



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

## HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN  
HERMANOS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE  
ESQUIZOFRENIA EN LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL  
PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

### TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN

### PSIQUIATRIA

PRESENTA

***DRA. AZUCENA ESBETLANA TOVILLA LÓPEZ***

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. FÉLIX ARMANDO AMBROSIO GALLARDO.

ASESOR TEÓRICO: DR. FERNANDO LÓPEZ MUNGUIA.



MEXICO, D.F.

2010



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

	<b>Pág.</b>
I. Introducción.....	1
II. Marco Teórico.....	2
III. Antecedentes.....	11
IV. Justificación.....	12
V. Planteamiento de Problema.....	13
VI. Pregunta de Investigación.....	13
VII. Objetivos.....	13
VIII. Hipótesis.....	13
IX. Metodología.....	13
X. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación,.....	14
XI. Procedimientos.....	14
XII. Resultados.....	17
XIII. Discusión y Conclusiones.....	22
XIV. Anexos.....	23
XV. Bibliografía.....	33

**Vo.Bo. DR. FÉLIX ARMANDO AMBROSIO GALLARDO.**

**Médico Adscrito a Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”**

**Asesor Metodológico**

---

**Vo.Bo. DR. FERNANDO LÓPEZ MUNGUIA.**

**Médico Adscrito a Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”**

**Asesor Teórico**

---

## **AGRADECIMIENTOS**

**A mi abue:** *En donde quiera que estes, mil gracias por tu amor, tu ternura y la fortaleza que me han hecho ser la mujer que soy.*

**A mi mami:** *Por darme la vida, ayudarme a crecer, madurar, desarrollarme en todos los ámbitos de la vida. Le doy gracias a la vida por darme la oportunidad de ser tu hija. Te quiero mami.*

**A Saúl:** *Por ser mi compañero, mi amigo, mi esposo, y el amor de mi vida. Te amo por siempre.*

**A mis hermanos:** *Athala y Pepe por ser mis compañeros de vida, mis amigos, mis confidentes y ser la mejor herencia que me dio la vida.*

**A mi tía Miña:** *Por su apoyo, comprensión, amor y enseñanzas. Gracias por siempre estar conmigo .*

**A mis sobrinos Emilio y Karla:** *Gracias por existir y darme mucha alegría, momentos inigualables, así como las ganas de ser cada día mejor.*

**A Hugo:** *Por esa gran amistad, que sé que durará toda la eternidad. Te adoro gordo.*

**A Héctor:** *Por darme la oportunidad de conocerte, de ser tu amiga, y de darme cuenta que la palabra amistad aún tiene nombre. Mil gracias por tu compañía, comprensión y tolerancia.*

**A mis amigos Alicia, Magda y César:** *Gracias por acompañarme en el camino de este gran sueño y aventura que es la Psiquiatría. Los quiero.*

## I. INTRODUCCIÓN

La esquizotaxia es la predisposición genética a la esquizofrenia, conceptualizada como defectos integrativos neurales no expresados.

La esquizotaxia podía llevar en la mayoría de los casos a esquizotipia o esquizofrenia o no desencadenar en ninguna de ellas, dependiendo de los factores ambientales a que se viera expuesto el individuo.

Existen anormalidades del desarrollo neurológico cerebral, se genera por una predisposición genética a la cual se suman noxas tempranas y luego otros elementos de origen ambiental, lo que determinaría el inicio de la psicosis esquizofrénica. Posteriormente, el mismo proceso de la enfermedad psicótica actuaría como un factor agravante y se generaría un círculo vicioso que conduciría a la Esquizofrenia crónica y a la neurodegeneración.

El componente genético trae como consecuencia desórdenes en el ingreso y elaboración de la información, y desorganización conceptual. Estas distorsiones o dificultades de cognición llevarán a la persona a presentar las peculiaridades de la personalidad esquizotípica, esquizoide o paranoide.

Un defecto en el funcionamiento cognitivo-conceptual tiene como consecuencia procesamiento del ingreso y la elaboración de la información negativas en la constitución de la personalidad. Las experiencias inusuales espontáneas de las personas con trastorno esquizotípico serán determinantes en el desarrollo del individuo, en cómo perciba y procese toda la información que el ambiente le proporcione

No sería de extrañar, entonces, que estos individuos tengan problemas en las relaciones con sus padres. no es producto de experiencias infantiles desagradables (como el mal cuidado, mala alimentación, mal control de esfínteres), sino más bien es este trastorno el que repercute en las relaciones familiares anormales. Estas relaciones anómalas entre el sujeto con trastorno de personalidad y las demás personas, debido a la mala interpretación que este hace de lo que los otros dicen y hacen, conlleva a que la persona actúe luego con suspicacia, tenga ideas paranoides y no posea relaciones íntimas con nadie. Por otro lado, si la persona está hasta cierto punto aislada, llevará a que este no asimile de forma adecuada las normas sociales, y por tanto muestre por un lado un comportamiento y apariencia extraña o excéntrica, y que por otro lado muestren un afecto inadecuado, frío y constreñido.

## II. MARCO TEÓRICO

### ESQUIZOFRENIA

**HISTORIA:** Emil Krapelin (1856-1926) y Eugen Bleuler (1857-1939), habían aplicado el término de *démence précoce* (demencia precoz) a los pacientes deteriorados cuya enfermedad empezaba en la adolescencia; Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) había descrito los síntomas de catatonía; y Ewald Hacker (1843-1909) había descrito sobre el comportamiento excéntrico de los pacientes con hebefrenia.

Eugen Bleuler acuñó el término de esquizofrenia, que reemplazó a *dementia praecox*, identificó síntomas fundamentales específicos de la esquizofrenia para elaborar su teoría acerca de las escisiones mentales internas de los pacientes. Estos síntomas eran alteraciones asociativas, en especial disgregación, alteraciones afectivas, autismo y ambivalencia, resumidas como las 4 "A". También identificó síntomas accesorios que eran los que observaba como principales indicadores de *dementia praecox*: alucinaciones e ideas delirantes.

Kretschmer compiló datos para avalar la idea de que la esquizofrenia era más frecuente, en personas con hábito corporal asténico, atlético o displásico más que pícnico.

Langfeldt clasificaba a los pacientes en esquizofrenia verdadera y psicosis tipo esquizofrenia, destaca varios factores: comienzo insidioso, sentimientos de desrealización y despersonalización, autismo y embotamiento.

Schneider describe los síntomas de primer orden. Jaspers estaba interesado en la fenomenología de la enfermedad mental y los sentimientos subjetivos en la fenomenología de la enfermedad mental y los sentimientos subjetivos de los enfermos mentales.(1)

### EPIDEMIOLOGÍA:

La esquizofrenia que afecta aproximadamente al 1% de la población suele comenzar antes los 25 años, persiste durante toda la vida y afecta a personas de todas las clases sociales.

De acuerdo a estudios realizados por la OMS se estima que 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos; en América Latina y el Caribe.

En un análisis realizado por la OMS en 1996, sobre el diagnóstico situacional en salud mental, se detectó que cinco de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a trastornos mentales. El impacto de la depresión sobre los AVAD representa 17% del total de la población afectada por problemas mentales, seguido de las lesiones auto infringidas con 16%,

enfermedad de Alzheimer y demencias con 13%, la dependencia al alcohol representa 12%, la epilepsia con 9%, psicosis con 7%, farmacodependencia y estrés postraumático con 5% cada uno y 16% corresponde a otros padecimientos.

El estudio transnacional sobre la prevalencia de los trastornos mentales que realizó el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica (ICPE) presenta una gran variación en la prevalencia de los trastornos.

En la República Mexicana, a través de diversos estudios epidemiológicos, se ha tratado de dimensionar la magnitud de los trastornos mentales y del comportamiento que permiten conocer con relativa certeza las características del problema. Dentro de las encuestas nacionales de salud mental se cuenta con la que aplicaron conjuntamente la Secretaría de Educación Pública, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVEA) y el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID).

Se estima que la prevalencia de la esquizofrenia es de 1% en la población mayor de 15 años, lo que representaría 45 millones de personas en el mundo que padecen esquizofrenia. En México la prevalencia de la esquizofrenia es de 0.7%, lo que coincide con los reportes recientes de la OMS sobre este padecimiento en el mundo, por lo que en nuestro país hay medio millón de esquizofrénicos; esta cifra no incluye a individuos de riesgo para desarrollar el padecimiento. Es un trastorno psiquiátrico severo que se inicia, en más de 70% de los casos, en la adolescencia y en el adulto joven.

