



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino  
Álvarez"

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA FRECUENCIA DE  
SINDROME DE ALTO RIESGO DE PSICOSIS DE  
FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL  
GRAVE CONTRA POBLACIÓN GENERAL**

Presenta la Tesis para obtener el  
Diploma de Especialista en Psiquiatría

**Dra. Marlene Y. Angeles Lomelí**

**Dr. Miguel Ángel Herrera  
Estrella**  
Asesor Teórico

**Dra. Patricia Anzaldo  
Juárez**  
Asesor Metodológico

*México, D.F. a julio del 2015*



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.

## Agradecimientos

*Los baobabs antes de volverse grandes  
empiezan por ser pequeños...*

El principito de Antoine de Saint-Exupéry

Gracias a mis papás por brindarme las herramientas y el amor necesarios para llegar hasta aquí, por apoyarme incondicionalmente para que pudiera recorrer este largo camino de aprendizaje. A mis dos hermanos por ser un gran ejemplo a seguir siempre he aspirado a ser una persona de provecho como ellos, y al resto de mi familia gracias por apoyarme en este proceso. El camino también tiene sus altibajos, gracias a mis amigos por acompañarme en todos esos momentos.

## ÍNDICE

1. Introducción	4
2. Marco teórico	6
3. Método	
a. Justificación	12
b. Planteamiento del problema	14
c. Objetivos	15
d. Hipótesis	16
e. Variables	17
f. Muestreo	18
g. Criterios de selección	18
h. Tipo de estudio	19
i. Instrumento	19
j. Procedimiento	20
k. Análisis estadístico	20
l. Consideraciones éticas	21
4. Resultados	22
5. Discusión	25
6. Conclusión	26
7. Bibliografía	27
8. Anexos	29

## LISTA DE CUADROS

⇒ <b>Cuadro 1:</b> Operalización de variables	17
⇒ <b>Cuadro 2:</b> Cronograma	31

## LISTA DE TABLAS

⇒ <b>TABLA 1:</b> Distribución por sexo de acuerdo a grupo de estudio	22
⇒ <b>TABLA 2:</b> Distribución por parentesco de acuerdo a grupo de estudio	22
⇒ <b>TABLA 3:</b> Ocupación por grupo estudiado	23
⇒ <b>TABLA 4:</b> Religiones por grupo estudiado	23
⇒ <b>TABLA 5:</b> Distribución de las personas con susceptibilidad a síndrome de alto riesgo de psicosis por religión.	23
⇒ <b>TABLA 6:</b> Frecuencia de individuos con susceptibilidad a alto riesgo de psicosis de acuerdo a la PRIME SCALE	24

## RESUMEN

Tanto la esquizofrenia como el trastorno bipolar son trastornos psicóticos devastadores puesto que implican alteraciones tanto micro y macrosociales. La intervención temprana ofrece la posibilidad de reducir el deterioro personal y psicosocial asociado con el inicio de un primer episodio psicótico.

## OBJETIVO

El objetivo de este trabajo fue el de comparar la frecuencia de síndrome de alto riesgo de psicosis, según la escala prime screen de Yale, de familiares de pacientes con esquizofrenia, y en familiares de pacientes con trastorno bipolar, contra la frecuencia de este mismo síndrome en población general.

## MATERIAL Y METODOS

Se colectaron familiares de pacientes con trastorno bipolar, familiares de pacientes con esquizofrenia y 30 controles, estos realizaron el cuestionario de tamizaje para síntomas psicóticos. Se llevó a cabo el análisis descriptivo de las variables, Para la prueba de correlación se utilizaron las pruebas de Pearson, de Kendall y la de Spearman; mediante el programa SPSS versión 2015.

## RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 68 individuos, de los cuales, 30 fueron controles, 28 familiares de pacientes con esquizofrenia y 10 familiares de pacientes con trastorno bipolar.

## CONCLUSIONES

Se observó que existe más susceptibilidad de padecer síndrome de alto riesgo de psicosis en familiares de pacientes con enfermedad mental grave, que en la población en general; así pues es importante que veamos a estos familiares como un grupo vulnerable para padecer enfermedades mentales.

