociado a la presencia de síntomas positivos. Sin embargo, la religión también puede tener una connotación negativa para estos pacientes, ya que puede convertirse en una fuente de desesperación y sufrimiento, en algunos casos incrementando la gravedad de los delirios (Robles-García y otros, 2014).

El tratamiento usual de la esquizofrenia se basa en el modelo biospiciosocial; sin embargo, este modelo no toma en cuenta la dimensión religiosa del paciente. La religión y la espiritualidad pueden ofrecer mayor consuelo que las medidas de afrontamiento seculares. Así, no es sorprendente que quienes sufren de enfermedades mentales utilicen a la religión como medida de afrontamiento, y los pacientes con esquizofrenia no son la excepción. Las medidas positivas de afrontamiento religioso en pacientes con esquizofrenia se han asociado con mejor conciencia de enfermedad y con incremento en la adherencia al tratamiento (Borras, 2007). Los pacientes esquizofrénicos son particularmente sensibles al estrés, por lo que el rol que puede jugar la religión como ayuda para lidiar con el mismo es significativo (Mohr y Huguelet, 2004).

2. JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia es un diagnóstico psiquiátrico con una prevalencia importante en la población, y se acompaña de repercusiones directas en el funcionamiento psicosocial global del individuo, que por lo común son graves, y se acompañan de un grado de alteración en la funcionalidad del individuo bastante considerable.

En años recientes, se ha encontrado evidencia progresiva de que una de las áreas de funcionamiento que resultan más afectadas en la Esquizofrenia, es la del constructo de la cognición social, dentro del cual se encuentra incluida la Empatía. Múltiples estudios han

encontrado que existe una alteración significativa en los niveles de empatía en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, a comparación de controles sanos.

En años recientes se ha ido reconociendo cada vez más la gran importancia que juegan la Espiritualidad y las medidas de afrontamiento religioso en la salud mental en general, encontrándose que los pacientes que muestran niveles más altos en mediciones de dichos constructos, resultan tener mejores pronósticos y resultados más favorables en el curso de su enfermedad. Esto es de particular importancia en enfermedades mentales de curso crónico e incapacitante, como lo son la depresión y la esquizofrenia. Se ha reportado en diversos estudios una asociación positiva entre la calidad de vida y apego al tratamiento en pacientes con esquizofrenia y puntuaciones altas en mediciones de Espiritualidad y medidas de afrontamiento religioso. Esto parece indicar que, al igual que en muchas otras enfermedades mentales y no mentales de curso crónico e incapacitante, en la esquizofrenia estas variables también juegan un papel significativo como recursos con los que los pacientes pueden contar para lidiar con la carga de su enfermedad.

Debido a que existe el antecedente de que en la esquizofrenia hay una alteración significativa en la Empatía, es importante explorar si este déficit incide de alguna manera en su capacidad para utilizar medidas de afrontamiento religioso y en la espiritualidad.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hasta el momento no se han realizado estudios que busquen una asociación directa entre niveles de empatía, medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en pacientes con esquizofrenia.

Debido a que existe el antecedente de que en la esquizofrenia hay una alteración significativa en la Empatía, es importante explorar si este déficit incide de alguna manera en su capacidad para utilizar medidas de afrontamiento religioso y en la espiritualidad.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Determinar la asociación entre la empatía y la espiritualidad en pacientes con esquizofrenia que reciben tratamiento en la clínica de esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” y compararlo con controles sanos.

4.2 Objetivos específicos

1. Comparar los niveles de empatía entre pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que reciben tratamiento en la clínica de esquizofrenia INPRFM y controles sanos.
2. Comparar los niveles de espiritualidad y medidas de afrontamiento religioso entre pacientes con esquizofrenia que reciben tratamiento en la clínica de esquizofrenia INPRFM y controles sanos.
3. Determinar la asociación entre la empatía y la espiritualidad y éstas a su vez con la gravedad sintomática evaluada mediante la PANSS en pacientes con esquizofrenia que reciben tratamiento en la clínica de esquizofrenia INPRFM.

5. HIPÓTESIS

5.1 Hipótesis General

La empatía, la espiritualidad y las medidas de afrontamiento religioso positivo mostrarán una asociación directa en los pacientes con esquizofrenia y serán menores a las reportadas por sujetos controles sanos.

5.2 Hipótesis Específicas

H1. Los pacientes con esquizofrenia presentarán menores puntuaciones en empatía que los controles sanos.

H2. Los pacientes con esquizofrenia presentarán menores puntuaciones en espiritualidad y en medidas de afrontamiento religioso positivo que los controles sanos.

H3. Los pacientes con esquizofrenia con menores puntuaciones de empatía, espiritualidad y medidas de afrontamiento positivo presentarán una mayor gravedad de síntomas negativos y cognitivos; mientras que los pacientes con esquizofrenia con mayores puntuaciones de empatía, espiritualidad y medidas de afrontamiento religioso positivo mostrarán menor gravedad en síntomas negativos y cognitivos.

6. METODOLOGÍA

6.1 Diseño del Estudio

Se trata de un estudio prospectivo, transversal y comparativo. El primer grupo de análisis estuvo conformado por personas con el diagnóstico de esquizofrenia en tratamiento en la clínica de Esquizofrenia del INPRFM (pacientes); y el segundo grupo de análisis por personas sin diagnóstico ni tratamiento psiquiátrico conocido (controles).

6.2 Población

El tamaño de la muestra estuvo basado en el número mínimo requerido para demostrar la asociación entre puntuaciones de empatía, espiritualidad y medidas de afrontamiento religioso positivo en pacientes con esquizofrenia y compararla con muestra de controles sanos, los cuales fueron pareados por edad y género con el grupo de pacientes.

Debido a que es el primer estudio que valora la asociación entre empatía y espiritualidad en esquizofrenia, se utilizó la fórmula de diferencias de medias, esperando al menos una diferencia del 10% en las puntuaciones entre pacientes y controles.

6.3 Cálculo del tamaño de muestra

$$n_1 = \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2 / \kappa)(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{\Delta^2}$$

$$n_2 = \frac{(\kappa * \sigma_1^2 + \sigma_2^2)(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{\Delta^2}$$

En donde:

1 n = tamaño de la muestra para el Grupo 1

2 n = tamaño de la muestra para el Grupo 2

σ_1 = desviación estándar Grupo 1

σ_2 = desviación estándar Grupo 2

Δ = diferencia de medias

κ = proporción = n_2/n_1

$Z_{1-\alpha/2}$ = valor Z de dos-vías (ej. $Z=1.96$ para 95% IC).

$Z_{1-\beta}$ = poder

Tamaño de la muestra para comparar dos medias

Información de entrada

Intervalo de confianza (2 lados)	95%
Potencia	80%
Razón del tamaño de la muestra (Grupo2/ Grupo 1)	1

Esperando al menos una diferencia del 10% (± 18) entre pacientes y controles

Tamaño de muestra del grupo 1	51
Tamaño de muestra del grupo 2	51
Tamaño total de la muestra	102

6.4 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación para ambos grupos

Criterios de Inclusión del grupo de Pacientes

1. Diagnóstico de Esquizofrenia de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM -5.
2. Hombres ó mujeres.
3. Edad entre 18 - 60 años.
4. Consentimiento informado para participar en el estudio.
5. Que sepan leer y escribir.
6. Pacientes clínicamente estables, de acuerdo al juicio clínico del médico tratante de la Clínica de Esquizofrenia.

Criterios de Exclusión del grupo de Pacientes

1. Pacientes cuyo diagnóstico principal no sea el de Esquizofrenia.
2. Que tengan diagnóstico de un Trastorno depresivo mayor en el momento del estudio.

3. Trastorno mental secundario al abuso de sustancias como diagnóstico primario o enfermedad médica que confunda el diagnóstico de Esquizofrenia.

4. Dificultad para comunicarse y cooperar.

Criterios de inclusión del grupo de Controles

1. Personas que no tengan un diagnóstico psiquiátrico conocido en el momento del estudio.
2. Hombres ó mujeres.
3. Edad entre 18 - 60 años.
4. Consentimiento informado para participar en el estudio.
5. Que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión del grupo de Controles

1. Personas con un diagnóstico psiquiátrico conocido en el momento del estudio.
2. Personas con discapacidad intelectual.
3. Personas que se nieguen a firmar el consentimiento informado.
4. Personas que no sepan leer y escribir.

Criterios de eliminación para ambos grupos

1. En el caso del grupo de Pacientes, que se detecte un cuadro afectivo en el momento de la evaluación.

2. En el caso del grupo de Pacientes, que se detecte al momento de la evaluación que el individuo no cumple los criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia.

3. En el caso del grupo de Controles, que se detecte al momento de la evaluación que el individuo padece de un trastorno psiquiátrico.

4. Para ambos grupos, que el individuo exprese su deseo de abandonar el estudio en cualquier etapa del mismo.

6.5 Definición conceptual y operacional de las principales variables del estudio

Las variables clínicas incluidas en el estudio serán:

6.5.1- Esquizofrenia

La Esquizofrenia es una enfermedad mental grave que presenta una psicopatología variable que afecta la cognición, las emociones, la percepción y otros aspectos del comportamiento. Está caracterizada por síntomas positivos, negativos y cognitivos que influyen en casi todos los aspectos de la actividad mental, los cuales se relacionan con diferentes grados de alteraciones funcionales y sociales que son persistentes (Sadock y Sadock, 2009). Para el presente estudio, se incluyeron pacientes con esquizofrenia que se encuentren en tratamiento en la clínica de esquizofrenia del INPRFM. Para la obtención del diagnóstico de esquizofrenia se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-5.

Características y niveles de medición de la variable

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

6.5.2.- Empatía

La empatía se define como el impulso o la habilidad para atribuir estados mentales a otra persona o animal, y se acompaña de una respuesta afectiva apropiada en el observador del estado mental de la otra persona o animal (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004).

Características y niveles de medición de la variable

Para el presente estudio, la empatía se midió mediante la escala EQ (Empathy Quotient), la cual es una escala de tipo intervalar, y cuyas puntuaciones se emplearon para realizar comparaciones con las puntuaciones de espiritualidad entre pacientes con esquizofrenia y controles sanos.