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica crónica, controlable en la mayoría de los casos, más no curable, cuya detección temprana y atención oportuna repercute significativamente en el impacto que el padecimiento genera al paciente y su sociedad. Se caracteriza por alteraciones del pensamiento, de la sensopercepción, del afecto y de la conducta, principalmente. Se trata de un padecimiento crónico que puede producir un grado de discapacidad en 80% de los afectados, si no son detectados y atendidos oportunamente. Los costos que produce a la sociedad son muy importantes, de hecho en Estados Unidos se calcula un gasto de 65 mil millones de dólares anuales por concepto de esta enfermedad. (2)

La Asociación Americana de Psiquiatría define la esquizofrenia como una mezcla de signos y síntomas peculiares que a lo menos se presentan durante un mes y con algunos signos del trastorno que han persistido durante 6 meses. Los síntomas y signos se asocian a una marcada disfunción social y laboral. Estas alteraciones no son explicables por un trastorno psicoafectivo o del ánimo con síntomas psicóticos y no es derivada por alguna sustancia o enfermedad médica.

Según la APA, los síntomas más característicos de la esquizofrenia implican muchas disfunciones cognoscitivas y emocionales tales como; la atención,

percepción, afectividad, capacidad hedónica, voluntad, motivación, pensamiento inferencial, el habla, el lenguaje, productividad del pensamiento, la organización comportamental y la comunicación. Se menciona (APA) que ningún síntoma aislado es evidencia del trastorno descrito como esquizofrenia sino que es el conjunto de síntomas los que componen la alteración.

La APA afirma que los síntomas se dividen como positivos y negativos, siendo los positivos los que reflejan un exceso o distorsión de las funciones normales y los negativos por ende, la pérdida o disminución de éstas. Los síntomas positivos y negativos tienen que estar presentes a lo menos por un mes y presentarse simultáneamente por lo menos dos de cada uno. Lo importante para la investigación, es que la esquizofrenia posee síntomas y trastornos asociados que deben ser destacados porque afectan de forma directa al entorno social y laboral.

- El sujeto con esquizofrenia puede presentar afecto inapropiado, es decir; puede presentar risa o expresión facial alegre en ausencia de estímulos apropiados, develando una de las características de tipo desorganizado.

- La anhedonia, que quiere decir una pérdida de la capacidad del sujeto para sentir placer.

- El humor disfórico, que puede tomar la forma de depresión, ansiedad o ira.

- Puede existir trastorno del sueño.

- El sujeto puede mostrar falta de interés por las comidas, a consecuencia de sus ideas delirantes.

- Las actividades cognitivas están claramente alteradas, por lo que al sujeto le cuesta poner atención, confuso y desorientado, presentando algunas veces un deterioro de la memoria durante la presencia de síntomas activos o negativos muy graves.

- La falta de conciencia de la enfermedad es ordinaria y predice una mala evolución por que predice al sujeto al incumplimiento del tratamiento.(3)

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales contiene en la actualidad cinco tipos de esquizofrenia y la CIE describe siete. Éstos son:

1. Tipo paranoide: predominan los sentimientos de persecución, delirio de grandeza y alucinaciones auditivas delirios el DSM exige que no haya desorganización en el lenguaje ni afectividad inapropiada o plana
2. Tipo desorganizado o hebefrénica: predomina el discurso y comportamiento desorganizado sin ningún propósito, así como una afectividad inapropiada o plana.
3. Tipo catatónica: con importantes alteraciones psicomotoras tales como la flexibilidad cética (como muñeco de cera); puede llegar hasta el estupor catatónico, conllevando a una incapacidad para cuidar de sus necesidades personales.

4. Tipo indiferenciado: hay síntomas psicóticos, pero no cumplen criterios para los tipos paranoide, desorganizado ó catatónico.
5. Tipo residual: donde los síntomas positivos están presentes tan sólo a baja intensidad. (1,4)

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de Esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

- 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, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos
- 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, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor y
- H. Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social).
- I. Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
- J. Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos.(4)

### **Pautas para el diagnóstico**

El requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo

de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro o síntomas de por lo menos dos de los

grupos referidos entre el cinco y el ocho hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

La forma de evolución de los trastornos esquizofrénicos se clasificará según las siguientes categorías de cinco caracteres:

F20x.0 continúa

F20x.1 episódica con defecto progresivo

F20x.2 episódica con defecto estable

F20x.3 episódica con remisiones completas

F20x.4 remisión incompleta

F20x.5 remisión completa

F20x.8 otra forma de evolución

F20x.9 período de observación menor de un año

### **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

Es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto. Los trastornos de la personalidad incluidos en el DSM IV TR se exponen a continuación.

El trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.

El trastorno esquizoide de la personalidad es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.

El trastorno esquizotípico de la personalidad es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.

El trastorno antisocial de la personalidad es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.

El trastorno límite de la personalidad es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.

El trastorno histriónico de la personalidad es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.

El trastorno narcisista de la personalidad es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

El trastorno de la personalidad por evitación es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.

El trastorno de la personalidad por dependencia es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

El trastorno de la personalidad no especificado es una categoría disponible para dos casos:

1) el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad y hay características de varios trastornos de la personalidad diferentes, pero no se cumplen los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad; o 2) el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad, pero se considera que el individuo tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación (p. ej., el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad).

Los trastornos de la personalidad están reunidos en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características. El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos. El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables. El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos. (1,4).

### ***Características diagnósticas***

Los *rasgos de personalidad* son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.(5)

La característica principal de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas:

**A.** Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)

2. afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)

3. actividad interpersonal.

4. control de los impulsos.

**B.** Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

**C.** Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D.** El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

**E.** El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

**F.** El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

## **ESQUIZOTAXIA**

La asociación genética entre la esquizofrenia y el trastorno esquizotípico de la personalidad es en la actualidad indudable. Prácticamente todos los estudios de que se disponen han encontrado más trastornos esquizotípicos en familiares de esquizofrénicos que en controles. Los familiares de esquizofrénicos tienen un alto riesgo de presentar trastornos esquizotípicos de la personalidad, de forma estadísticamente significativa y con prevalencia que varían desde el 2 hasta el 15%.<sup>(6)</sup>

El modelo del neurodesarrollo, predice que en algún momento crítico del neurodesarrollo se producen alteraciones específicas de la maduración de ciertas estructuras cerebrales que más tarde se manifiestan en la clínica esquizofrénica.

Las diferencias individuales en las anomalías cerebrales, para producir esquizofrenia, están presentes, pero solo producen los síntomas esquizofrénicos después de los cambios en el desarrollo normal cerebral.<sup>(7)</sup>

Los estudios de familia, de adopción, de gemelos y de sujetos de riesgo elevado han proporcionado la evidencia del componente genético que posee la esquizofrenia. La esquizofrenia, a un nivel molecular, resulta heterogénea, así como también es heterogénea en su manifestación clínica.<sup>(8)</sup>

El riesgo de padecer esquizofrenia, es significativamente más alto en los familiares con algún miembro esquizofrénico que en la población general. Los hermanos de los esquizofrénicos tienen un riesgo más de 10 veces más alto que la población general y el riesgo para los hijos con un padre esquizofrénico es de 13 veces más alto, y con ambos padres afectados 45 veces más alto en la población general.(9)

Se han realizado estudios que se han centrado no solo en el, riesgo para la esquizofrenia en familiares de personas afectadas por la enfermedad, si no también, en el riesgo de padecer otros trastornos psiquiátricos, “los llamados trastornos del espectro esquizofrénico”(9)

La esquizotaxia es un conjunto de rasgos psiquiátricos y neurobiológicos característicos que tienden a transmitirse en forma de una predisposición genética, en ocasiones no expresada, de la esquizofrenia. La herencia que predispone a los trastornos del espectro esquizofrénico, es poligénico de penetrancia variable. Clínicamente se manifiesta fundamentalmente mediante síntomas negativos, incluso en ausencia de síntomas positivos o diagnóstico de psicosis y presenta alteraciones en marcadores biológicos y neurobiológicos similares a los encontrados en la esquizofrenia, aunque atenuados.(10)

Se ha reformulado el término esquizotaxia, introducido originalmente por Meehl, (Meehl, 1962) para designar a una entidad clínicamente significativa, caracterizada por la presencia de déficits cognitivos, junto a alteraciones psicopatológicas y conductuales en parientes de personas con esquizofrenia, y cuya expresión variable, depende de la concurrencia de un origen poligénico y diversos factores ambientales.(8,10)

Sin embargo aunque múltiples estudios de agregación familiar han encontrado relación entre el trastorno esquizotípico de la personalidad y la esquizofrenia, otros tantos no han replicado estos hallazgos.(11).