Palabras clave: Alto riesgo para psicosis, esquizofrenia, población riesgo.

## INTRODUCCIÓN

Tanto la esquizofrenia como el trastorno bipolar son trastornos psicóticos devastadores puesto que implican alteraciones tanto micro y macrosociales, refiriéndonos a los primeros como los problemas individuales y familiares, y a los segundos como costos a nivel de salud pública.

Lejos de tener una cura para los trastornos psicóticos, es crucial avanzar en el campo de la prevención y de la intervención temprana lo cual es vital para aminorar la disfuncionalidad.

La instalación de la psicosis, va ser precedida por semanas, meses o años, por anormalidades psicológicas y conductuales, entre ellas cognitivas, emocionales, perceptuales, de comunicación, motivación y del sueño.

El desarrollo incipiente de estos síntomas, permite la oportunidad de identificar a aquellos que tiene alto riesgo de conversión a un trastorno psicótico.

Debido a que los diversos tratamientos existentes para los trastornos psicóticos tan sólo disminuyen o controlan algunas de sus manifestaciones, diversas investigaciones se centran en el estudio de la intervención temprana como una forma para retrasar el inicio de la enfermedad, disminuir su gravedad e incluso, en algunos individuos, probablemente poder evitar su manifestación. A su vez, la intervención temprana ofrece la posibilidad de reducir el deterioro personal y psicosocial asociado con el inicio de un primer episodio psicótico.

## MARCO TEÓRICO

La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se encuentran entre las enfermedades mentales más debilitantes, a estas; puesto que las múltiples facetas del funcionamiento del ser humano se van deteriorando. Además, los pacientes experimentan comúnmente los déficits sociales y funcionales, tales como menos contacto social, dificultad para obtener y mantener el empleo y los desafíos a la vida independiente, lo que ocasiona un impacto significativo en su calidad de vida. **(7)**

Existe evidencia de que la esquizofrenia es un desorden de tipo neurodegenerativo y del neurodesarrollo. El término neurodesarrollo fue utilizado inicialmente para referirse a la noción de que la vulnerabilidad a la psicosis se origina en el desarrollo del cerebro fetal anormal. **(2)**

Formulaciones teóricas más recientes asumen que las anomalías en el desarrollo del cerebro adolescente también pueden estar involucradas. Por lo tanto los trastornos psicóticos probablemente tienen origen en el desarrollo temprano, aunque generalmente se manifiestan en la adolescencia tardía, quizá como resultado de la trayectoria del desarrollo cerebral. Es decir, el cerebro humano continúa madurando hasta la segunda década de la vida; por lo que es hasta ese momento que se evidencian los déficits funcionales y manifestaciones conductuales de los síntomas psicóticos. **(3)**

Existe evidencia de anomalías estructurales en el cerebro que se encuentran antes de que se instale la psicosis crónica y otras alteraciones que surgen con la cronicidad según Vita y colaboradores, 2006. Algunas de estas alteraciones en volumen cerebral están presentes en población de alto riesgo como familiares de primer grado, y gemelos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, como varios autores lo han publicado, tales como Lawrie en 1999, Seidman en 1999, Staal en el 2000, Job en 2003, y Hulshoff Pol en el 2004. **(11)**

El estudio longitudinal de persona en riesgo alto de psicosis ARMS (at risk mental state) en el 2003 por Pantelis y colaboradores, sugirió que los cambios en estructurales del cerebro ocurren solamente cuando está cerca la transición a psicosis.

En el 2007 se realizó un estudio en Suecia por la FEPSY (Früherkennung von Pyschosen, detección temprana de psicosis), encontró en los individuos en estadio de riesgo de psicosis, volúmenes corticales pequeños antes de que se instalara la psicosis franca, en la región media cortical, giro posterior de cíngulo, y parte superior izquierda de lóbulo parietal. Estos resultados confirmaron que estas anomalías en sustancia gris cortical asociada a psicosis, se presentan desde dos años previos a la psicosis; lo que refleja que el desarrollo anormal de estas áreas incrementa la vulnerabilidad para padecer posteriormente una enfermedad psicótica. **(11)**