6.5.3.- Espiritualidad

La vida espiritual ha sido definida como el resultado del establecimiento de una relación personal con Dios (Rivera-Ledesma y Montero-López, 2007). Los autores citados (Hill y otros, 2000) suelen utilizar el concepto Dios para referirse a una entidad trascendente, sobrenatural, comprendida y conceptualizada dentro de la tradición judeo-cristiana. En cada autor, las manifestaciones de este concepto, vertidas en los reactivos que conforman sus escalas, evidentemente parten de una construcción social del propio concepto de Dios, es decir, de “lo divino”. En principio, la teología se ocupa de Dios; la psicología no puede sino ocuparse de lo divino, en tanto Dios le es ajeno como realidad.

Características y niveles de medición de la variable

Para la medición de la espiritualidad se utilizó la sub-escala de relación con Dios de la Escala de bienestar espiritual (EBE), la cual evalúa esta relación por su expresión cognitiva, emocional y conductual a través de la suma de los 11 reactivos que constituyen la sub-escala de relación con Dios. Esta es una escala de tipo intervalar, y las puntuaciones obtenidas se emplearon para realizar comparaciones con puntuaciones de empatía entre pacientes con esquizofrenia y controles sanos.

6.5.4.- Medidas de afrontamiento religioso

El afrontamiento religioso es un fenómeno multidimensional, y está diseñado para ayudar a las personas en la búsqueda de una variedad de fines significativos en tiempos difíciles: sentido de significado y propósito, confort emocional, control personal, intimidad con otros, salud física o espiritualidad. Algunos métodos dentro de este enfoque son el perdón, la purificación y la confesión, el apoyo espiritual, la apreciación religiosa, la conversión y las aproximaciones religiosas al control.

Algunos autores han distinguido entre el afrontamiento religioso positivo y el afrontamiento religioso negativo; el primero conduce al individuo hacia una forma productiva y eficiente de afrontamiento espiritual asociado con mejores parámetros de salud que el afrontamiento negativo. El afrontamiento religioso positivo incluye métodos como la apreciación religiosa benevolente, el afrontamiento religioso colaborativo, la búsqueda de apoyo espiritual, la conexión espiritual, la purificación religiosa, el buscar ayuda de clérigos o miembros de la iglesia, la ayuda religiosa y el perdón religioso. El afrontamiento religioso negativo incluye métodos como la apreciación religiosa punitiva, la apreciación religiosa demoníaca, la re-apreciación del poder de Dios, el descontento espiritual, el afrontamiento religioso auto-dirigido y el descontento religioso interpersonal (Hill y otros, 2004; Rivera-Ledesma y Montero-López, 2007).

Características y niveles de medición de la variable

Para la medición de las medidas de afrontamiento religioso, se utilizó la escala de patrones positivos y negativos de métodos de afrontamiento religioso (Brief-RCOPE), y las puntuaciones

obtenidas se emplearon para realizar comparaciones con puntuaciones de empatía entre pacientes con esquizofrenia y controles sanos.

6.6 Descripción de las escalas e instrumentos de evaluación

6.6.1 Escala de Síndromes Positivo y Negativos (PANSS)

La PANSS fue desarrollada como parte de un esfuerzo para proveer una asesoría más comprensiva de los síntomas de la esquizofrenia (Kay y otros, 1987). Esta escala se diseñó para evaluar los tres dominios principales: positivos (7 ítems), negativos (7 ítems) y psicopatología general (14 ítems). Cada pregunta se califica en grados de severidad que van de 1 a 7: 1= ausente; 2= mínimo, 3= leve, 4= moderado; 5= moderadamente severo; 6= severo; 7= extremo. El puntaje mínimo obtenido es de 30 puntos y el máximo de 210 puntos. Se considera que una puntuación de 60 o más puntos indica la presencia de una psicopatología que requiere atención. En población mexicana, la PANSS ha mostrado tener excelentes correlaciones en las cinco subescalas. Al medir la validez concurrente y la consistencia interna, se encontró una asociación importante entre la BPRS positiva y el factor de Síntomas positivos (alfa Cronbach=0.89), con una $r=0.81$; entre la BPRS negativa y el factor de Síntomas negativos (alfa Cronbach=0.86), con una $r=0.77$; entre la escala Escala de Depresión de Calgary para Esquizofrenia y el factor de Ansiedad/depresión (alfa Cronbach=0.80), con una $r=0.45$; entre la escala de Agresión Explícita y el factor de Excitación (alfa Cronbach=0.81), con una $r=0.42$; y entre la escala Mini-Mental y el factor Cognitivo (alfa Cronbach=0.80), con una $r=0.47$ (Fresán y otros, 2005).

6.6.2 Escala de medición de la Empatía (Empathy Quotient, EQ)

Esta escala fue desarrollada por Baron-Cohen y Wheelwright en el 2004, con el fin de contar con una manera más específica de medir la empatía, ya que como argumentan estos autores, las escalas disponibles para medir empatía previas a ésta, no eran suficientemente específicas para medir el constructo de la empatía. Esta escala fue diseñada con la finalidad de ser fácilmente utilizable y medible. Consiste en 60 preguntas que pueden ser separadas en 2 tipos: 40 preguntas específicas de empatía y 20 preguntas “de relleno”. Estas 20 preguntas fueron incluidas para distraer al participante de un enfoque excesivo en empatía. Cada uno de los ítems de esta escala con 1 punto si el participante identifica una conducta empática como ‘un poco de acuerdo’, o 2 puntos si identifica la conducta empática como ‘totalmente de acuerdo’. Aproximadamente la

mitad de los ítems fueron fraseados con el fin de inducir una respuesta de desacuerdo, y la otra mitad con el fin de inducir una respuesta de acuerdo para las conductas empáticas. Esto se hizo con el fin de evadir un sesgo de respuesta en cualquier dirección. Esta escala está diseñada para ser auto-administrada, y no depende de interpretación alguna para su calificación (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004; Baron-Cohen, 2011).

Esta escala fue traducida y validada en población mexicana de manera reciente (Olivares, 2015). Se comprobó que la consistencia interna del EQ medida por el alpha de Cronbach fue 0.81. La media de la calificación total del EQ (41.4 ± 10.3) fue muy similar a la reportada originalmente por Baron Cohen (42.1 ± 10.6). En cuanto a los subfactores del EQ, el Cognitivo mostró un alpha de Cronbach de 0.81, el Emocional y el de Habilidades sociales mostraron alpha de Cronbach de 0.60 y 0.53, menores, pero aún aceptables para escalas menores a 8 ítems. La confiabilidad test – retest del instrumento fue de 0.80. La correlación entre los subfactores del EQ con los subfactores del IRI demuestra la validez concurrente del EQ. Con una correlación positiva moderada entre el EQ total y los subfactores de Toma de Perspectiva, Preocupación Empática y Fantasía (Olivares, 2015).

6.6.3 Escala de patrones positivos y negativos de métodos de afrontamiento religioso, Brief-RCOPE

Esta escala está compuesta de 14 reactivos distribuidos en dos sub-escalas:

a) Afrontamiento religioso positivo (suma de los reactivos 2, 4, 5, 6, 7, 10 y 14 del Brief-RCOPE), que se caracteriza por la expresión de un sentido de espiritualidad, de una relación segura con Dios, de la creencia de que hay un sentido que se puede fundamentar en la vida, y de un sentido de conectividad espiritual con otros, y b) Afrontamiento religioso negativo (suma de los reactivos 1, 3, 8, 9, 11, 12 y 13 del Brief-RCOPE), caracterizado por el empleo de estrategias que se basan en un descontento espiritual. Las subescalas documentaron una consistencia interna de 0.87 y 0.69, para el afrontamiento positivo y negativo respectivamente, y una estructura factorial y validez discriminante adecuadas (Rivera-Ledesma y Montero-López, 2007).

6.6.4 Sub-escala de relación con Dios de la Escala de bienestar espiritual, EBE

La vida espiritual es resultado de establecer una conexión o relación con algún concepto de deidad o ser supremo; el EBE evalúa esta relación por su expresión cognitiva, emocional y conductual a través de la suma de los 11 reactivos que constituyen la sub-escala de relación con Dios. Esta escala fue adaptada para sujetos mexicanos por Montero y Sierra, documentando una confiabilidad test-retest de 0.86 y una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.78. La validez convergente fue demostrada con una asociación importante con la escala Brief-RCOPE, con una $r=0.607$ (Rivera-Ledesma y Montero-López).

7. PROCEDIMIENTO

El reclutamiento de pacientes se realizó en el servicio de Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría, de manera que se buscaron pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia hasta alcanzar el número requerido. Dentro del grupo de pacientes, se reclutaron aquellos que contaban con el diagnóstico de Esquizofrenia y que llevaban su seguimiento en la Clínica de Esquizofrenia o en Psiquiatría General.

Una vez que los candidatos para el grupo de pacientes fueron reclutados, se procedió a explicarles el procedimiento del estudio, y se les solicitó su consentimiento informado para participar en el mismo. Una vez que el participante brindó su consentimiento informado, se procedió a aplicar la escala PANSS. El llenado de esta escala se hizo con la ayuda de una guía semiestructurada, y la recolección de los datos se realizó a través del interrogatorio directo con el paciente, y cuando fue posible, se complementó con un interrogatorio indirecto con su familiar (es).

Una vez terminada la evaluación para llenar el PANSS, se solicitó al paciente que llenara los cuestionarios autoaplicables EQ, EBE y BRIEF-RCOPE, explicando brevemente el procedimiento de llenado y aclarando posibles dudas.