Diversos estudios han demostrado que algunas dimensiones de la personalidad tienen un marcado componente hereditario. Así pues, los gemelos homocigóticos tienen correlaciones más altas en escalas del MMPI que los visigóticos. Siendo el trastorno esquizotípico un trastorno de personalidad, este no excluye esos componentes genéticos en su etiología. Por ejemplo, en un estudio Danés sobre niños adoptados, encontró que la prevalencia de los trastornos esquizotípicos y paranoides eran mayores en niños con familiares biológicos esquizofrénicos pero no en adoptados por esquizofrénicos. Esto sugiere el papel dominante de la transmisión genética.(12)

Otros autores aseguran que existe un defecto neural genético en los esquizotípicos. A este defecto le han llamado Esquizotaxia . Esta anomalía es muy similar a la de los pacientes esquizofrénicos en su etapa negativa, en los que existe déficits cognoscitivos y neuropsicológicos. Donnoli cree la constitución de una personalidad esquizotípica y la vulnerabilidad para la exacerbación patológica de sus rasgos, podría resultar como producto de un defecto original en el desarrollo individual, pre y/o postnatal. Los mecanismos propuestos son variados: vulnerabilidad genética, infecciones virales en el

útero, etc. Cree que estos problemas podrían llevar a que se desarrollaran anomalías en los circuitos neurales córtico-subcorticales. Sostiene la hipótesis que “existe un defecto en la neurotransmisión glutamérgica, o un descenso del tono inhibitorio gabaérgico (fundamental en la selección y filtrado de la información) en determinadas áreas corticales”. Hay que señalar que la hipótesis principal de Donnoli es que estas anomalías constituyen la base para el funcionamiento cognitivo-perceptual defectuoso, muy típico en los.(12,13).

Se ha señalado anteriormente que los son muy similares en algunos problemas biológicos a los esquizofrénicos. ¿En qué se distinguen? Es una cuestión que aun no ha sido resuelta. Sin embargo hay estudios pioneros, como por ejemplo el de Hazlett y Cols , quienes encontraron que los pacientes esquizofrénicos “presentan modificaciones en la forma y metabolismo de los núcleos medio dorsal y anterior al tálamo, que están conectados con el sistema límbico, mientras que, los pacientes con trastorno esquizotípico presentan alteraciones en el contorno pero no en su metabolismo”

De esta forma podemos ver que, aunque no existe certeza de cuáles genes están implicados en el apareamiento del trastorno esquizotípico, ni qué mecanismos biológicos están a la base, existen algunas hipótesis que estiman que los factores biológicos sí están implicados, y apuntan a estos son similares a los de la esquizofrenia, especialmente en su etapa residual.(14)

Anteriormente se menciona que la hipótesis principal de es que a la base del trastorno esquizotípico se encuentra un defecto cognitivo básico. Para ellos las personas con trastorno esquizotípico:

- 1) Presentan desórdenes en el ingreso y elaboración de la información: Tienen tendencia a experiencias perceptuales inusuales, ilusiones corporales, etc.
- 2) Tienen un proceso latente de desorganización conceptual y de conducta: Inclinación hacia los pensamientos vagos, circunstanciales, metafóricos y estereotipados; tendencia a la conducta extraña, excéntrica o peculiar.

Esta hipótesis está respaldada por Siever quien dice que “las peculiaridades vistas en el trastorno esquizotípico de la personalidad se derivan de distorsiones o dificultades de cognición”. Según Sue, estas personas parecen tener problemas para pensar y percibir”.(15)

Donnoli agrega que los pacientes con trastorno esquizotípico también presentan alteraciones en los procesos auditivo atencional y atencional visomotor. Por otro lado, afirman que poseen una escasa capacidad de reacción ante el estrés .(6)

El trastorno esquizotípico es producto de una anomalía en la neurotransmisión glutamérgica y un descenso del tono inhibitorio gabaérgico. Como consecuencia, la persona elabora e interpreta de manera errada la información del exterior. De esta forma la persona experimenta vivencias perceptuales

insólitas, elabora creencias extrañas, presenta pensamiento mágico, etc. experiencias que van conformando su personalidad. Al mismo tiempo esta persona interpreta de forma errada lo que otras personas hacen y dicen, repercutiendo de forma negativa en sus relaciones sociales. Las anomalías en estas relaciones llevarán a que la persona se aísle, sea suspicaz, y muestre afecto inadecuado y frío. Al final, esto influenciará la constitución de la personalidad y nuevamente se repetirá el ciclo. (6,16)

### **III. ANTECEDENTES.**

Se estudio la percepción de conducta materna, rasgos de personalidad pre mórbida y la relación entre ambos fueron investigados en pacientes esquizofrénicos y psicoafectivos y sus hermanos del mismo sexo sanos.

Se seleccionaron 36 esquizofrénicos y sus hermanos. Se utilizo el instrumento de enlace paterno, así como información de rasgos de personalidad pre-mórbida que se obtuvo de las madres usando el test 'Gießen-Test'.

Resultados:

Comparados a sus hermanos los pacientes mostraron menor resonancia social, mayor permeabilidad, menor competencia social y mayor depresión y ansiedad. Además los pacientes describieron que sus madres eran menos cariñosas y más sobre protectoras, que como las describieron sus hermanos. Pero hay una fuerte asociación entre la conducta de enlace afectivo materno y los rasgos de personalidad pre mórbida. Estos resultados fueron apoyados por diferencias significativas en el cuidado materno entre los pacientes y los hermanos cuando se usan las características pre mórbidas como covariantes

Los resultados sugieren que los rasgos de personalidad pre mórbida pueden ser considerados no solamente en análisis de conducta de cuidado materno en esquizofrenia, sino también en pacientes psicoafectivos pero también cuando se estudian otros padecimientos psiquiátricos.(23)

El estudio se aplicó en grupos étnicos diferentes de un área de captación en el oeste de Londres. Los asiáticos y blancos tenían similares tasas de esquizofrenia. Se estudiaron a 32 pacientes de raza blanca y 22 de raza asiática con Dx de Esquizofrenia. Hubo más similitudes que diferencias entre los dos grupos. Cuando se comparan con las conclusiones de estudios anteriores en la India, asiáticos de Londres, como sus contrapartes en India, fueron más como los blancos de Londres al presentar menor pérdida de apetito, volverse más religiosos y actuar como si escucharan voces. (17)

Se aplicó un método de análisis condicional de hermanos pares afectados con esquizofrenia. Examinando alelos compartidos idénticos por descendiente, a múltiple loca. El método produjo un estimado más refinado de la enfermedad

putativa localizada en el cromosoma 8p21, reduciendo la región de 18 cm en previos escaneos genómicos a aproximadamente 9.6 cm. Demostraron que los hermanos afectados comparten dos alelos IBD en el cromosoma 8p21 y un alelo IBD en el cromosoma región 14 difiere significativamente en síntomas clínicos de los hermanos que no comparten un afectamiento. 30 hermanos en el grupo que compartían alelos en los cromosomas 8 y 14; y 61 hermanos en el grupo en el cual no compartían alelos. Todos diagnosticados con esquizofrenia (18)

El estudio de desviación psicométrica en rasgos de personalidad evaluado por el inventario de Personalidad multifásica de Minnesota MMPI, fue comparada entre adoptados, de alto riesgo HR hijos de madres biológicas esquizofrénicas y controles de bajo riesgo. Se encontró que el grupo HR era claramente atípico basado en la desviación e los valores en las escalas HOS y HYP, indicando no respuesta emocional, afectividad restringida y energía deprimida, Estos también pueden ser considerados signos pre mórbidos y prodrómicos de esquizofrenia futura entre los adoptados de HR. 190 adoptados de madres esquizofrénicas con un grupo control de 192 adoptados con bajo riesgo. (19)

El propósito de este estudio fue relacionar rasgos de la personalidad psicoanalíticamente derivada para el diagnóstico descriptivo y la psicopatología en los desórdenes mentales severos. Los rasgos de personalidad fueron asegurados con el Perfil Psicodinámico Karolinska (KAPP) y comparados con los sectores de diagnóstico y síntomas derivados del BPRS. No hubo diferencias marcadas en rasgos de personalidad entre los tres grupos de diagnóstico, entre esquizofrenia y desórdenes afectivos o entre enfermedades psicóticas y no psicóticas. Sin embargo, los rasgos de personalidad tuvieron asociaciones significativas con los síntomas, especialmente con el sector de retarda miento emocional. 71 pacientes con esquizofrenia, desorden bipolar y depresión mayor severa (20)

#### **IV. JUSTIFICACIÓN**

Los trastornos de personalidad tienen una alta prevalencia dentro de las familias de pacientes esquizofrénicos, lo cual no siempre es diagnosticado de manera oportuna, por lo cual se han observado que existen familias completas en las cuales hay varios integrantes de la misma, que presentan disfuncionalidad de cualquier tipo. Por lo cual es de suma importancia diagnosticar de manera temprana dichos trastornos y así poder brindarles tratamiento oportuno.

## **V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Mediante este estudio se determinará la frecuencia de trastornos de la personalidad en hermanos de pacientes con Diagnóstico de Esquizofrenia.

## **VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Los hermanos de los pacientes con esquizofrenia, presentan con mayor frecuencia trastornos de personalidad que la población general?