Los estudios de neuroimagen de individuos que están en riesgo de psicosis, puede demostrar anomalías neuroanatómicas que también son evidentes en familiares de primer grado de esquizofrénicos; y sugiere que los cambios cerebrales existen desde antes de la instalación de la psicosis. **(4)**

El 80% de los casos con primer episodio de psicosis inicia entre las edades de 16 a 30 años. **(5)**

La identificación temprana de individuos con alto riesgo de desarrollar un trastorno psicótico puede permitir oportunidades únicas para intervenir más temprano en el proceso de la enfermedad, contribuyendo así a otras mejoras en el pronóstico de los pacientes con psicosis; por lo tanto no se necesita diagnosticar las primeras etapas de la esquizofrenia, es necesario el diagnóstico de estados pre psicóticos de la esquizofrenia.

Desde hace largo tiempo se ha reconocido este periodo previo al establecimiento de psicosis, H.S. Sullivan en 1926 hablaba de factores preliminares que disponían a los sujetos a padecer esquizofrenia, donde el mismo reconocía su incapacidad en reconocerlos. En el año de 1932 Mayer Gross afirmaba que la esquizofrenia no iniciaba con el primer brote psicótico, sino mucho antes. En 1941 Klaus Conrad hablaba de la esquizofrenia incipiente, en donde describía un estado prodrómico a los que él llamaba Trema.

Al periodo de síntomas y signos subclínicos que precede la aparición de psicosis se conoce como pródromos. El periodo prodrómico puede durar desde semanas a varios años. El periodo precursor de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se caracteriza como un proceso de cambios o deterioro en los síntomas subjetivos del comportamiento heterogéneo que preceden a la aparición de síntomas psicóticos clínicos.

Este estadio de vulnerabilidad ha cobrado gran interés y es cada vez más estudiado, por ser un riesgo para desarrollar psicosis crónica; a este estadio se le ha llamado de diferentes maneras, entre ellas esta estado de riesgo mental ( At risk mental state ARMS), síndrome de ultra alto riesgo por Yung y Mc Gorry en 1996, síndrome clínico de alto riesgo por Cannon y colaboradores en 2008, o síndrome de riesgo prodrómico por Woods y colaboradores en 2009. Todos ellos utilizados de manera intercambiable en diferentes bibliografías.

Actualmente se reconoce que en la mayoría de los casos (68%) el primer episodio psicótico es precedido por un estadio prodrómico. Durante este periodo, se observan síntomas subclínicos y otros signos no específicos. Estos signos y síntomas iniciales pueden servir como indicadores para identificar a personas en situación de riesgo clínico.

Los síntomas subclínicos son conocidos como síntomas psicóticos atenuados o síntomas psicóticos breves intermitente (BLIPS), estos son problemas mentales que ocurren cerca del inicio de una verdadera enfermedad, con una intensidad menor o de una duración más corta que aquellas observadas en la psicosis franca.

Hay cuatro tipos de síntomas subclínicos como:

- a) Pensamiento de contenido inusual; como perplejidad, ideas de referencia o extrañas (lectura, inserción de pensamientos)
- b) Ideas no bizarras; suspicacia, persecución, grandiosidad, somáticas, culpa, nihilistas, celotipias, religiosas y erotómanas.
- c) Anormalidades perceptuales; visuales, auditivas, táctiles, olfatorias, gustativas.
- d) Discurso desorganizado; cambios subjetivos como dificultad en el lenguaje, no llegar a un objetivo, no encontrar palabras adecuadas, difícil de entender, repetición de palabras, permanecer en silencio; cambios objetivos como palabras incorrectas, tangencial, palabras extrañas, contenido demasiado abstracto o concreto.

Además de esto síntomas subclínicos, están los síntomas básicos, los cuales con cambios subjetivos en cognición, afecto, tolerancia al stress, en el sueño, percepción, motores, los cuales se cree que se presentan previo a los síntomas subclínicos de psicosis.

**(8)**

Se ha identificado en grupos de alto riesgo una conversión a síndromes psicóticos en el primer año de identificación; en estudios longitudinales de 12 a 24 meses de duración, se ha observado que las tasas de conversión van desde un 15% a un 40%.