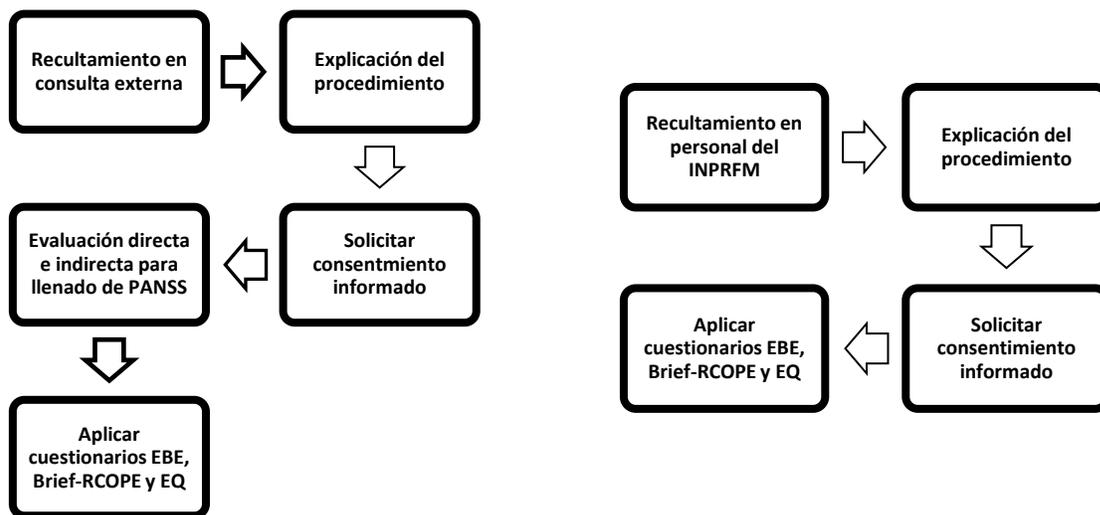
El reclutamiento del grupo de los controles se realizó entre el personal del INPRFM, en búsqueda de candidatos que cumplieran con los criterios de inclusión para el grupo de controles, hasta cumplir con el número necesario de personas.

A quienes cumplieron con los criterios de inclusión para el grupo de controles, se les explicó el procedimiento del estudio, y se les solicitó su consentimiento informado para participar en el mismo. Una vez que los participantes brindaron su consentimiento informado, se les solicitó

que completaran los cuestionarios autoaplicables EQ, EBE y BRIEF-RCOPE, explicando brevemente el procedimiento de llenado y aclarando posibles dudas.

7.1 Esquema de procedimiento





8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La descripción de las variables categóricas-nominales se realizó con frecuencias y porcentajes y para las variables continuas con medias y desviaciones estándar. Para las pruebas de contraste entre el grupo de pacientes y el de controles sanos se utilizó la Chi cuadrada para las variables categóricas y la t de Student para muestras independientes para los contrastes de variables continuas. Para determinar la asociación lineal entre las variables del estudio se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson. El nivel de significancia estadística se fijó en una $p \leq 0.05$.

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se adaptó a los principios científicos y éticos para la investigación en seres humanos de acuerdo a la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2015).

A todos los pacientes se les informó de manera verbal sobre los procedimientos que se realizaron en el estudio, y se les solicitó su consentimiento por escrito para participar en el mismo, poniendo especial énfasis en guardar su confidencialidad y en solicitar su aprobación para reportar los resultados.

Los apartados que constituyeron el consentimiento informado fueron: a) la justificación y objetivos de la investigación, b) los procedimientos a seguir durante la investigación, c) la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgo, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento c) la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento médico.

Para asegurar la confidencialidad de la información proporcionada por los participantes, a cada uno de los expedientes de los pacientes que aceptaron participar, se les asignó un número de folio, de manera que el nombre y los datos generales de los participantes están bajo el resguardo del investigador y no aparecerán en ninguno de los reportes del estudio.

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Septiembre 2015	Diciembre 2015	Enero 2016 a febrero 2017	1er trimestre 2017	2do trimestre 2017
Entrega de anteproyecto	X				
Dictamen por el comité de tesis y de ética		X			
Captación de sujetos			X		
Concentración de datos			X		

Análisis de resultados	X	X	
Elaboración de informe final y entrega de proyecto		X	X

RESULTADOS

11.1 Características demográficas y clínicas de la muestra

Se reclutaron un total de 52 pacientes con esquizofrenia provenientes de la Clínica de Esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y 50 controles. De éstos, dos pacientes no completaron de forma adecuada los instrumentos de evaluación por lo que no fueron incluidos en el análisis.

El grupo de pacientes y el grupo de sujetos control fueron pareados por género edad, por lo que ambos grupos estuvieron conformados en un 54% (n=27 cada uno) por mujeres y el 46% restante de cada grupo por hombres, con una edad promedio de 39.3 (D.E.=12.0) años de los pacientes y de 39.4 (D.E.=11.2 años) en los sujetos control. En comparación con los controles, los pacientes se encontraban con mayor frecuencia sin pareja, sin un empleo remunerado y tenían una menor escolaridad (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas entre pacientes y controles

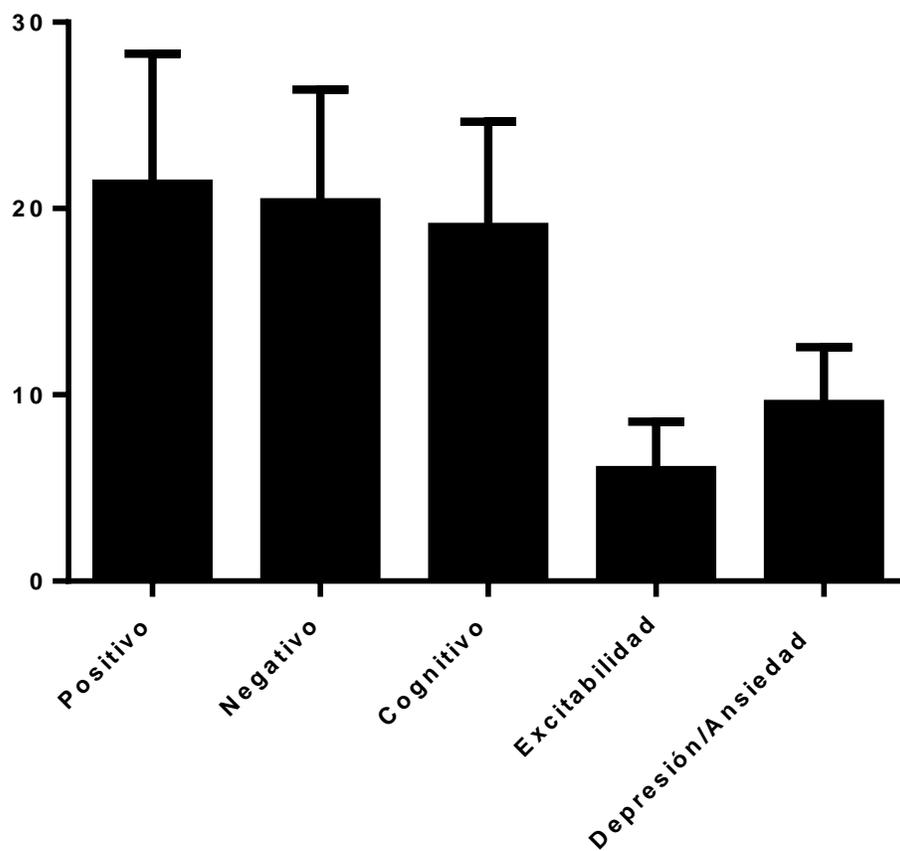
	Controles		Pacientes		Estadística
	n	%	n	%	
Pareja					
Sin pareja	25	50	44	88	$\chi^2= 16.8, 1 \text{ gl}, p<0.001$
Con pareja	25	50	6	12	
Trabajo					
No remunerado	19	38	31	62	$\chi^2= 5.7, 1 \text{ gl}, p=0.01$
Remunerado	31	62	19	38	
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Escolaridad	17.8	5.0	12.3	3.9	$t=6.0, 98 \text{ gl}, p<0.001$

En el grupo de pacientes, la edad de inicio de inicio de la esquizofrenia fue a los 25.0 (D.E.=6.6) años de edad y, al momento del estudio, el tiempo de evolución del padecimiento fue de 737.7 (D.E.=530.2) semanas, equivalente a poco más de 14 años de evolución. El tiempo total de duración de la psicosis no tratada fue de 163.5 (D.E.=291) semanas, equivalente a 3.1 años con francos síntomas psicóticos sin atención especializada.

Del total de pacientes, el 64% (n=32) reportaron haber sido hospitalizado en algún momento durante el curso del padecimiento, teniendo en promedio un total de 2.1 (D.E.=1.8) hospitalizaciones, con un tiempo total de estancia intrahospitalaria de 8.2 (D.E.=9.4) semanas.

La puntuación total de la PANSS al momento del estudio fue de 76.1 (D.E.=19.2) puntos, indicativo de una gravedad moderada de sintomatología psicótica. Las puntuaciones de las 5 dimensiones de la PANSS se muestran en la Gráfica 1.

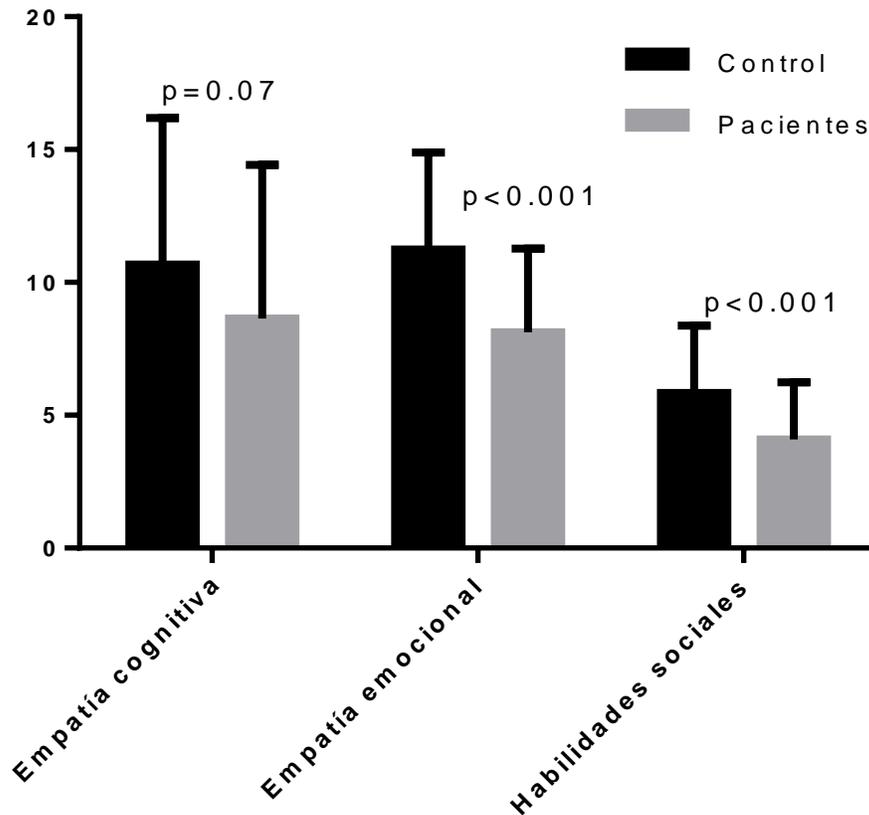
Gráfica 1. Gravedad sintomática al momento del estudio



11.2 Características de la empatía entre grupos

Mediante el Empathy Quotient (EQ) y sus dimensiones se evaluó el nivel de empatía en ambos grupos. Una mayor puntuación en cada dimensión indica de un mayor nivel de empatía. Así, en la Gráfica 2 se puede observar como los niveles de empatía emocional y las habilidades sociales son mayores en sujetos control en contraste con los pacientes con esquizofrenia. La puntuación total del EQ que evalúa el nivel global de empatía fue mayor en los controles (27.7, D.E.=9.0 puntos) que en los pacientes (20.8, D.E.=7.6; $t=4.1$, 98 gl, $p<0.001$).