## **VII. OBJETIVOS.**

**OBJETIVO GENERAL:** Determinar la frecuencia de trastornos de personalidad de hermanos de pacientes con Diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Detectar a los pacientes que tengan esquizofrenia, diagnosticada clínicamente, y por DSM IV
- Determinar si los hermanos de los pacientes esquizofrénicos presentan un trastorno de personalidad.
- Determinar si la frecuencia de alteraciones de personalidad es mayor en un sexo determinado.
- Detectar cual es el estado civil más frecuente de los hermanos de pacientes con esquizofrenia.
- Determinar la situación laboral de los hermanos de pacientes con esquizofrenia

## **VIII. HIPÓTESIS**

Los hermanos de los pacientes con esquizofrenia, presentan mayor frecuencia de trastornos de personalidad que la población general.

## **IX. METODOLOGÍA**

**TIPO DE ESTUDIO:** Transversal, observacional y descriptiva.

- **RECURSOS:** (físicos, humanos, económicos)

Instalaciones del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez  
Residente de Psiquiatría  
Recursos económicos: internos

## **X. CRITERIOS**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Hermanos de pacientes esquizofrénicos diagnosticados clínicamente y bajo los criterios del DSM IV tratados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Firmar el consentimiento informado
- Mayores de 18 años

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Menores de 18 años
- Que no pudieran o desearan colaborar en el estudio
- Que no fuera hijo de ambos padres

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

- Que se negaran a contestar SCID II
- Que se negaran a firmar el consentimiento informado

## **XI. PROCEDIMIENTO:**

Se identificarán pacientes diagnosticados con esquizofrenia clínicamente y de acuerdo a DSM IV, se invitara a los hermanos de dichos pacientes a participar en el estudio, de aceptarlo deberán firmar el consentimiento informado para así aplicar el SCID II. Se recabaran los datos obtenidos realizando la base de datos y realizar análisis estadístico.

### **Delimitación de espacio y tiempo:**

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Agosto 2009 a Marzo 2010.

## **CLINIMETRIA**

### **SCID (ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA PARA DIAGNÓSTICOS DEL EJE II)**

La SCID consta de dos tipos de entrevista: la SCID-VC (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Clinican Version*); a veces también denominada «SCID-I») y la SCID-II (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*).

El material de la SCID publicado en castellano consta de dos juegos, uno para la SCID-VC y otro para la SCID-II, cada uno de ellos con una guía del usuario, un cuaderno de aplicación y un cuaderno de puntuación.

La **SCID-II** evalúa los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV. El material de que consta y su aplicación y puntuación son bastante semejantes a los de la SCID-VC. La SCID-II va acompañada de un cuestionario de personalidad, autoadministrado por el propio paciente, que sirve para acortar el tiempo de entrevista requerido en la administración de la SCID-II.

#### **Desarrollo**

La SCID surgió al convertirse el DSM-III en un sistema de clasificación psicopatológica

Frecuentemente utilizado (1985). Su difusión general se produjo con el DSM-III-R

(1990). Posteriormente (1996) ha sido adaptada para ser utilizada con el DSMIV (1996).

Es esta última versión la que se ha traducido y adaptado en nuestro país.

#### **Características psicométricas**

Los índices de fiabilidad y de validez de la SCID-II varían grandemente según las muestras empleadas y los países en que se han realizado los estudios. En general,

La fiabilidad y la validez de la SCID-II son razonablemente elevadas si se utilizan entrevistadores bien entrenados y las muestras empleadas son amplias y variadas.

#### **Administración**

La aplicación de la SCID-VC se realiza en una o dos sesiones que, en total, suelen durar entre 45 y 90 minutos, según la complejidad del caso, la capacidad del paciente para expresarse y la habilidad del entrevistador. En algunos casos, la aplicación puede requerir varias sesiones. La aplicación de la SCID-VC y de la SCID-II requiere un buen conocimiento del DSM-IV, así como buenas habilidades de entrevistador.(24)

Esta entrevista recoge los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) para los trastornos de la personalidad A (esquizoide, esquizotípico y paranoide), del grupo B (antisocial, histriónico, límite y narcisista) y del grupo C (dependiente, depresivo, evitativo, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo).

El cuadernillo de autoaplicación consta de 120 ítems de respuesta dicotómica.

Este cuestionario tiene la función de identificar posibles casos, y de ahí que aquellos quienes muestren puntuaciones por encima de corte deban ser entrevistados por un clínico entrenado en la aplicación de la entrevista estructurada, para corroborar un probable diagnóstico.

No obstante, los individuos que no alcancen el umbral no serán sujetos de una evaluación o entrevista adicional, porque se parte de que los sujetos que no hayan respondido afirmativamente una pregunta en el cuestionario autodilucidado no lo harán en una entrevista formal cara a cara.

Es importante anotar que varias respuestas afirmativas en el cuestionario autoadministrado no se considerarán de importancia a juicio del clínico

evaluador y, por lo tanto, representarán el grupo de falsos positivos. No es posible conocer los falsos negativos. También es relevante que el instrumento sea de fácil aplicación y calificación de las características de la personalidad y que, además, refiriera una de las categorías diagnósticas más usadas en la práctica clínica en América Latina.

Adicionalmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la APA insisten en evaluar de manera integral a todos los usuarios de los servicios de salud, pues consideran que las características (y los trastornos) de personalidad son factores importantes que modifican el curso y el pronóstico de la mayoría de las condiciones físicas y trastornos mentales del eje I, que se observan en la práctica clínica diaria.

Hasta la fecha no se conocen publicaciones que muestren las propiedades psicométricas del cuestionario autoadministrado de la SCID-II en población alguna.

El cuestionario autoadministrado de la SCID-II presenta una buena consistencia interna para los trastornos de la personalidad antisocial, esquizotípico, evitativo, narcisista y paranoide. No obstante, es necesario evaluar otras propiedades psicométricas de confiabilidad de estas subescalas, como la reproducibilidad

prueba-reprueba y, en lo posible, la sensibilidad al cambio antes de considerar la validación de criterio de las subescalas con buena consistencia interna.(25)

La estrategia empleada representó una aproximación diseñada para evaluar y mejorar la eficiencia de diagnóstico de el SCID-II PD. Usando una muestra de 203 pacientes, evaluados con el SCID-II PD (basados en los criterios del DSM-IV PD), fueron evaluados con respecto a: a) validación convergente b) validación divergente; c) relación a rasgos de personalidad general y d) asociación con discapacidad funcional. Solamente los puntos de DP borderline fueron satisfactorios en los 4 criterios de evaluación. Los puntos de criterio PD Histriónico y obsesivo compulsivo coincidieron para validación convergente y divergente y relación a dimensiones de personalidad del Modelo de personalidad de factor 5 FFM, pero no fueron relacionados a disfunción funcional, sugiriendo que pueden ser considerados como trastornos. DP esquizo-típicos coincidieron en 3 de los cuatro criterios pero no mostraron relación con las dimensiones del FFM, sugiriendo que puede ser candidato para reasignación a Axis (28)

## XII. RESULTADOS

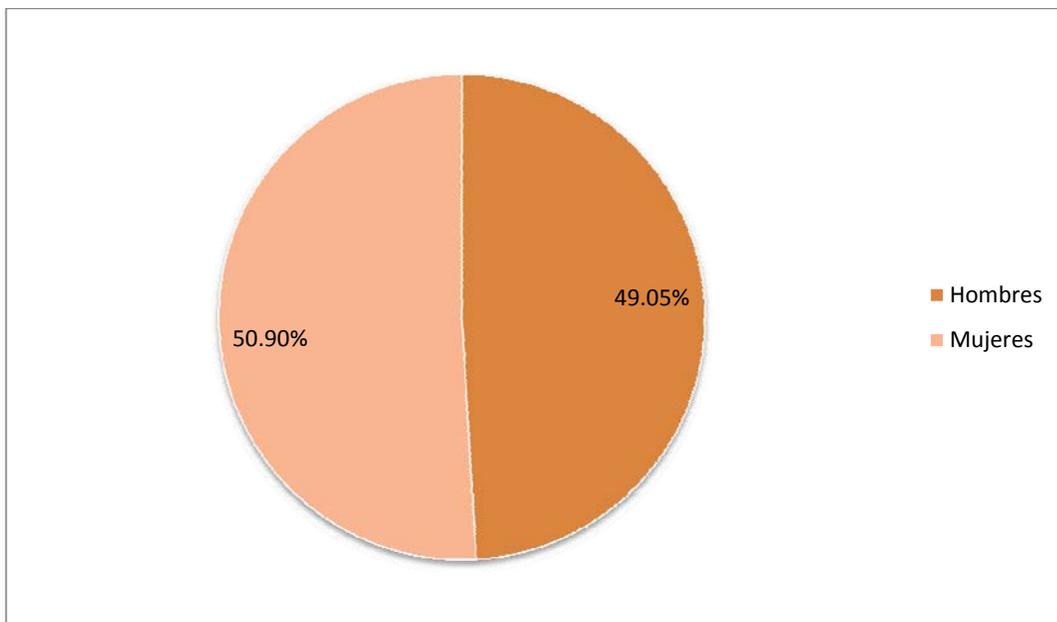
Se estudio un total de 32 familias caso, y 32 familias no caso, con un total de 92 cuestionarios (SICID II), de los cuales 53 corresponden a familia caso, y 38 de familia no caso.