Investigaciones anteriores han demostrado que los síntomas atenuados de la psicosis son una característica importante de la fase prodrómica de los trastornos psicóticos y que la atención temprana en estos estados premórbidos puede ser crítica para para cambiar el curso de la enfermedad.

Por estas razones, se ha realizado importantes esfuerzos, centrándose en estrategias de intervención temprana.

Como parte de estos esfuerzos, muchos programas de investigación alrededor del mundo han desarrollado criterios para identificar a las personas que están en riesgo para el desarrollo de trastornos psicóticos pero que aún no han cumplido los criterios para los síndromes psicóticos reales.

Hasta el momento, se han incluido herramientas para identificar a individuos con alto riesgo de desarrollar un trastorno psicótico. Estas incluyen pruebas clínicas, pruebas neuropsicológicas, imágenes cerebrales estructurales y funcionales y pruebas psicofisiológicas.

La clínica PACE (personal assessment and crisis evaluation) en Melbourne, Australia, fue la primera en desarrollar una clasificación estandarizada de los síndromes prodrómicos, a los cuales llamaron estados de riesgo ultra alto" (UHR por sus siglas en inglés ultra highrisk), además de asociar factores de riesgo tales como edad, historial familiar de psicosis, los cual se relaciona con un índice de riesgo multifactorial. El criterio de ultra alto riesgo (UHR) implica la identificación de las personas en situación de riesgo basado en combinaciones de síntomas psicóticos atenuados o autolimitados, historia familiar y reciente deterioro funcional entre otras características.

De esto surgió el CAARMS (Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States) por McGorry en 1996. Después del CAARM, surge el PRIME (prevention through risk identification management and education) el cual es un equipo de investigación de pródromos en la universidad de Yale, EU, realiza una entrevista estructurada para los síndromes prodrómicos (SIPS, structured interview for prodromal syndromes), también realizaron la COPS en 2003 por Miller y colaboradores. (the criteria of prodromal syndromes). La COPS y la CAARMS son escalas muy similares. **(10)**

La entrevista estructurada para síndromes de riesgo de psicosis (SIP) es una herramienta de detección diseñada para identificar síntomas tempranos del pródromo de psicosis y para identificar a las personas con síndromes de riesgo de psicosis. La SIP investiga acerca de la aparición de síntomas positivos como anomalías perceptuales, ideación delirante y otras experiencias pasadas.

La SIP es realizada por una persona entrenada y requiere varias horas de formación y educación sobre el procedimiento antes de que pueda ser aplicada, con un promedio de una hora de aplicación. Con estos criterios en el 2008 Cannon, en 2001 Klosterkotter, y Ruhrmann en 2010, utilizaron los criterios mencionados, encontrando una proporción de 25 a 40% de personas en estos estadios que desarrollaron psicosis, con un seguimiento de 2.5 años. **(6)**

El estudio prospectivo del periodo prodrómico, ha asociado una tasa alta de conversión a esquizofrenia o a otro trastorno psicótico; la tasa de conversión es de aproximadamente 20% a 40%. Un estudio reciente longitudinal multisitio el NAPLS ( North American Prodrome Longitudinal Study) examinó el poder predictor de un algoritmo para pródromos, en donde el 28.2% de paciente desarrollaron psicosis después de los 2.5 años, se encontró que los mejores predictores para la transición a psicosis fueron riesgo genético, deterioro reciente en la funcionalidad, historial de abusos de sustancias, pensamiento con contenido inusual, suspicacia.

Otro grupo investigó a 104 pacientes con alto riesgo de psicosis durante un año, y encontraron un valor predictivo positivo de 80.8% cuando uno o más predictores estaban presente en los pacientes.

En un esfuerzo por simplificar el proceso de evaluación, han desarrollado una variedad de instrumentos de detección para servir como formas más eficientes de identificar individuos en riesgo, en grandes poblaciones, como una medida de tamizaje.

Un ejemplo de ello fue desarrollado a través del grupo de prevención, identificación de riesgos, gestión y educación (PRIME) en la Universidad de Yale.