Gráfica 2. Niveles de empatía entre pacientes con esquizofrenia y sujetos control.



11.3 Espiritualidad y afrontamiento religioso

La religión católica fue la más frecuentemente reportada como religión de pertenencia en ambos grupos, en un 62% (n=31) para los sujetos control y en un 78% (n=39) para los pacientes con esquizofrenia. En el grupo de sujetos control hubo 4 sujetos (n=8%) que se identificaron como budistas, 2 (4%) cristianos y un (2%) judío. Para el grupo de pacientes se identificaron 4(8%) cristianos y un mormón (2%). Los 12 (24%) sujetos restantes del grupo control y los 6 (12%) del grupo de pacientes no se identificaron como creyentes de ninguna religión.

De forma general, un mayor número de pacientes (n=36, 72%) se consideraron practicantes religiosos activos en comparación con los sujetos control (n=20, 40%; $\chi^2=10.3$, 1 gl, $p=0.001$). DE los practicantes activos, también se reportó un mayor el nivel de apego religioso en los pacientes (7.7, 1.6 vs 6.2, 1.9, $t=-3.2$, 54 gl, $p=0.002$). Estas diferencias también se observaron entre pacientes y controles en la evaluación de las medidas de afrontamiento religioso y bienestar espiritual. (Tabla 2)

Tabla 2. Afrontamiento religioso y bienestar espiritual entre pacientes y controles

	Controles		Pacientes		Estadística
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Afrontamiento religioso					
Positivo	12.2	5.7	18.9	6.1	$t=-5.6$, 98 gl, $p<0.001$
Negativo	8.22	2.0	12.2	4.6	$t=-5.4$, 98 gl, $p<0.001$
Bienestar espiritual	21.0	9.5	30.4	8.6	$t=-5.1$, 98 gl, $p<0.001$

11.4 Empatía, afrontamiento religioso y gravedad sintomática

Finalmente, se buscó determinar si existía alguna asociación lineal entre las mediciones de afrontamiento religioso, bienestar espiritual con la gravedad sintomática al momento del estudio y los niveles de empatía en el grupo de pacientes con esquizofrenia.

En la Tabla 3 se muestran aquellas asociaciones que fueron significativas entre variables. Se observa una asociación entre el afrontamiento religioso positivo y la gravedad de los síntomas positivos, cognitivo y gravedad global así como con la dimensión de habilidades sociales del EQ. La empatía emocional mostró asociaciones con la gravedad de los síntomas negativos y el bienestar espiritual; éste último también asociado a la gravedad de los síntomas positivos y cognitivos.

Tabla 3. Asociaciones entre gravedad sintomática, empatía y variables religiosas en pacientes con esquizofrenia.

Variable 1	Variable 2	r	p
Afrontamiento religioso positivo	PANSS Positivo	0.31	0.02
Afrontamiento religioso positivo	PANSS Cognitivo	0.32	0.02
Afrontamiento religioso positivo	PANSS Total	0.34	0.01
Afrontamiento religioso positivo	EQ-Habilidades Sociales	-0.38	0.006
Bienestar espiritual	PANSS Positivo	0.29	0.03
Bienestar espiritual	PANSS Cognitivo	0.37	0.008
Bienestar espiritual	PANSS Total	0.34	0.01
Bienestar espiritual	EQ-Emocional	-0.21	0.04
EQ-Emocional	PANSS Negativo	-0.30	0.03

11. DISCUSIÓN

Nuestro objetivo principal fue determinar la asociación entre la empatía y la espiritualidad en pacientes con esquizofrenia, y compararlo con controles sanos. Una vez analizados los resultados, nos llama la atención, en primer lugar, la comparación entre los niveles de empatía en sujetos con esquizofrenia y controles. Ya que se encontró una diferencia significativa en los rubros de empatía emocional y habilidades sociales, mientras que no fue posible encontrar una diferencia significativa en empatía cognitiva. Esto coincide con lo reportado en estudios previos, en particular con el meta-análisis de Bonfils en 2016, en donde se encontró un déficit consistente y significativo en empatía emocional en pacientes con esquizofrenia, comparado con controles sanos, siendo la diferencia más evidente cuando se utilizaban pruebas basadas en desempeño de tareas (Bonfils y otros, 2016). También, coincide con lo reportado en un meta-análisis más reciente, en el cual se evaluaron estudios que utilizaron el IRI (Interpersonal Reactivity Index), que es también una escala auto-aplicable para medir niveles de empatía. En este estudio, se encontró un déficit significativo en pacientes con esquizofrenia comparado con controles, el cual era más significativo conforme más avanzada era la enfermedad (Bonfils y otros, 2017). Coincide, además con lo descrito previamente por Shamay-Tsoory, quien reportó que los pacientes con esta enfermedad cometen muchos más errores en el aspecto afectivo de la teoría de la mente, al diferenciarlo con el aspecto cognitivo (Lee, 2007).

Sin embargo, alteraciones en la empatía cognitiva también han sido documentadas en diversos estudios, los cuales han sugerido que existe una asociación entre el grado de afectación del estado mental y la disminución en la empatía cognitiva. Así, ciertos síntomas se han relacionado de manera más específica con el déficit en empatía cognitiva, como los síntomas negativos, el pensamiento desorganizado y los delirios de persecución (Frith y Corcoran, 1996). También, hay estudios recientes como el de Michaels y el de Massey, que reportan un déficit significativo en empatía cognitiva en sujetos con esquizofrenia, el cual asocian de manera directa con las alteraciones en el funcionamiento social, que son característicos de la enfermedad. Cabe mencionar que en estos estudios utilizaron un instrumento diferente, también autoaplicable, el QCAE (Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy). Estas diferencias, probablemente, sean atribuibles a la utilización de distintos instrumentos; ya que ni el EQ utilizado en este estudio para la medición de los niveles de empatía (el Empathy Quotient), ni el IRI, están diseñados con

el fin específico de diferenciar entre empatía cognitiva y afectiva, mientras que el QCAE sí lo está (Michaels y otros, 2014; Massey y otros, 2017). En todo caso, a partir del marco teórico y la experiencia clínica, sería esperable encontrar un déficit en la empatía cognitiva en sujetos con esquizofrenia, el cual se podría correlacionar directamente con el déficit en habilidades sociales.

En cuanto a la asociación entre la gravedad sintomática y los niveles de empatía, en el estudio se encontró una asociación inversa entre la puntuación del PANSS negativo y la puntuación del EQ, en los rubros de empatía emocional. En estudios previos, se ha sugerido una asociación entre el grado de alteración del estado mental y la afectación en la empatía cognitiva en sujetos con esquizofrenia (Kirkpatrick y Buchanan, 1990). También hay evidencia que sugiere que la alteración en la empatía puede ser más pronunciada en ciertos subtipos de esquizofrenia, sobre todo cuando están presentes los llamados síntomas negativos “deficitarios” (Kirkpatrick y Buchanan, 1990; Kirkpatrick y otros, 1989). En nuestro estudio se encontró una asociación entre síntomas negativos y empatía emocional, pero no con empatía cognitiva, lo cual coincide parcialmente con los hallazgos previos. Una posible explicación de la diferencia en nuestros hallazgos (que la asociación sea entre síntomas negativos y empatía emocional, en vez de que sea con empatía cognitiva) se podría deber a que en este estudio utilizamos una escala de PANSS de 5 factores: síntomas positivos, negativos, cognitivos, ansiedad/depresión y habilidades sociales. Previamente, se utilizaba la escala PANSS de 3 factores: síntomas negativos, positivos y patología general. De esta manera, los rubros que conforman los síntomas cognitivos en la escala de 5 factores, forman parte de los síntomas negativos en la escala de 3 factores. Entonces, la asociación reportada entre gravedad de síntomas negativos y empatía cognitiva, podría reflejar la asociación entre síntomas cognitivos y empatía cognitiva.

Los resultados en medidas de bienestar espiritual y medidas de afrontamiento religioso positivo mostraron una diferencia significativa en la importancia que este rubro juega en la vida de los sujetos con esquizofrenia, a comparación de los controles. Esto coincide con lo reportado en la literatura, tanto en la importancia de la religión y la espiritualidad en pacientes con esquizofrenia, como en pacientes con otras enfermedades mentales crónicas e incapacitantes, como la depresión y el abuso de sustancias (Koenig, 1994; Koenig, 2004). En estudios publicados de Mohr y Borrás en 2011, así como de Mohr y Perroud en 2012, se reporta un resultado similar, encontrando que la religión y la espiritualidad suelen tener una relevancia mayor en sujetos con esquizofrenia comparado con sujetos controles (Mohr y otros, 2011; Mohr y otros, 2012).