En el grupo caso la edad promedio fue de 31.3, siendo 26 hombres (49.05%) y 27 mujeres (50.9%). La mayoría del grupo (81.13%) practican la religión católica, teniendo un nivel de estudio superior a bachillerato (71.69%). La mayoría de los individuos viven acompañados, ya sea con sus padres (41.5%), o con pareja e hijos (47.1%), realizando una actividad laboral 69.81%, estudiando el 15.09% y un 3.77% se encuentran desempleados. Todos son hermanos de esquizofrénicos. (cuadro 1)

Cuadro 1. Grupo de casos. Características demográficas

<b>Sexo</b>		
<b>Hombre</b>	<b>26</b>	<b>49.05%</b>
<b>Mujeres</b>	<b>27</b>	<b>50.9%</b>
<b>Estado Civil</b>		
<b>Solteros</b>	<b>26</b>	<b>49.05%</b>
<b>Casado</b>	<b>21</b>	<b>39.62%</b>
<b>Unión libre</b>	<b>4</b>	<b>7.54%</b>
<b>Viudo</b>	<b>2</b>	<b>3.77%</b>
<b>Religión</b>		
<b>Católica</b>	<b>43</b>	<b>81.13%</b>
<b>Sin religión</b>	<b>8</b>	<b>15.09%</b>
<b>Otra religión</b>	<b>2</b>	<b>3.77%</b>
<b>Escolaridad</b>		
<b>Primaria</b>	<b>2</b>	<b>3.77%</b>
<b>Secundaria</b>	<b>13</b>	<b>24.52%</b>
<b>Bachillerato</b>	<b>26</b>	<b>49.05%</b>
<b>Licenciatura</b>	<b>12</b>	<b>22.64%</b>
<b>Con quien vive</b>		
<b>Pareja e hijos</b>	<b>25</b>	<b>47.1%</b>
<b>Vive son sus padre</b>	<b>22</b>	<b>41.5%</b>

<b>Solo</b>	<b>2</b>	<b>3.77%</b>
<b>Otros</b>	<b>4</b>	<b>7.54%</b>
<b>Ocupación</b>		
<b>Estudiante</b>	<b>8</b>	<b>15.09%</b>
<b>Trabajan</b>	<b>37</b>	<b>69.81%</b>
<b>Hogar</b>	<b>6</b>	<b>11.32%</b>
<b>Desempleados</b>	<b>2</b>	<b>3.77%</b>

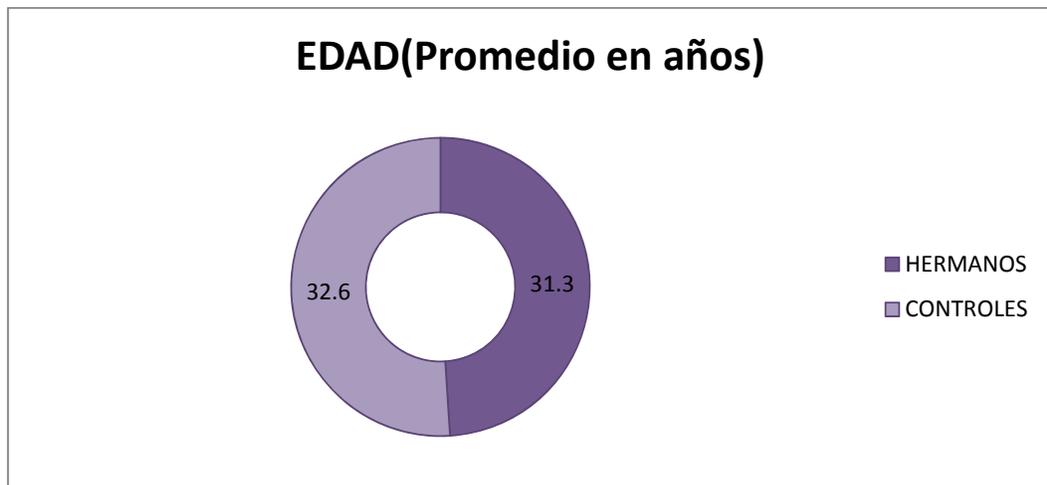
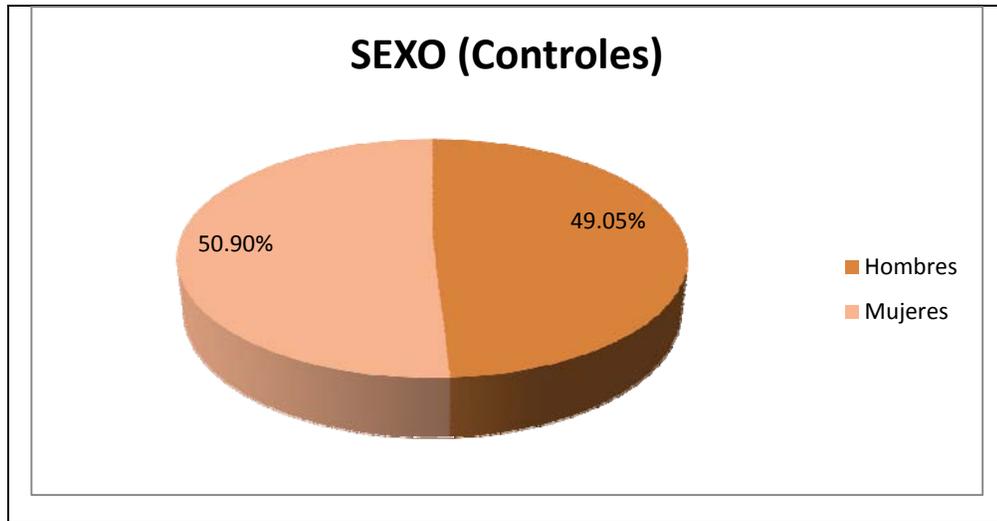


En el grupo no caso la edad promedio fue de  $32.6 \pm$ , con 15 hombres (39.5%) y 23 mujeres (60.5%). El 73.68% de los individuos no caso tenían una escolaridad de licenciatura y la mayoría pertenecían a la religión católica (84.21%), solo 5.26%, de los individuos se encontraban desempleados al momento del estudio y el resto trabajaban (89.47%) o estudiaban (2.63%) o se dedicaban al hogar 2.63%% ; viviendo la mayoría con sus padres (44.73) o con su pareja (34.21%). El 34.21% de los individuos estaban casados y el 67.7% estaban solteros. Cuadro 2.

Cuadro 2. Grupo no casos. Características demográficas.

Sexo		
Hombre	15	39.5%
Mujeres	23	60.5%
Estado Civil		
Solteros	25	65.7%
Casado	13	33.21%
Unión libre	0	0
Viudo	0	0
Religión		
Católica	32	84.21%
Sin religión	6	15.78%
Otra religión	0	0
Escolaridad		
Primaria	1	2.6%
Secundaria	0	0%
Bachillerato	6	15.78%
Licenciatura	28	73.68%
Con quien vive		
Pareja e hijos	13	34.21%
Vive son sus padres	17	44.23%
Solo	1	2.63%
Otros	7	18.42%
Ocupación		
Estudiante	1	2.63%
Trabajan	34	89.47%
Hogar	1	2.63%
Desempleados	2	5.26%

Grafica . Grupo no casos. Distribución según sexo.



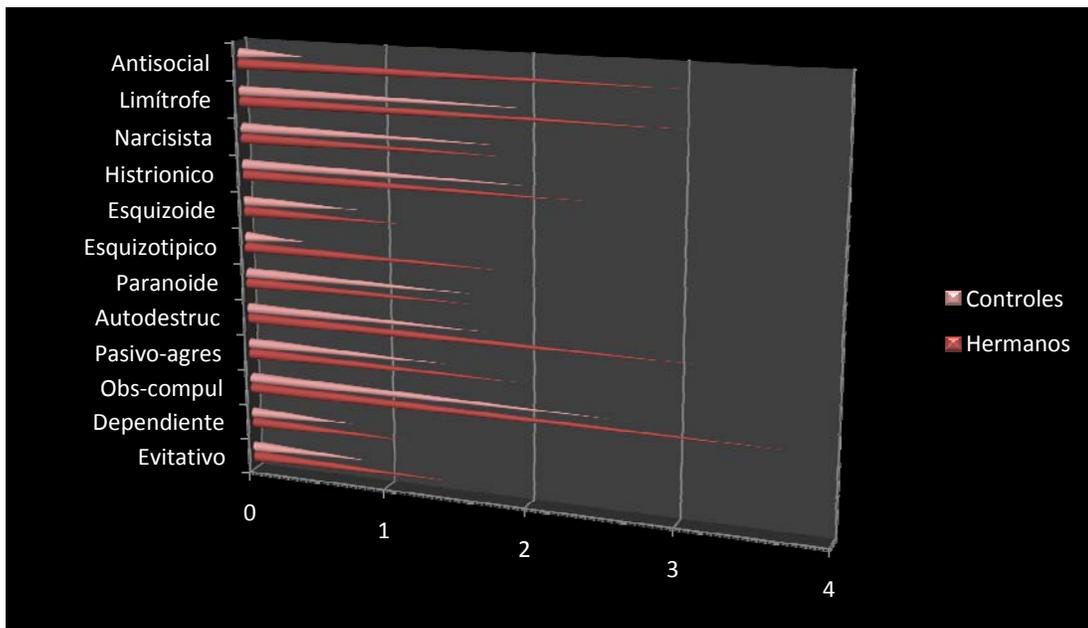
Cuadro 3. Edad promedio, grupo en grupos..