El cuestionario de tamizaje PRIME es un cuestionario corto basado en la porción de los síntomas positivos de las SIP y requiere minutos para completar las 12 preguntas acerca de la aparición de síntomas positivos experiencias durante el último año con respuestas medidas en una escala Likert de 0 (definitivamente en desacuerdo) a 6 (sin duda de acuerdo) con una respuesta de 'no sé' siendo 3. **(13)**

La identificación temprana de esquizofrenia es crucial. En algunos países de bajo y mediano nivel de recursos, la WHO(worldhealthorganization), y la IEPA (early psychosis association) recomiendan grupos de supervisión en poblaciones de alto riesgo, o institutos de vigilancia en la comunidad para identificar psicosis tempranas.

Ya previamente se han mencionado diversos estudios acerca de los individuos con criterios de encontrarse en estadio de alto riesgo para padecer psicosis, además de las conversiones encontradas a psicosis crónica; existen otro tipo de estudios en los cuales el enfoque se encuentra en el uso diversos fármacos, entre ellos antipsicóticos de 2da generación, antidepresivos, antiinflamatorios también biomoléculas como ácidos grasos, omega 3, medidas de psicoterapia como cognitivo conductual, entre otras, y como esto repercute en el viraje a psicosis o su retardo en presentar esta última; pero no se abordarán en este trabajo, ya que salen del objetivo del mismo.

Aunque ha habido evidencia que apoye la precisión de los síntomas psicóticos atenuados como predictor de la futura conversión de la psicosis en la población de alto riesgo clínico, relativamente pocos estudios han examinado esta cuestión en el grupo de alto riesgo familiar.

Por lo tanto en este trabajo se intentará utilizar una medida clínica simple como lo es la encuesta de tamizaje PRIME SCREEN de Yale y evaluar su utilidad en la predicción prospectiva de individuos con alto riesgo familiar de desarrollar un trastorno psicótico.

Existe un estudio con algunas características similares realizado en Estados Unidos en 2011, en donde se estudian a 97 familiares de primero y segundo grado de personas con un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo durante un período de dos años para donde se evaluó las características clínicas basales, se realizó la entrevista estructurada de síntomas prodrómicos SIPS, y la escalas de Wisconsin para esquizotipia. De

los 97 estudiados, 11 presentaron sintomatología psicótica a los dos años, uno de estos 11 desarrolló trastorno esquizofreniforme, 4 trastorno esquizoafectivo, 2 esquizofrenia indiferenciada, y psicosis indeterminada. **(12)**

Los beneficios de la intervención temprana en un trastorno psicótico como esquizofrenia, incluyen la prevención de cambios neurobiológicos, así como la reducción de la mortalidad secundaria, y la prevención de recaídas, y los gastos en salud. En las décadas pasadas se invirtieron recursos en desarrollar servicios para intervenciones tempranas en psicosis, lo cual se ha convertido en uno de los principales objetivos en países como Inglaterra, Canadá, Australia y Escandinavia **(9)**

La aparición de un modelo de intervención temprana en trastornos psicóticos ha generado optimismo sobre la posibilidad de cambiar el curso del trastorno psicótico, porque se fundamenta en una nueva comprensión de vulnerabilidad para presentar psicosis, además una nuevo enfoque en estrategias prácticas preventivas. **(8)** El éxito de esta estrategia depende, sin embargo, a la capacidad para identificar a individuos en riesgo elevado de desarrollar un trastorno psicótico y la disponibilidad de intervenciones seguras y efectivas que pueden ser proporcionados específicamente a aquellos que son susceptibles de beneficiarse con precisión.

## MÉTODO

### JUSTIFICACIÓN

La psicosis puede ser una enfermedad devastadora. La prevalencia en la vida de cualquier trastorno psicótico es de 3.06%, 1.94% por trastornos psicóticos no afectivos, y 0.59% por trastornos psicóticos afectivos. (1)

Tanto la esquizofrenia como el trastorno bipolar son padecimientos en los cuales se ha observado que son enfermedades heredadas, probablemente debido un complejo trastorno genético; en donde el mejor predictor individual para desarrollar la enfermedad es tener un pariente de primer grado afectado.