También ha sido reportado en diversos estudios una asociación entre la espiritualidad y las medidas de afrontamiento religioso positivo, con una tendencia positiva en el pronóstico de los sujetos con esquizofrenia; y que incluso, el apego religioso puede ser un factor de buen pronóstico. Se ha reportado también una mejoría en la calidad de vida en los sujetos con esquizofrenia que tienen una mayor práctica espiritual y religiosa (Mohr y otros, 2011). En nuestro estudio no se hizo una medición de la calidad de vida; sin embargo, en la gravedad sintomática de los sujetos con esquizofrenia -medida mediante el PANSS- se encuentra una ligera asociación positiva entre gravedad sintomática y los niveles de espiritualidad y afrontamiento religioso positivo. Esto se traduce en que los pacientes que tenían una mayor gravedad sintomática, tendían a puntuar más alto en estas escalas. Esto no coincide con la asociación reportada en los estudios ya mencionados. Una posible explicación de la diferencia encontrada en nuestros resultados puede deberse, en parte, a la diferencia en el contexto cultural, ya que en nuestro país la práctica religiosa está fuertemente arraigada, por lo que es esperable que las personas que se encuentren en situaciones difíciles, utilicen con mayor frecuencia a la religión como una medida de afrontamiento de la adversidad. Los pacientes con esquizofrenia con una mayor gravedad sintomática, normalmente tienen un nivel de funcionamiento más bajo, y una red de apoyo más débil, por lo que es esperable que busquen un refugio en la religión- más que aquellos pacientes que se encuentren en mejores condiciones. Además, a una mayor gravedad sintomática, se vuelve más probable que existan ideas místico religiosas y de grandiosidad, lo que naturalmente los acercará más a la religión.

En cuanto a la relación entre los niveles de empatía, de bienestar espiritual y de afrontamiento religioso positivo, es interesante ver que los resultados indican que existe una asociación inversa entre las variables. Es decir, que los sujetos que tuvieron puntuaciones más altas en las escalas de espiritualidad, tendieron a puntuar más bajo en el EQ, sobre todo en los rubros de empatía afectiva y habilidades sociales. En la literatura no se encontró información referente a la asociación entre empatía y espiritualidad. Sin embargo, el hecho de que aquellos que puntuaron más bajo en empatía afectiva y en habilidades sociales sean los que puntuaron más alto en espiritualidad, nos puede hablar de que los sujetos que tienen un nivel más bajo de funcionamiento social (los que se encuentran más aislados debido a sus dificultades para interactuar con otros), son los que más encuentran en la religión y la espiritualidad un refugio - o una compensación- de estas deficiencias.

Como revisamos previamente, se ha encontrado que la espiritualidad y las medidas de afrontamiento religioso se vuelven particularmente importantes en sujetos que padecen enfermedades crónicas e incapacitantes. Ejemplo de esto son enfermedades como el cáncer, la diabetes, la depresión crónica y el abuso de sustancias, en donde se ha encontrado que la espiritualidad juega un papel importante en la calidad de vida e incluso en el pronóstico (Koenig, 1994; Koenig, 2004). Entonces, el resultado del estudio puede ser en parte explicado por el mayor apego religioso que existe en sujetos que padecen una enfermedad crónica e incapacitante.

Otra posible explicación de los resultados, tiene que ver con algunas características de la población en estudio, ya que en los sujetos con esquizofrenia suele ser más frecuente encontrar una estructura de pensamiento concreto, así como una mayor prevalencia de pensamiento mágico-religioso. Esta combinación de pensamiento concreto y mágico-religioso, podría contribuir a que los sujetos con esquizofrenia tengan una mayor probabilidad de tener más apego a creencias y prácticas religiosas (Robles-García y otros, 2014).

También, las características sociodemográficas de la población estudiada pueden jugar un papel en los resultados encontrados. En el estudio se encontró una heterogeneidad entre la población control y la población de sujetos con esquizofrenia en cuanto al grado de estudios y al nivel socioeconómico. Los sujetos con esquizofrenia tendían a tener un nivel socioeconómico y de escolaridad más bajos que el de los controles. Debido a que en sujetos con un bajo nivel de escolaridad y un bajo nivel socioeconómico existe una mayor tendencia a perpetuar el contexto cultural de los padres, es más frecuente que en esta población se mantenga una práctica religiosa activa, si así fue el contexto en el cual crecieron (como lo suele ser en México) (Robles-García y otros, 2014). Así, las características sociodemográficas de la población estudiada podrían contribuir a los resultados encontrados, de manera independiente a la presencia o ausencia de esquizofrenia.

Finalmente, podemos afirmar que, en el presente estudio, sí fue posible encontrar una asociación entre los niveles de empatía, espiritualidad y afrontamiento religioso, como había sido propuesto en la hipótesis. Sin embargo, la asociación encontrada fue inversa: entre menor puntuación en la escala EQ, hubo una mayor puntuación en las escalas de espiritualidad y afrontamiento religioso. Este es un dato muy interesante, ya que lo esperable sería que los sujetos que tienen serias afectaciones en las habilidades empáticas, tendrían afectaciones similares en la esfera espiritual y

religiosa. Esto es porque, de manera intuitiva, solemos asociar a la espiritualidad y a la religión con la empatía y la compasión. Por lo tanto, es interesante que los resultados del estudio nos indiquen que los pacientes con esquizofrenia, a pesar de tener una afectación importante en la empatía, permanecen intactos en cuanto a sus capacidades espirituales. Esto nos puede llevar a especular que las esferas de la espiritualidad y de la empatía no sean convergentes, sino que ambos fenómenos dependan de regiones diferentes. Sería interesante ampliar el estudio a otras áreas de la cognición social, con el fin de explorar la posibilidad de que la espiritualidad no forme parte de este constructo, sino que constituya un fenómeno de otra índole. Por la información que tenemos en la actualidad, sabemos que la empatía y la cognición social son constructos que se relacionan con un sustrato neurobiológico específico. Sin embargo, la espiritualidad podría más bien constituir un fenómeno emergente – no dependiente de un sustrato neurobiológico particular, y no dependiente de las habilidades cognitivas del individuo. Por lo mismo, sería un fenómeno que se mantendría intacto en enfermedades que afectan la cognición social, como es el caso de la esquizofrenia.

12.1 LIMITACIONES

1.- Existe heterogeneidad entre la población control y de pacientes en cuanto al nivel socioeconómico y el grado de escolaridad. Esto es en parte atribuible a que la enfermedad conlleva de por sí una alteración importante en la funcionalidad económica y académica; y al hecho de que, por motivos de accesibilidad, la población control reclutada fue en su mayoría del personal del INPRFM, que está constituida en gran parte por personas con licenciatura y posgrado.

2.- Este fue un estudio transversal, sin embargo, sería ideal que se tratara de un estudio longitudinal, sobre todo para estudiar si el grado de espiritualidad y apego religioso tiene alguna influencia sobre la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

3.- Las escalas utilizadas para medir el bienestar espiritual y las medidas de afrontamiento religioso, son de las pocas escalas validadas en población mexicana con las que se cuenta, en el tema de religión y espiritualidad. Sin embargo, las escalas no son las ideales, en particular para medir el constructo de espiritualidad. En la escala de bienestar espiritual se hace referencia a la creencia en ‘Dios’ para hacer la medición. Sin embargo, aquellas personas que no creen en ‘Dios’ o en un ser supremo, pero que tienen una vida espiritual activa, tendrían que contestar la escala

negativamente, lo cual no reflejaría la realidad de su vida espiritual. Lo ideal sería contar con una escala validada en población mexicana que hiciera una valoración de la vida espiritual sin estar limitada a la creencia en un 'Dios' o ser supremo particular.

4.- El número de la muestra podría ser ampliado con el fin de incrementar el poder estadístico del estudio.

12.2 FORTALEZAS

1.- En este estudio se abordó el tema de la espiritualidad y las medidas de afrontamiento religioso, en pacientes con esquizofrenia y haciendo una comparación con los niveles de empatía en los mismos. Durante la revisión de la literatura, es evidente la poca información que existe a la fecha sobre el tema de la espiritualidad y la religión desde el punto de vista de la medicina y las neurociencias. Esto llama la atención, ya que éstas constituyen una de las vivencias más antiguas y elementales de la humanidad. En nuestro país es indudable la importancia que la espiritualidad y la religión juegan en la vivencia de la población, siendo que se trata de un fenómeno fuertemente arraigado en nuestra cultura. Por lo mismo, consideramos que es de gran importancia estudiar el fenómeno y el impacto que este tiene en las enfermedades mentales-en este caso específico, en la esquizofrenia.

2.- En este estudio también realizamos una medición del nivel de empatía de los sujetos con esquizofrenia, comparándolo con controles, para lo cual utilizamos la escala EQ, la cual ha sido recientemente validada para población mexicana. Así, los resultados de este estudio también aportan más información sobre las diferencias que se pueden encontrar en los niveles de empatía en sujetos con esquizofrenia, utilizando esta escala.

3.- La metodología utilizada fue adecuada para los objetivos del estudio, ya que ambos grupos fueron pareados por edad y género, y ambos grupos pertenecen a un contexto cultural similar. También tuvimos la ventaja de contar con la población de pacientes de la clínica de Esquizofrenia del INPRFM, en donde se encuentran una gran cantidad de sujetos con el diagnóstico confirmado de la enfermedad, dentro de los cuales una gran parte se encuentran con una estabilidad sintomática adecuada para ser participantes elegibles para diversos estudios, aunado a que gran parte de estos pacientes se encuentran en la mejor disposición para participar en los mismos.

4.- En el estudio se buscó encontrar una asociación entre los niveles de empatía y los de espiritualidad y afrontamiento religioso en pacientes con esquizofrenia, con el fin de conocer más sobre el fenómeno de la espiritualidad y, en este caso, determinar si pertenece a la misma esfera que la empatía. Como discutiremos más adelante, hemos visto que al parecer no es así, lo que podría indicar que ambos son fenómenos con un sustrato diferente. Más adelante, se podría ampliar este estudio a otras esferas de la cognición social, para así continuar explorando la región cognitiva a la cual pertenece este interesante fenómeno humano.