Las puntuaciones del SCID II para hermanos de esquizofrénicos fueron más altas que los de control. Siendo significativo para personalidad esquizotípica y con tendencia para personalidad antisocial y personalidad obsesivo-compulsiva. Los demás presentan diferencias similares pero sin significancia estadística.(ver tabla 3).

Tabla 3 Puntaje de subescalas de SCID de hermanos de esquizofrénicos y controles			
	Hermanos n= 53	Controles n=38	Chi cuadrada
Evitativo	1.43	.84	.534
Dependiente	1.13	.074	.811
Obs-compul	3.72	2.55	.070
Pasivo-agr	1.98	1.42	.863
Aut-destruc.	3.13	1.71	.125
Paranoide	1.62	1.61	.863
Esquizotípico	1.83	.42	.051*
Esquizoide	1.15	.84	.675
Histriónico	2.42	2.00	.534
Narcisista	1.85	1.79	.666
Limítrofe	3.04	2.05	.277
antisocial	1.09	.47	.083

\*Estadísticamente significativo

Relación de trastornos de personalidad de grupo control y grupo caso.



### **XIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

En cuanto a los datos sociodemográficos encontramos que en el grupo caso tienen estado civil soltero, lo cual es similar a los encontrados en estudios previos, esto por los síntomas negativos relacionados al espectro esquizotáxico.(9)

En la muestra hay predominancia, no muy significativa del sexo femenino, con religión católica en la mayoría de los pacientes. Escolaridad promedio de bachillerato.

Fue significativa la predominancia de los síntomas en todo el grupo, lo cual se acerca y asemeja lo ya estudiado en otras poblaciones (10). Se muestra que efectivamente los hermanos de los pacientes esquizofrénicos tienen más tendencia a padecer trastornos de la personalidad, que la población en general. Principalmente en el espectro esquizofrénico (esquizotípico, esquizoide).

Cabe señalar también la tendencia del grupo caso de presentar rasgos de personalidad obsesivo-compulsivo y autodestructivo.

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio, que corroboran lo estudiado previamente en la literatura consultada, (8,9,10,11,13), sería de suma importancia realizar este tipo de estudio, abarcando de preferencia a todos los hermanos de los pacientes esquizofrénicos, así como un mayor grupo control.

#### XIV. ANEXOS.

### SCID (ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA PARA DIAGNÓSTICOS DEL EJE II)

#### INSTRUCCIONES:

**Estas preguntas son acerca del tipo de personalidad que es usted generalmente, es decir cómo es que usted se ha sentido o comportado usualmente durante los últimos años. Para responder, encierre en un círculo "SI" o "NO". Si usted no entiende la pregunta, déjela en blanco.**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿Se siente usted más fácilmente herido(a) en sus sentimientos, en comparación con la mayoría de las personas, si alguien critica o desaprueba algo que usted dice o hace? | No | Si |
| 2. ¿Siente que no hay alguien, fuera de su familia inmediata, realmente cercana, gente en la que usted pueda confiar o hablar acerca de sus problemas personales?            | No | Si |
| 3. ¿Evita usted verse involucrada(o) con las personas, al menos que tenga la certidumbre de que realmente les agrada?  | No | Si |
| 4. ¿Trata usted de evitar situaciones que involucren muchos contactos con otras personas?  | No | Si |
| 5. En situaciones sociales ¿se mantiene usted frecuentemente callado(a) debido a que tiene miedo a decir algo equivocado o ser incapaz de responder una pregunta?            | No | Si |
| 6. Cuando está enfrente de otras personas, ¿tiene usted frecuentemente miedo de verse nervioso(a), de llorar o de sonrojarse?  | No | Si |
| 7. ¿Hay muchas cosas que le parezcan a usted peligrosas y que no le parezcan peligrosas a la mayoría de la gente?  | No | Si |
| 8. ¿Necesita usted mucho mas consejos que la mayoría de las personas antes de poder tomar decisiones cotidianas?   | No | Si |

9. ¿Ha permitido que otra persona tome decisiones importantes por usted, como donde vivir y que trabajo tomar?	No	Si
10. ¿Manifiesta usted frecuentemente estar de acuerdo con la gente, aun cuando usted piensa que están equivocados?	No	Si
11. ¿Le es difícil hacer cosas si tiene que realizarlas totalmente por usted mismo(a)?	No	Si
12. ¿Frecuentemente se ofrece usted para realizar cosas que no le son placenteras pero que deben hacerse y esto lo hace con el propósito de recibir la aprobación de la gente?	No	Si
13. ¿Le molesta a usted ocupar el tiempo en sí mismo(a)?	No	Si
14. Mucha gente se siente mal cuando una relación cercana termina ¿piensa usted que se siente más derrotado cuando esto le pasa en comparación con la mayoría de la gente?	No	Si
15. ¿Se preocupa mucho acerca de ser abandonado(a) o dejado solo(a) sin alguien que cuidara de usted?	No	Si
16. ¿Le sucede frecuentemente que gaste mucho tiempo al tratar de hacer las cosas a la perfección y finalmente tenga problemas para terminar el trabajo?	No	Si
17. ¿Se fija usted tanto en los detalles de algunas cosas que llega a perder la visión de la meta principal?	No	Si
18. ¿Es usted mas obstinado(a) que la mayoría de las personas acerca de insistir que otros hagan las cosas exactamente de la manera que usted quiere que las hagan?	No	Si
19. ¿Frecuentemente hace cosas por usted mismo(a) debido a que sabe que nadie más las haría bien?	No	Si
20. ¿Es usted devoto(a) a su trabajo de manera que difícilmente tiene tiempo libre para sus amigos o simplemente para hacer cosas que son divertidas?	No	Si
21. ¿Frecuentemente tiene problemas en lograr que las cosas sean hechas debido a que no pueda decidir primero o determinar la manera de resolver algún problema?	No	Si
22. ¿Se preocupa usted mucho de que pudo haber hecho algo moralmente indebido?	No	Si
23. ¿Se siente usted enojado(a) con otra persona porque esta	No	Si

hizo algo moralmente indebida?

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 24. ¿Es difícil para usted hacerles saber a las personas cuánto se preocupa por ellas?  | No | Si |
| 25. ¿Es usted una persona que rara vez hace regalos o favores a otras personas?   | No | Si |
| 26. ¿Tiene usted problemas para deshacerse de las cosas debido a que piensas que pueden serle útiles algún día?   | No | Si |
| 27. ¿Frecuentemente usted pospone hacer las cosas hasta el último minuto y entonces se encuentra en que estas no podrán ser hechas a tiempo?                  | No | Si |
| 28. Algunas personas se irritan o se molestan cuando les pide que hagan cosas que realmente no quieren hacer ¿usted es así?                                   | No | Si |
| 29. Algunas personas trabajan despacio deliberadamente o hacen un mal trabajo cuando se les pide que hagan algo que realmente no quieren hacer ¿usted es así? | No | Si |
| 30. ¿La gente frecuentemente le hace a usted demandas irracionales?   | No | Si |
| 31. ¿Esta usted predispuesto(a) a olvidar hacer cosas que supuestamente debería hacer, si es que realmente no quiere hacerlas?                                | No | Si |
| 32. ¿Piensa usted frecuentemente que esta haciendo un mejor trabajo en comparación con el crédito que le dan?   | No | Si |
| 33. ¿Le incomoda que la gente le haga sugerencias de cómo podría hacer mejor las cosas?   | No | Si |
| 34. ¿Se ha quejado constantemente la gente de que usted las ha demorado por no hacer la parte de su trabajo?  | No | Si |
| 35. ¿Frecuentemente acaba usted trabajando sometido a gente que no hace tan bien el trabajo como usted lo podría hacer?                                       | No | Si |
| 36. ¿Ha escogido a amigos o amantes quienes le hayan sacado ventaja o maltrato?   | No | Si |
| 37. ¿Se ha visto usted frecuentemente envuelto en situaciones conflictivas de trabajo o en la escuela, en las que termina contrariado o herido?               | No | Si |