La probabilidad de que una persona padezca esquizofrenia está relacionada con la cercanía de parentesco a un pariente afectado, en la población en general la prevalencia es de aproximadamente 1%, mientras que en familiares de primer rango como hermanos no gemelos es de 8%, en hijo de padre con esquizofrenia es de 12% aproximadamente, dos padres esquizofrénicos aumenta a 40%. (20)

En cuanto al trastorno bipolar, se encuentra con una tasa de prevalencia de 0.2 a 4 % en la población en general; mientras que en estudios en familiares, cuando uno de los padres tiene un trastorno del estado del ánimo, el hijo tiene un riesgo entre el 10% y 25% de padecer la enfermedad.

La recuperación sostenida ocurre en menos del 14% en los primeros cinco años tras un primer episodio psicótico. Los resultados a largo plazo pueden ser ligeramente mejores, un estudio internacional amplio de seguimiento de 25 años reportó un 16% adicional con recuperación en la fase tardía de esquizofrenia. En toda Europa, menos del 20% de las personas con esquizofrenia son empleados de algún trabajo. Un amplio estudio de Estados Unidos encontró casi 20% de personas sin hogar en un año de seguimiento. Y un reciente informe de un grupo de defensa de los pacientes informó que aquellos con enfermedades mentales graves eran tres veces más probables que se encuentre en el sistema de justicia penal que en los hospitales en los Estados Unidos.

Los trastorno psicóticos causan graves problemas a nivel económico; la Organización Mundial de la Salud estima que el gasto por atención de los problemas de salud mental en países desarrollados corresponde a 3-4% del Producto Interno Bruto (PIB). La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico reporta que en la Unión Europea el 25% de los gastos en discapacidad se destinan a las ocasionadas por enfermedad mental. El costo anual total de la esquizofrenia en países de Latinoamérica y el Caribe es de 1.81 millones de dólares por millón de personas, para África de 0.47, para Europa 1.32 y para el sur de Asia 0.52. (21)

Debido a que los diversos tratamientos existentes para estos trastornos tan sólo disminuyen o controlan algunas de sus manifestaciones, diversas investigaciones se han centrado en el estudio de la intervención temprana como una forma para retrasar

el inicio de la enfermedad, disminuir su gravedad e incluso, en algunos individuos, poder evitar su manifestación.

Debido a lo antes mencionado este trabajo pretende contribuir a la investigación en el campo de la fase prodrómica de enfermedades mentales graves (como esquizofrenia y trastorno bipolar), haciendo hincapié en aquellos individuos más propensos a padecerla, en este caso estudié a los familiares de primer grado por las razones genéticas antes mencionadas que los sitúa en una posición de vulnerabilidad. Este estudio pretende que los resultados sean de impacto y así apoyar al aspecto de la prevención en enfermedades mentales.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El trabajo de investigación pretende determinar las frecuencias del síndrome de alto riesgo de psicosis tanto en familiares de pacientes con esquizofrenia como en familiares con trastorno bipolar, además de la frecuencia de este mismo en la población en general; para establecer en cual existe mayor impacto, para que en un futuro se cuente con las bases suficientes, para establecer una clínica de intervención temprana en donde se pueda valorar periódicamente a los familiares de pacientes con enfermedad mental grave.

Investigaciones anteriores han demostrado que los síntomas atenuados de la psicosis son una característica importante de la fase prodrómica de un trastorno psicótico y que la atención temprana puede ser crítica para cambiar potencialmente el curso de la enfermedad.

A su vez, la intervención temprana ofrece la posibilidad de reducir el deterioro personal y psicosocial asociado con el inicio de un primer episodio psicótico.

Por lo tanto en este estudio el foco de atención recae en los familiares de pacientes diagnosticados con enfermedad mental grave, puesto que actualmente en los objetivos de prevención de salud mental, no se realiza un tamizaje a los familiares, esto solo sucede hasta que presentan sintomatología mental; sitúo al problema en no detectar previamente los síntomas atenuados en la población vulnerable.



## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Se comparó la frecuencia de síndrome de alto riesgo de psicosis, según la escala prime screen de Yale, de familiares de pacientes con esquizofrenia, y en familiares de pacientes con trastorno bipolar, contra la frecuencia de este mismo síndrome en población general.