12. CONCLUSIONES

En conclusión, en este estudio hemos revisado que la esquizofrenia constituye una enfermedad crónica y altamente incapacitante, en la que los sujetos ven su funcionamiento social, laboral y económico seriamente disminuido -aunado a ser una de las enfermedades crónicas que cargan con un mayor estigma social. Además de esto, hemos revisado que los sujetos que padecen esta enfermedad presentan deficiencias significativas en la empatía y las habilidades sociales, lo que limita aún más su capacidad para acercarse a otros y formar lazos emocionales significativos. Por otro lado, hemos revisado que la religión y la espiritualidad son dos fenómenos que han sido capitales a lo largo de la vivencia humana, ya que se podría decir que son tan antiguos como la humanidad. Éstos han constituido, desde su origen, una herramienta con la cual las personas se han apoyado para enfrentar a la adversidad, y con la cual han podido expresar, de distintas maneras, su respeto y su solemne admiración ante las maravillas del universo en que estamos inmersos. Por lo mismo, constituyen una de las herramientas más poderosas con las que cuentan aquéllos que atraviesan situaciones adversas y que padecen sufrimientos. Los sujetos con esquizofrenia forman parte de este grupo de individuos. Y como hemos visto, a pesar de las deficiencias que tienen en varias esferas cognitivas -en particular, en la empatía- los resultados de nuestro estudio indican que no tienen limitaciones en su vida espiritual. Y que, de hecho, utilizan la religión y la espiritualidad como una medida de afrontamiento para sobrellevar las dificultades inherentes a una vida con esquizofrenia. Más adelante se podría ampliar el campo de este estudio para conocer más sobre esta asociación. Por ejemplo, se podría agregar las variables una medición de la calidad de vida, para poder determinar si el mayor apego religioso de esta

población de pacientes tiene un impacto en su calidad de vida; o se podrían medir otras habilidades cognitivas además de la empatía -como habilidades de teoría de la mente o reconocimiento de expresiones faciales, entre otras- para buscar qué asociaciones hay entre éstas y la espiritualidad.

Como profesionales de la salud mental, éste debe ser un tema muy importante para nosotros, ya que debemos tomar mucha más conciencia de la importancia que la vida espiritual y religiosa juegan en la vivencia de los pacientes que tratamos. Si logramos entender la importancia que estos conceptos tienen en su calidad de vida y en su pronóstico, podremos darnos cuenta de que la religión y la espiritualidad constituyen una poderosa herramienta terapéutica, que estamos obligados a conocer, y a considerar como una parte indispensable para el tratamiento integral de la esquizofrenia. Por esto mismo, sería muy útil incluir un apartado de vida espiritual y apego religioso en las historias clínicas que realizamos, ya que actualmente lo único que se suele preguntar es si profesan alguna religión. Pero como hemos revisado ampliamente, no todos los que profesan una religión tienen una vida espiritual satisfactoria, y no todos los que no profesan alguna religión son ajenos a la espiritualidad.

Como reflexión final, me gustaría expresar que uno de los principales motivos por los cuales he elegido este tema, es que me parece increíble que siga siendo tan común en la comunidad médica la percepción de que la religión y la ciencia son dos conceptos antagónicos. Todavía se ven con frecuencia, entre muchos médicos y científicos, actitudes que consideran a las creencias religiosas como pensamientos supersticiosos o primitivos, que obstaculizan la mejoría de los pacientes y ofenden su inteligencia; y todavía hay médicos que consideran parte de su labor el combatir estas ‘supersticiones’ mediante la educación científica. En mi opinión, esta es una actitud que raya en lo arrogante; ya que me parece que, al final de todo, todas las personas, educadas o no, creyentes o no, estamos en las mismas: todos por igual quedamos anonadados cuando nos tenemos que enfrentar a los grandes misterios de la vida. Muchos podemos creer que a través de la ciencia hemos logrado comprender finalmente, ‘dominar’, ese miedo primigenio a lo desconocido, y que así, estamos escudados con una fuerte coraza de argumentos y demostraciones firmes y sólidas, que nada podría romper. Sin embargo, cuando nos vemos lanzados a enfrentar las adversidades de la vida, y nos toca ver cara a cara ese lado monstruoso de la realidad, esa crueldad inhumana de la naturaleza, ese vacío infinito que nos rodea... es entonces cuando sentimos en nuestro cuerpo ese miedo primigenio; el mismo miedo que sintió el primer hombre que se postró a pedir

la ayuda de algún ser superior. Es entonces cuando comprendemos la distancia que puede haber entre nuestros argumentos y nuestras vivencias, y cuando entendemos por qué, en pleno siglo XXI, la religión sigue siendo uno de los fenómenos humanos más poderosos. Por eso es muy importante que estemos conscientes de la importancia que ésta juega en la vida de muchos; y que, si nosotros hemos decidido alejarnos de la religión y la espiritualidad, de ninguna manera debemos de privar a los pacientes de buscar esta ayuda, ya que es algo que nosotros nunca podremos proporcionarles.

14. BIBLIOGRAFÍA

Adolphs, R. (2010) What does the amygdala contribute to social cognition? *Annals of the New York Academy of Sciences*, **1191**: 42-61.

Adolphs, R. (1994) Impaired recognition of emotion in facial expressions following bilateral damage to the human amygdala. *Nature*, **372**: 669-672.

Andreasen, N. (1995) Symptoms of schizophrenia: methods, meanings, and mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, **52**: 341-351.

Andreasen, N. & Olsen, S. (1982) Negative vs positive schizophrenia: definition and validation. *Archives of General Psychiatry*, **39**: 789-794.

American Psychiatric Association. (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision* (4a ed). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (5a ed). Washington, D.C. : American Psychiatric Association.

Baron-Cohen, S. (2011) *The science of evil: on empathy and the origin of cruelty*. Philadelphia, PA: Basic Books.

Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2004) The Empathy Quotient: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **34**(2).

Batson, C. (2009) These things called empathy: eight related, but distinct phenomena.

Bernhardt, B. C. & Singer, T. (2012) The Neural Basis of Empathy. *Annual Review of Neuroscience*, **35**: 1-23.

Bibby, R.W. (1995) Beyond headlines, hype and hope: Shedding some light on spirituality. *Meeting of the Society for the Scientific Study of Religion*. St. Louis, MO.

Bird, G. (2010) Empathic brain responses in insula are modulated by levels of alexithymia, but not autism. *Brain: Journal of Neurology*, **133**(1515-1525).

Bleuler, E. (1911) *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press.

Bonfils, K.A, Lysaker, P.H., Minor, K.S. & Salyers, M.P. (2016) Affective empathy in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 175(1-3):109-17.

Bonfils, K.A, Lysaker, P.H., Minor, K.S. & Salyers, M.P. (2017) Empathy in schizophrenia: A meta-analysis of the Interpersonal Reactivity Index. *Psychiatry Research*, 249:293-303.

Borras, L. (2007) Religious Beliefs in Schizophrenia: Their Relevance for Adherence to Treatment. *Schizophrenia Bulletin*, **33**(5): 1238-1246.

Brothers, L. & Ring, B. (1992) A neuroethological framework for the representation of minds. *Journal of Cognitive Neuroscience*, **4**: 107-118.

Call, J. & Tomasello, M. (2008) Does the chimpanzee have a theory of mind? 30 years later. *Trends in Cognitive Sciences*. **12**: 187-192.

Cannon, M. (2002) Obstetric complications and schizophrenia: Historical and meta-analytic reviews. *American Journal of Psychiatry*, **159**: 1080-1092.

Caraveo-Anduaga, J. y Medina-Mora, M. (1996) La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental*, **19** (3):14-21

Carlsson, A. & Carlsson, M. (2006) A dopaminergic deficit hypothesis of schizophrenia: the path to discovery. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, **8**(1): 137-142.

Carlsson, A. (2001) Interactions between monoamines glutamate and GABA in schizophrenia: New evidence. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, **41**: 237-260.

Carpenter, W.T. & Kirkpatrick, B. (1988) The heterogeneity of the longterm course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **14**: 645-652.

Craig, A. (2002) How do yo feel? Interception: the sense of he physiological condition of the body. *National Review of Neuroscience*, **3**: 655-666.

Craig, A. (2009) How do you feel--now? The anterior insula and human awareness. *National Review of Neuroscience*, **10**: 59-70.

Creese, I. (1975) Dopamine receptor binding predicts clinical and pharmacological potencies of antischizophrenic drugs. *Science*, **192**: 481-483.

Crow, T. (1980) Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? *British Medical Journal*, **280**: 66-68.

Crow, T. (1985) The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophrenia Bulletin*, **11**: 471-486.

Chakrabarti, B & Baron-Cohen, S. (2006) Empathizing with basic emotions: Common and discrete neural substrates. *Social Neuroscience*, **1**(3-4): 364-384.

Churchland, P.N. (1988) *Matter and Consciousness*. Cambridge: MIT Press.

Damasio, A. (1994) *Descartes Error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Putnam Berkley Group.

Decety, J, Chaminade, T, Grezes, J. & Meltzoff, A.N. (2002) A PET exploration of the neural mechanisms involved in reciprocal imitation. *NeuroImage*, **15**(1): 265-272.

Decety, J & Jackson, P.L. (2004) The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, **3**(2): 71-100.

deWaal, F.B. (2008) Putting the altruism back into altruism: the evolution of empathy. *Annual Review of Psychology*, **59**: 279-300.

diPellegrino, G., Fadiga, L., Fogassi, L., Gallese, V. & Rizzolatti, G. (1992) Understanding motor events: a neurophysiological study. *Experimental Brain Research*, **91**(1): 176-180.

Durkheim, E. (1912) *The elementary forms of religious life*. New York: Oxford University Press.

Eaton, W.W, Byrne, M., Ewald, H., Mors, O., Chen, C.Y. & Mortensen, P.B. (2006) Association of schizophrenia and autoimmune disease. *American Journal of Psychiatry*, **163**(3): 521-528.

Eliade, M. (1954) *The Myth of the Eternal Return*. New York: Bollingen Foundation.

Eliade, M. (1959) *The Sacred and the Profane: the Nature of Religion*. Orlando: Harcourt.

Eliade, M. (1972) *Tratado de Historia de las Religiones*. Ciudad de México: Ediciones Era.

Ellison, C.W. (1983) Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, **11**: 330-340.

Emmons, R.A & Paloutzian, F. (2003) The Psychology of Religion. *Annual Review of Psychology*, **54**: 377-402.

Eslinger, P, Flaherty-Craig, C.V & Benton, A.L. (2004) Developmental outcomes after early prefrontal cortex damage. *Brain and Cognition*, **55**(1): 84-103.

Farde, L & Wiesel, F. (1988) Central D2-dopamine receptor occupancy in schizophrenic patients treated with antipsychotic drugs. *Archives of General Psychiatry*, **45**: 71-76.

Feighner, J. Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A. Jr, Winokur, G. & Munoz, R. (1972) Diagnostic criteria for psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*. **26**: 57-63.

Fogassi, I., Ferrari, P.F., Gesierich, B., Chersi, F & Rizzolatti, G. (2005) Parietal lobe: from action organization to intention understanding. *Science*, **308**(5722): 662-667.