38. ¿Rechaza usted con frecuencia la ayuda de otras personas?	No	Si
39. ¿Encuentra usted que la ayuda que la gente le ofrece no es usualmente la que usted necesita?	No	Si
40. Algunas personas se deprimen cuando tienen éxito, o sienten que ellas no sirven para el éxito, o hacen cosas para estropear el éxito. ¿Es usted así?	No	Si
41. ¿Frecuentemente se ha sorprendido o desconcertado al encontrarse que algo que usted ha dicho o hecho a alguien le ha puesto muy enojado?	No	Si
42. ¿Rechaza usted frecuentemente la oportunidad de hacer algo que realmente le divertiría?	No	Si
43. Cuando hace algo que debería ser divertido ¿le sucede frecuentemente que no se divierta usted?	No	Si
44. ¿Frecuentemente usted no hace lo que tendría que hacer de manera adecuada para obtener el éxito u obtiene lo que usted desea?	No	Si
45. ¿Frecuentemente usted se siente derrotado debido a que no logra hacer algo que usted necesita hacer?	No	Si
46. Algunas personas encuentran gente que es amable pero para ellos aburrida, en cambio, encuentra gente que para ellos no es amable y para ellos es más interesante. ¿Es usted ese tipo?	No	Si
47. ¿Está usted haciendo casi siempre lo que es bueno para otras personas más que lo que es bueno para usted?	No	Si
48. ¿Se queja de la gente de que usted hace cosas para ellos aún cuando ellos no quieran que usted las haga?	No	Si
49. ¿Se mantiene usted frecuentemente a la expectativa para impedir que la gente abuse de usted?	No	Si
50. ¿Algunas veces se encuentra usted preocupado(a) de que amigos o compañeros de trabajo no son realmente leales o confiables?	No	Si
51. ¿Frecuentemente usted observa o atribuye amenazas ocultas en lo que la gente dice o hace?	No	Si
52. ¿Le toma un largo tiempo perdonar a alguien si le ha	No	Si

insultado o herido?

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 53. ¿Se ha dado cuenta que para usted es mejor no permitir que otras personas conozcan mucho acerca de usted?                             | No | Si |
| 54. ¿Se ve usted frecuentemente enojado debido a que alguien la ha insultado o menospreciado de alguna manera?                            | No | Si |
| 55. ¿Es usted una persona muy celosa?   | No | Si |
| 56. ¿Ha sospechado usted constantemente que su esposa(o) o pareja le fue infiel?  | No | Si |
| 57. Cuando usted ve a gente hablando entre ellos, ¿Se pregunta si están hablando de usted?  | No | Si |
| 58. ¿Ha notado que un evento u objeto común parezca ser una señal especial para usted?  | No | Si |
| 59. ¿Frecuentemente se siente nervioso(a) cuando está con un grupo de personas que no son familiares para usted?                          | No | Si |
| 60. ¿Ha tenido usted experiencias con lo sobrenatural?  | No | Si |
| 61. ¿Y acerca de la astrología, visión del futuro, OVNIS, experiencias extrasensoriales o un “sexto sentido”?                             | No | Si |
| 62. ¿Ha confundido usted frecuentemente objetos o sombras con personas, o ruidos por voces?   | No | Si |
| 63. ¿Ha tenido usted constantemente la sensación de que alguna persona o fuerza está alrededor de usted, aún cuando no puede ver a nadie? | No | Si |
| 64. Cuando usted mira a otra persona o a usted mismo(a) en el espejo ¿Ha visto que le cambie la cara justo ante sus ojos?                 | No | Si |
| 65. ¿Podría usted ser feliz sin relaciones cercanas, como una familia o como amigos?  | No | Si |
| 66. ¿Haría usted mejor las cosas sólo que con amigos?   | No | Si |
| 67. Algunas personas parecen nunca tener sentimientos fuertes, como estar muy enojado o muy feliz. ¿Es usted de esa manera?               | No | Si |
| 68. ¿Podría usted vivir contento(a) sin verse constantemente envuelto en vida sexual con otra persona?                                    | No | Si |
| 69. ¿Algunas personas no se preocupan de haber sido o no elogiadas por algo que han hecho bien? ¿Es usted de esa                          | No | Si |

forma?

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 70. ¿Frecuentemente usted esta pendiente de los demás para sentirse aprobado, elogiado o confiado?  | No | Si |
| 71. ¿Coquetea usted mucho?  | No | Si |
| 72. ¿Le molesta a usted más que a la mayoría de la gente si usted no se ve atractivo(a)?  | No | Si |
| 73. Algunas personas expresan sus emociones muy frecuentemente. Por ejemplo, pueden abrazar gente que ellos no conocen muy bien o tienen berrinches temperamentales cuando las cosas van mal. ¿Es usted de esa forma?                         | No | Si |
| 74. ¿Le gusta ser el centro de atención?  | No | Si |
| 75. ¿Esta usted frecuentemente muy interesado en algo o alguien y entonces repentinamente pierde interés?   | No | Si |
| 76. ¿Se irrita o enoja fácilmente y se calma con la misma rapidez?  | No | Si |
| 77. ¿Está usualmente usted más preocupado con sus propias necesidades que con las necesidades de los demás?   | No | Si |
| 78. ¿Le han dicho a usted constantemente que sólo se preocupa por usted mismo?  | No | Si |
| 79. Algunas personas pueden tolerar lo necesario hasta que ellos sepan que eventualmente obtendrán lo que quieren. A otras personas les cuesta trabajo para esperar lo que quieren. ¿Es usted de este tipo de personas que no pueden esperar? | No | Si |
| 80. Cuando usted es criticado(a), ¿Frecuentemente se siente muy enojado, avergonzado o rebajado, inclusive horas o días después?  | No | Si |
| 81. ¿Varias veces ha tenido usted que usar a otras personas para obtener lo que quiere?   | No | Si |
| 82. ¿Ha estado usted en situaciones donde tuviera que pasar sobre alguien con el propósito de obtener lo que necesitaba?  | No | Si |
| 83. ¿Siente usted que es una persona con talentos especiales o habilidades que otros no han reconocido?   | No | Si |
| 84. ¿Le ha dicho alguna persona constantemente a usted que tiene una alta opinión de usted mismo?   | No | Si |

85. ¿Diría usted que los problemas que usted enfrenta son tan especiales que pocas personas podrían llegar a entenderlos?	No	Si
86. ¿Tiene usted frecuentemente ensueños durante el día acerca de conseguir grandes cosas, como ser exitoso(a), poderoso(a), brillante, atractivo(a) o grandemente amado(a)?	No	Si
87. ¿Piensa usted frecuentemente que las reglas no deberían de aplicarse a usted?	No	Si
88. ¿Es muy importante para usted que la gente le ponga atención o le admire de alguna manera?	No	Si
89. ¿Le han dicho otras personas que usted no es compasivo o comprensivo con los problemas de ellos?	No	Si
90. ¿Siente usted frecuentemente envidia de otras personas?	No	Si
91. ¿Sus sentimientos hacia las personas algunas veces cambian tanto que usted alguna vez ame y admire grandemente a alguien y repentinamente odie o se sienta terriblemente contrariado(a) por la misma persona en otra ocasión?	No	Si
92. ¿Ha hecho frecuentemente cosas que podrían haberle envuelto en problemas como: comprar cosas que no podría pagar?	No	Si
93. ...¿tener sexo con alguien a quien apenas si conoce?	No	Si
94. ...¿beber mucho o tomar drogas?	No	Si
95. ...¿manejar imprudentemente?	No	Si
96. ...¿comer desaforadamente?	No	Si
97. ...¿robar en alguna tienda?	No	Si
98. ...¿Tienen usted frecuentemente subidas y bajadas en su ánimo, algunos períodos de depresión, irritabilidad o ansiedad?	No	Si
99. ¿Tiene usted frecuentemente berrinches de mal genio o se siente tan enojado que pierde el control?	No	Si

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 100. ¿Le pasa que algunas veces le pegue a la gente cuando esta muy enojado?   | No | Si |
| 101. ¿Ha intentado usted en alguna ocasión herirse, matarse o ha amenazado con hacerlo?  | No | Si |
| 102. ¿Ha tratado usted algunas veces de herirse teniendo un accidente?   | No | Si |
| 103. ¿Es usted tan diferente con gente diversa o en diferentes situaciones de tal manera que algunas veces no sepa quién es realmente usted? | No | Si |
| 104. ¿Está usted frecuentemente confundido acerca de... cuáles son sus metas a largo plazo o qué planes tiene en su carrera?                 | No | Si |
| 105. ...¿Qué tipos de amigos o amantes quiere?   | No | Si |
| 106. ...¿Cuáles son sus valores?   | No | Si |
| 107. ¿Se siente usted frecuentemente aburrido o con un vacío interno?  | No | Si |
| 108. ¿Se siente fuera de control si usted piensa que alguien importante lo(a) va a dejar   | No | Si |

Las siguientes preguntas son acerca de cosas que usted pudo haber hecho antes de que cumpliera 15 años.