Frazer, J. (1890) *The Golden Bough: a new abridgement (1994)*. New York: Oxford University Press.

Fresán, A., De La Fuente-Sandoval, C., Loyzaga, C., García Anaya, M., Meyenberg, N., Nicolini, H. y Apiguian, R. (2005) A forced five-dimensional factor analysis and concurrent validity of the Positive and Negative Syndrome Scale in Mexican schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, **72**: 123-129.

Frith, C.D. & Corcoran. R. (1996) Exploring 'theory of mind' in people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, **26**(3): 521-530.

Frith, C.D. & Frith, U. (1999) Interacting minds- a biological basis. *Science*, **286**(5445): 1692-1695.

Frith, C.D. & Singer, T. (2008) The role of social cognition in decision making: Philosophical Transactions of the Royal Society of London. *Biological Sciences*. **363**: 3875-3886.

Gallese. V & Goldman, A. (1998) Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in Cognitive Sciences*, **2**(12): 493-501.

Glantz L., Gilmore, J.H., Lieberman, J.A. & Jarskoq, L.F. (2006) Apoptotic mechanisms and the synaptic pathology of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, **81**(1): 47-63.

Gordon, E., Williams, L.M. & Loughlon, C.M. (1992) Eye movement response to facial stimulus in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, **31**(6): 626-629.

Gupta, M. (1907) *The Gospel of Sri Ramakrishna* (trad. por Nikhilananda, S.) Chennai, India: Sri Ramakrishna Math.

Hill, P.C., Pargament, K., Hood, R.W., McCullough, M.E. & Zinnbauer, B.J.(2000) Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal of the Theory of Social Behavior* **1**(30).

Hunter, J.D. (1983) *American evangelicism: Conservative religion and the quandary of modernity*. New Brunswick, NJ.

Huxley, A. (1944) *The Perennial Philosophy*. New York: Harper & Brothers.

James, W. (1902-1961) *The Varieties of Religious Experience*. New York: Collier Books

Javitt, D & Zukin, S. (1991) Recent advances in the phencyclidine model of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, **148**: 1301-1308.

Jung, C. G. (1928) *Spiritual problem of modern man. Collected Works of CG Jung* (trad. W. Dell). Zurich: Bollingen. **10**.

Jung, C.G. (1957) *The Undiscovered Self*. New York: Penguin Books.

Jung, C.G & Von-Franz, L. (1964) *Man and his symbols*. New York: Anchor Press.

Jung C.G.y Wilhelm, R. (1955) *El secreto de la flor de oro*. Barcelona: Paidós.

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

Kay, S. (1990) Positive-negative assessment in schizophrenia: psychometric issues and scale comparison. *Psychiatric Q*, 61: 163-168.

Kay, S., Fiszbein, A. & Opler, L.A. (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 13: 261-274.

Keshavan, M, Tandon, R., Boutros, N. & Nasrallah, H.A. (2008) Schizophrenia, "just the facts": What we know in 2008 Part 3: Neurobiology. *Schizophrenia Research*. 106: 89-107.

Kety, S. (1987) The significance of genetic factors in the etiology of schizophrenia: Results from the national study of adoptees in Denmark. . *Journal of Psychiatric Research*. 21: 423-429.

Keysers, C. & Gazzola, V. (2007) Integrating simulation and theory of mind: from self to social cognition. *Trends in Cognitive Sciences*. 11(5): 194-196.

Kirkpatrick, B. & Buchanan, R.W. (1990) The neural basis of the deficit syndrome of schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 178(9): 545-555.

Kirkpatrick. B, Carpenter, W.T. & Buchanan, R.W. (1989) Empathy and schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 146(7): 945-946.

Koenig, H.G. (1994) *Aging and God: Spiritual pathways to mental health in midlife and later years*. New York: Haworth Press.

Koenig, H.G. (2004) Religion, spirituality and medicine: research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*. 97(12).

Lafargue, T. & Brasic, J. (2000) Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia: A central sensory disturbance. *Medical Hypotheses*. 55: 314-318; 2000.

Lambert, M & Naber, D. (2012) *Current schizophrenia* (3a ed). London: Springer Healthcare.

Lamm, C., Decety, J. & Singer, T. (2011) Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *NeuroImage*, 54: 2492-2502.

Lamm, C., Meltzoff, A.N. & Decety, J. (2010) How do we empathize with someone who is not like us? A functional magnetic resonance imaging study. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 22: 362-376.

LaPierre, L.L. (1994) A model for describing spirituality. *Journal of Religion and Health*. 33: 153-161.

Lawrence, R.E., First, M.B. & Lieberman, J. (2008) Schizophrenia and Other Psychoses. En Tasman, A., Kay, J. & Lieberman, J. (eds) *Psychiatry*, (3a ed) pp 1211-1280. Sussex: John Wiley and Sons. vol. 2: pp 1211.

Lawrie, S. & Abukmeil, S. (1998) Brain abnormality in schizophrenia: A systematic and quantitative review of volumetric magnetic resonance imaging studies. *British Journal of Psychiatry*. 172: 110-120.

Lee, K.H. (2007) Empathy deficits in schizophrenia. En Farrow, T. & Woodruff P. (eds) *Empathy in Mental Illness* (pp. 17-28). Cambridge: Cambridge University Press.

Lindenmayer, J. & Khan, A. (2006) Psychopathology. En Lieberman, J. & Scott, T. (eds) *Textbook of Schizophrenia*. (pp 185-213) American Psychiatric Publishing.

López-Ibor, J.J y López-Ibor, M.I. (2014) Romanticismo y Esquizofrenia. Primera parte: La Hipótesis de la recencia y el núcleo fundamental de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría* 42(4): 133-158.

Maier, W., Zobel, A. & Kuhn, K. (2006) Clinical impact of recently detected susceptibility genes for schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 8(1): 79-84.

Massey SH, Stern, D., Alden, E.C., Petersen, J.E., y otros. (2017) Cortical thickness of neural substrates supporting cognitive empathy in individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 179:119-124.

McCall, C. & Singer, T. (2013) Empathy and the brain. En Baron-Cohen, S., Tager-Flusbert & Lombardo, M. (eds) *Understanding other minds: Perspectives from developmental and social neuroscience*. (pp 195-213) Oxford, UK: Oxford University Press.

McCarley, R., Wible, C.G., Frumin, M., Hirayasu, Y., Levit, J.J., Fischer, I.A. & Shenton, M.A. (1999) MRI anatomy of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 45: 1099-1119.

McGlashan. T & Hoffman, R. (2000) Schizophrenia as a disorder of developmentally reduced synaptic connectivity. *Archives of General Psychiatry*, 57: 637-648.

Mednick, S, Machon, R.A. & Bonett, D. (1988) Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic. *Archives of General Psychiatry*, 45: 189-192.

Michaels, T.M, Horan, W.T., Ginger, E.J., Martinovich, Z., Pinkham, A.E. & Smith, M.J. (2014) Cognitive empathy contributes to poor social functioning in schizophrenia: Evidence from a new self-report measure of cognitive and affective empathy. *Psychiatry Research*, 30;220(3):803-10.

Mohr, S., Borrás, L., Nolan, J., Gillieron, C., y otros. (2012) Spirituality and religion in outpatients with schizophrenia: a multi-site comparative study of Switzerland, Canada, and the United States. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*.4(1):29-52.

Mohr, S. & Huguelet, P. (2004) The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *Swiss Medical Weekly* 134: 369-376.

Mohr S, Perroud, N., Gillieron, C., Brandt. P.Y., Rieben, I., Borrás, L. & Huguelet, P. (2011) Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry Research*. 30;186(2-3):177-82

Moreira-Almeida, A., Lotufo-Neto, F. & Koenig, H.G. (2006) Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 28(3): 242-250.

National Institute for Health and Care Excellence. (2009) Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care London, *National Institute for Health and Clinical Excellence*.

Oberman L.M., Ramachandran, V.S. & Pineda, J.A. (2008) Modulation of mu suppression in children with autism spectrum disorders in response to familiar or unfamiliar stimuli: The mirror neuron hypothesis. *Neuropsychologia* 46(5): 1558-1565.

Olivares, J.L. (2015) *Validación del Empathy Quotient en su versión al español en población mexicana*. (tesis de especialidad médica) Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Ciudad de México.

Olney, J. & Farber, N. (1995) Glutamate receptor dysfunction and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, **52**: 998-1007.

Otto, R. (1917) *Lo santo: lo racional y lo irracional en la idea de Dios*. Madrid: Editorial Alianza.

Pargament, K.I, Koenig, H.G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2004) Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*. 9(6): 713-730.

Parnas, J. A. (2011) Disappearing Core: The Clinical Core of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(6): 1121-1130.

Parnas, J.A. & Bovet, P. (1991) Autism in schizophrenia revisited. *Comprehensive Psychiatry*. 32(1): 7-21.

Perner, J & Lang, B. (1999) Development of theory of mind and executive control. *Trends in Cognitive Sciences* 3(9): 337-344.

Perry, A. & Shamay-Tsoory, S. (2013) Understanding emotional and cognitive empathy: A neuropsychological perspective. En Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H. & Lombardo, M. *Understanding other minds: Perspectives from developmental and social neuroscience*. (pp 178-179) Oxford, UK: Oxford University Press.

Pineda, J. (2005) The functional significance of mu rhythms: translating "seeing" and "hearin" into "doing". *Brain Research and Brain Research Reviews*, 50(1): 57-68.

Preston, S. & DeWaal, F.B. (2002) Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences.*, 25(1): 1-20.

Rivera-Ledesma, A. & Montero-López, M. (2007) Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 30(1): 39-47.

Robles-García, R., López-Luna, S., Páez, F., Escamilla, R., Camarena, B. & Fresán, A. (2014) History of religious delusions and psychosocial functioning among Mexican patients with paranoid schizophrenia. *Journal of Religion and Health*, 53: 1622-1633.

Ross, C, Margolis, R.L., Readin, S.A. & Cloyle, J.T. (2006) Neurobiology of schizophrenia. *Neuron*, 52(1): 139-153.

Sadock, B y Sadock, V. (2009) *Kaplan & Sadock: Sinopsis de Psiquiatría* (10ª ed). España: Wolters Kluwer Health. pp 467-498.

Sass, L.A & Parnas, J.A. (2003) Schizophrenia, Consciousness, and the Self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3).

Schneider, K. (1974) Primary and secondary symptoms in schizophrenia. En Hirsch, S. & Shepard, M. *Themes and Variations in European Psychiatry*. (pp 40-46). Bristol, UK: John Wright.

Shafranske, E.P. (1996) *Religion and clinical practice of psychology*. Washington, D.C: American Psychological Association.

Shamay-Tsoory, S., Harari, H, Aharon-Peretz, J & Levkovitz, J. (2010) The role of the orbitofrontal cortex in affective theory of mind deficits in criminal offenders with psychopathic tendencies. *Cortex*, 46(5): 668-677.

Singer. T & Lamm, C. (2009) The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156: 81-96.

Spilka, B. (1993) Spirituality: Problems and directions in operationalizing a fuzzy concept. En *Meeting of the American Psychological Association*. Simposio llevado a cabo en Toronto, Ontario.

Stanghellini, G. (2000) Vulnerability to schizophrenia and lack of common sense. *Schizophrenia Bulletin*. 26(4): 775-787.

Tandon, R., Keshavan, M.S. & Nasrallah, H.A. (2008) Schizophrenia, "Just the Facts" "What we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research*. 102: 1-18.

Tandon, R., Nasrallah, H.A. & Keshavan, M.S. (2009) Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, 110: 1-23.

Tandon, R., Nasrallah, H.A. & Keshavan, M.S. (2010) Schizophrenia, "Just the Facts" 5. Treatment and prevention Past, present and future. *Schizophrenia Research*. 122: 1-23.

Tsuang M. & Stone, W. (2001) Genes, environment and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 178(40): S18-S24.

Turner, R.P, Lukoff, D., Barnhouse, R.T. & Lu ,F.G. (1995) Religious or spiritual problem: A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 183: 435-444.

Van Overwalle, F. & Baetens, K. (2009) Understanding others' actions and goals by mirror and mentalizing systems: a meta-analysis. *NeuroImage*. 48(3): 564-584.

Verdoux, H., Geddes, J.R., Takei, N., Lawrie, S.M., y otros. (1997) Obstetric complications and age at onset in schizophrenia: An international collaborative meta-analysis of individual patient data. *American Journal of Psychiatry*, 154: 1220-1227.

Walker E., Grimmes, K.E., Davis, D.M. & Smith, A.J. (1993) Childhood precursors of schizophrenia: facial expressions of emotion. *American Journal of Psychiatry*. 150(11): 1654-1660.

Weinberger, D., Egan, M.F., Bertolino, A., Callicott, J.H., y otros. (2001) Prefrontal neurons and the genetics of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 50: 825-844.

Wimmer, H. & Perner, J. (1983) Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13(1): 103-

World Health Organization. (1992) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneva: World Health Organization.

World Medical Association. (2015) World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*. 27;310 (20); 2191-4.

Zaki J. & Ochsner, K. (2007) Different circuits for different pain: patterns of functional connectivity reveal distinct networks for processing pain in self and others. *Social Neuroscience*. 2: 276-291.

Zaki J & Ochsner, K. (2013) Neural sources of empathy: An evolving story. En Baron-Cohen, S., Tager-Flusber, H. & Lombardo, M. *Understanding other minds: Perspectives from developmental and social neuroscience*. (pp 214-232) UK: Oxford University Press.

Zinnbauer, B.J. (1997) *Capturing the meanings of religiousness and spirituality: One way down from a definitional Tower of Babel*. Ohio: Bowling Green State University.

Zinnbauer, B.J., Pargament, K.I. & Scott, A.B. (1999) The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. *Journal of Personality*. 67: 889-919.

15. ANEXO I

EMPATÍA, ESPIRITUALIDAD Y MEDIDAS DE AFRONTAMIENTO RELIGIOSO: ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y CONTROLES

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Código para el estudio: _____

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, el cual requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Programa a Efectuar

El objetivo es estudiar por medio de entrevistas y escalas a personas que tienen el diagnóstico de Esquizofrenia, y que son tratadas en la Clínica de Esquizofrenia del INPRFM; así como a personas que no cuentan con diagnóstico o tratamiento psiquiátrico. Lo que buscamos en este estudio es estudiar la asociación que pueda existir entre los niveles de empatía, de espiritualidad y de medidas de afrontamiento religioso en personas con Esquizofrenia, y compararlo con la asociación de estas mismas variables en personas sin diagnóstico ni tratamiento psiquiátrico (controles).

Para poder realizar este estudio, requerimos de la cooperación de personas que participen como pacientes y de las personas que participen como controles. Para el diagnóstico y evaluación de los participantes se utilizará la entrevista médica y aplicación de escalas.

Plan del Programa

Las personas que acepten participar en este estudio serán entrevistadas por el psiquiatra responsable del proyecto, quien procederá a contestar una escala diseñada para evaluar la gravedad sintomática del participante. Una vez terminada esta evaluación, se le pedirá contestar 3 cuestionarios: el primero, dirigido a evaluar su nivel de empatía; el segundo, para evaluar las medidas de afrontamiento religioso que emplea en su vida diaria; y el tercero, para evaluar el tipo de relación que establece con la deidad cuya creencia profesa. La duración de esta evaluación y el llenado de las escalas tendrá una duración aproximada de 60 minutos.

Consignas a Seguir

- 1.- Se pedirá la cooperación del participante para realizar las entrevistas y llenar los cuestionarios.
- 2.- La entrevista será sin cargo económico alguno.
- 3.- La participación en este estudio es voluntaria y previa consulta con los investigadores asignados, el participante podrá retirarse en el momento que lo desee sin inconvenientes para su futuro tratamiento.

Beneficios Posibles

- 1.- Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor la naturaleza de la enfermedad, lo que pensamos puede influir favorablemente en el manejo de este padecimiento.
- 2.- Usted podrá discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen.
- 3.- Usted podrá conocer sus niveles de afrontamiento religioso, espiritualidad y empatía.

Riesgos posibles

- 1.- Este es un estudio de riesgo mínimo, siendo posible que, durante la aplicación de las escalas utilizadas en el proyecto, usted presente algún malestar asociado al llenado de las mismas.
- 2.- En caso de que esto sucediera, se le ofrecerá contención verbal y, de ser necesario, se le dará consulta en el servicio de APC del INPRFM. Los costos adicionales generados por estas medidas serán proporcionados por usted.

Confidencialidad

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

Disposiciones Generales

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con el responsable del proyecto, Dr. Heroldo Palomares Guzmán al 41-60-53-30 o al 41-60-53-23, durante horas regulares de trabajo.

Carta de Consentimiento

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

- **Contacto**

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar al Dr. Heroldo Palomares Guzmán al teléfono 41-60-53-30 o al 41-60-53-23

_____	_____
Firma del Participante	Fecha

Nombre del Participante	
_____	_____
Firma del Familiar o Representante legal	Fecha

Nombre del Familiar o Representante legal	
_____	_____
Firma del Testigo	Fecha

Nombre del Testigo	
_____	_____
Firma del Investigador	Fecha

Nombre del Investigador	

EMPATÍA, ESPIRITUALIDAD Y MEDIDAS DE AFRONTAMIENTO RELIGIOSO: ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y CONTROLES

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA GRUPO CONTROL

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Código para el estudio: _____

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, el cual requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Programa a Efectuar

El objetivo es estudiar por medio de entrevistas y escalas a personas que tienen el diagnóstico de Esquizofrenia, y que son tratados en la Clínica de Esquizofrenia del INPRFM; así como a personas que no cuentan con diagnóstico o tratamiento psiquiátrico. Lo que buscamos en este estudio es estudiar la asociación que pueda existir entre los niveles de empatía, de espiritualidad y de medidas de afrontamiento religioso en personas con Esquizofrenia (participantes), y compararlo con la asociación de las mismas variables en personas sin diagnóstico ni tratamiento psiquiátrico (controles).

Para poder realizar este estudio, requerimos de la cooperación de personas que participen como pacientes y de las personas que participen como controles. Para el diagnóstico y evaluación de los participantes se utilizará la entrevista médica y aplicación de escalas.

Plan del Programa

Las personas que acepten participar en este estudio serán invitadas a contestar 3 cuestionarios: el primero, dirigido a evaluar su nivel de empatía; el segundo, para evaluar las medidas de afrontamiento religioso que emplea en su vida diaria; y el tercero, para evaluar el tipo de relación que establece con la deidad cuya creencia profesa. La duración de esta evaluación y el llenado de las escalas tendrá una duración aproximada de 30 minutos.

Consignas a Seguir

- 1.- Se pedirá la cooperación del participante para llenar los cuestionarios.
- 2.- La participación será sin cargo económico alguno.
- 3.- La participación en este estudio es voluntaria y previa consulta con los investigadores asignados, el participante podrá retirarse en el momento que lo desee sin inconvenientes para su futuro tratamiento.

Beneficios Posibles

- 1.- Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor la naturaleza de la esquizofrenia, lo que pensamos puede influir favorablemente en el manejo de este padecimiento.
- 2.- Usted podrá discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen.
- 3.- Usted podrá conocer sus niveles de afrontamiento religioso, espiritualidad y empatía.

Riesgos posibles

- 1.- Este es un estudio de riesgo mínimo, siendo posible que, durante la aplicación de las escalas utilizadas en el proyecto, usted presente algún malestar asociado al llenado de las mismas.
- 2.- En caso de que esto sucediera, se le ofrecerá contención verbal y, de ser necesario, se le dará consulta en el servicio de APC del INPRFM. Los costos adicionales generados por estas medidas serán proporcionados por usted.

Confidencialidad

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

Disposiciones Generales

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con el responsable del proyecto, Dr. Heroldo Palomares Guzmán al 41-60-53-30 o al 41-60-53-23, durante horas regulares de trabajo.

Carta de Consentimiento

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

- **Contacto**

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar al Dr. Heroldo Palomares Guzmán al teléfono 41-60-53-30 o al 41-60-53-23

_____	_____
Firma del Participante	Fecha

Nombre del Participante	
_____	_____
Firma del Familiar o Representante legal	Fecha

Nombre del Familiar o Representante legal	
_____	_____
Firma del Testigo	Fecha

Nombre del Testigo	
_____	_____
Firma del Investigador	Fecha

Nombre del Investigador	