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 109. ¿Se iba usted frecuentemente de "pinta"?  | No | Si |
| 110. ¿Se salía usted constantemente de su casa y permanecía afuera durante la noche? | No | Si |
| 111. ¿Comenzaba usted las peleas?  | No | Si |
| 112. ¿Utilizó usted algún arma en las peleas?  | No | Si |
| 113. ¿Algunas veces forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?           | No | Si |
| 114. ¿Hirió algunas veces a algún animal a propósito?                                | No | Si |
| 115. ¿Hirió usted alguna vez a otras personas a propósito? (diferente a una pelea)   | No | Si |
| 116. ¿Dañaba usted deliberadamente cosas que no fuesen suyas?                        | No | Si |

117. ¿Ha usted prendido fuego deliberadamente?	No	Si
118. ¿Miente usted con frecuencia?	No	Si
119. ¿Algunas veces roba usted cosas?	No	Si
120. ¿En algunas ocasiones ha robado o asaltado a alguien?	No	Si

## ITEMS PARA LA CALIFICACION DE SCID II

Evitativo: preguntas 1 a 7	Dependiente: preguntas 8 a 15
Obs-comp: preguntas 16 a 26	Pasivo- agresivo: preguntas 27 a 35
Auto-destructivo: preguntas 36 a 48	Paranoide: preguntas 49 a 56
Esquizotípico: preguntas 57 a 64	Esquizoide: preguntas 65 a 69
Histriónico: preguntas 70 a 79	Narcisista: preguntas 80 a 90
Limítrofe: 91 a 108	Anti-social: preguntas 109 a 120

## PUNTUACION

Evitativo: 4 de 7	Dependiente: 5 de 9
Obs-comp: 5 de 9	Pas-agr: 5 de 9
Auto-destruct: 5 de 8	Paranoide : 4 de 7
Esquizotípico : 5 de 9	Esquizoide : 5 de 7
Histriónico: 4 de 8	Narcisista: 5 de 9
Limítrofe: 5 de 8	Antisocial adulto: 3 de 12
Antisocial antes de los 15 años: 4 de 10	

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE:

FECHA:

1. Propósito: Le pedimos formar parte de un trabajo de investigación, que tiene como objeto el diagnóstico de trastornos de personalidad de hermanos de pacientes esquizofrénicos, tratados en nuestro hospital. Esto con el objetivo de brindarles, si así es necesario, un tratamiento oportuno.
2. Procedimientos y duración: Los procedimientos que se realicen tendrán solo el propósito de diagnóstico y tratamiento oportuno. Si acepta participar en esta investigación se le pedirá que complete los siguientes procedimientos de investigación
  - Será entrevistado de manera breve por el investigador.
  - Se le invitara a firmar el presente documento.
  - Aplicación del cuestionario SCID II

Los datos proporcionados como su nombre, dirección, ocupación, estado civil, escolaridad etc., se anotaran en hojas preparadas para tal fin y su manejo estadístico serán completamente confidenciales.

3.- Riesgos e incomodidades: No tiene ningún riesgo participar en esta investigación. Las entrevistas serán realizadas por una persona con entrenamiento en salud mental (médico residente en psiquiatría), el cual protegerá su confidencialidad.

4.- Beneficios potenciales: La participación para esta investigación solo le traerá beneficios a nivel personal, ya de que, de existir algún trastorno de personalidad se tomarán las medidas pertinentes para el tratamiento oportuno.

5.-Derecho a retirarse de la investigación: La participación en esta investigación es voluntaria, usted puede rehusarse a estar en él, o retirarse en cualquier momento.

6.- Confidencialidad: Su identidad permanecerá confidencial. Si surgen publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto, su identidad permanecer confidencial. Esto significa que su nombre, dirección, o cualquier otra información que pueda identificarlo no será brindada a otras personas sin su consentimiento por escrito. Ninguna de la información de esta investigación aparecerá en sus registros médicos (si hubiera en el archivo del este hospital) y no se brindará a otras instituciones.

Si tiene alguna pregunta, siéntase libre de hacerla. Si más tarde tiene preguntas adicionales o desea informes sobre esta investigación, llame a 5513784864 con la Dra. Azucena Esbetlana Tovilla López, o contactarnos por vía mail [azucenatovilla@hotmail.com](mailto:azucenatovilla@hotmail.com)

*SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO FORMAR PARTE E LA INVESTIGACIÓN, QUE HA LEIDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR.*

FIRMA

FIRMA DEL TESTIGO

FIRMA DEL INVESTIGADOR

## XV.BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan- Sadock. Sinopsis de Psiquiatría 9na edición 2004. Ed. Waverly y Hispánica. Pág. 471-480
2. Boletín de información estadística de la Coordinación de Salud Mental, SSA, Anuario Estadístico 1998.Diagnóstico epidemiológico
3. D. Bhugra á B. Corridan á S. Rudge á J. Le€ á R. MallettEarly manifestations, personality traits and pathways into care for Asian and white @rst-onset cases of schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology (1999) 34: 595±599
4. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV
5. Serafín Lemos Giraldez. Esquizofrenia: Componentes de la personalidad como factores de riesgo. Psicotherma, 1989, vol. 1, n 1-2,pp 55-69
6. E. Baca Baldomero,S Cervera Enquix ed. Ars medica 2008 Trastornos Psicóticos Fascículo III pág. 618.
7. -Trabajo enviado y realizado por Karen Alas Salguero, 2001 kalas@sv.cciglobal.net estudiante de psicología universidad centroamericana uca el salvado
8. Michael c. O Donovan, Nigel M. Williams and Michel J. Owen. Recent advances in the genetics of schizophrenia. Human Molecular Genetics 2003, Vol. 12 Review Issue 2.
9. Esther Álvarez López. Personalidad esquizotípica y marcadores cognitivos. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona
10. Tsuang MT, Stone WS, Tarbox SI, Faraone SVAn integration of schizophrenia with schizotypy: identification of schizotaxia and implications for research on treatment and prevention. Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Massachusetts Mental Health Center (MMHC), 74 Fenwood Road, Boston, MA 02115, USA

11. José Gutiérrez Maldonado, Alejandra Caqueo Urizar\* y Marta Ferrer Esquizotipia en familiares de pacientes con esquizofrenia García Psicothema 2006. Vol. 18, nº 3, pp. 433-438
12. Maqqini C, Raballo A Subjective experience of schizotropic vulnerability in siblings of schizophrenics. Psychiatry Section, Neurosciences Department, University of Parma, Parma, Italy. carlo.maqqini@unipr.it
13. "Schizotaxia": Clinical Implications and New Directions for Research by Stephen V. Faraone, Alan I. Green, Larry J. Seidman, and Ming T. Tsuang.
14. Raballo A, Parnas J The Silent Side of the Spectrum: Schizotypy and the Schizotaxic Self. 1Danish National Research Foundation: Center for Subjectivity Research.
15. Álvaro Cavieres F. a\*, César Solanas R. a, Mónica Valdebenito. a Rev. chilena. neuropsicol. 2009; 4 (1): 28-35 Rendimiento Neuropsicológico en hermanos de personas enfermas de Esquizofrenia
16. Larry J. Siever, M.D., and Kenneth L. Davis, M.D. Am J Psychiatry 161:398-413, March 2004 The Pathophysiology of Schizophrenia Disorders: Perspectives From the Spectrum
17. D. Bhugra á B. Corridan á S. Rudge á J. Le. á R. Mallett / 1999
18. YF Chiu, JA McGrath, MH Thornsquist, PS Wolyniec, G Nestadt, KL Swartz, VK Lasseter, KY Liang y AE Pulver. / 2002
19. J. Heikkil, H. Karlsson, T. Taiminen, H. Lauerma, T. Ilonen, K.-M. Leinonen, E. Wallenius,
20. H. Virtanen, M. Heinimaa, A. Kaljonen, R. K. R. Salokangas. 2004
21. Beatriz Caparros c. 1999 Características Fenotípicas de Personalidad y Neuropsicológicas en padres no afectados de pacientes esquizofrénicos

22. Andrew G. Ryder, PhD, Paul T. Costa, Jr., PhD, and R. Michael Bagby, PhD, C Psych EVALUATION of the scid-ii personality disorder traits for DSM IV: coherence, discrimination, relations with general personality traits, and functional impairment. Journal of Personality Disorders, 21(6), 626–637, 2007. The Guilford Press
23. Rena Kurs, 1 Herman Farkas1 & Michael Ritsner. Quality of life and temperament factors in schizophrenia: Comparative study of patients, their siblings and controls. Qual Life Res (2005) 14: 433–440
24. SCID II Evaluación psicológica
25. Adalberto Campos-Arias, Luis Alfonso Díaz, Consistencia interna de cuestionario auto administrado de la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje II del DSM-IV Rev. Colombiana Psiquiatría, vol. 37/no 3/2008.
26. Andrew G. Ryder, PhD, Paul T. Costa, Jr., PhD, and R. Michael Bagby, PhD, C Psych / 2007