### **Objetivos particulares:**

1. Se determinó la frecuencia de síndrome de alto riesgo de psicosis, según la escala prime screen de Yale, en familiares de pacientes con esquizofrenia.
2. Se determinó la frecuencia de síndrome de alto riesgo de psicosis, según la escala prime screen de Yale, en familiares de pacientes con trastorno bipolar.
3. Se determinó la frecuencia de síndrome de alto riesgo de psicosis, según la escala prime screen de Yale, en población en general.
4. Se buscó la existencia de una correlación entre la presencia de síndrome de alto riesgo de psicosis con las variables de religión, sexo, ocupación, edad, y escolaridad.

## HIPÓTESIS

- ⇒  $H_1$ : la frecuencia de familiares de pacientes con enfermedad mental grave que tienen el síndrome de alto riesgo de psicosis, es más alta que la frecuencia de población general.
- ⇒  $H_0$ : la frecuencia de familiares de pacientes con enfermedad mental grave que tienen el síndrome de alto riesgo de psicosis, **NO** es más alta que la frecuencia en la población en general.

**CUADRO 1. OPERALIZACIÓN VARIABLES**

Variable	Definición conceptual	Definición de la medición	Tipo de variable	Dependiente o independiente
<b>Sexo</b>	Denominación genérica que hace referencia a la cualidad masculino o femenino	Femenino o masculino	Cualitativa, nominal	Independiente
<b>Edad</b>	Cantidad de años vividos desde el nacimiento	0 al infinito	Cuantitativa, discreta	Independiente
<b>Grado de escolaridad</b>	Nivel máximo de estudios cursados	Primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, posgrados	Cualitativa, nominal	Independiente
<b>Ocupación</b>	Función o trabajo que desempeña	Labores del hogar, estudiante, empleado, negocio propio	Cualitativa, nominal	Independiente
<b>Religión</b>	Sistema de creencias que predominan en el individuo ligado a una deidad o poder superior.	Católica, cristiana, creyente, ninguna	Cualitativa, nominal	Independiente
<b>Síndrome de alto riesgo de psicosis</b>	Periodo de síntomas y signos subclínicos que precede la aparición de psicosis.	Si, o no	Cualitativa, nominal	Dependendiente
<b>Parentesco de primer grado</b>	Familiares que se vinculan con el individuo de forma directa.	Padre, madre, hermano, hijo	Cualitativa nominal	Independiente

## **MUESTREO Y MUESTRA:**

**Muestra:** se requería de una muestra de mínimo 10 participante por cada grupo de estudio (controles, familiares de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar). Se colectaron 10 familiares de pacientes con trastorno bipolar, 28 familiares de pacientes con esquizofrenia y 30 controles.

**Muestreo:** se realizó por cuotas

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **Criterios de inclusión de familiares:**

1. Familiares que acudieron al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, acompañando a pacientes con trastorno bipolar o esquizofrenia.
2. Familiares de sexo masculino y femenino
3. Familiares que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado
4. Familiares entre 17- 35 años de edad

### **Criterios de inclusión de controles:**

1. Los controles se conformaron por personas sanas sin parentesco con pacientes con enfermedad mental grave, encontrados en el jardín municipal del centro de Tlalpan.
2. Los controles fueron entre 17 y 35 años.

### **Criterios de exclusión para familiares:**

1. Familiares con diagnóstico previo o actual de psicosis.
2. Enfermedad orgánica (epilepsia, TCE, tumoraciones intracraneales)
3. Familiares con tratamiento previo con antipsicóticos.

### **Criterios de exclusión para controles:**

1. Diagnóstico previo o actual de psicosis.
2. Enfermedad orgánica (epilepsia, TCE, tumoraciones intracraneales)
3. Tratamiento previo con antipsicóticos.

### **Criterios de eliminación para familiares:**

1. Familiares que abandonaron el estudio
2. Familiares que no firmaron el consentimiento informado

### **Criterios de eliminación para controles:**

1. Participantes que abandonaron el estudio
2. Participantes que no firmaron el consentimiento informado

## TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio comparativo, correlacional, descriptivo, y transversal.

## INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Cuestionario de tamizaje para síntomas prodrómicos (PRIME SCREEN)

El cuestionario de tamizaje PRIME es un cuestionario corto basado en la porción de los síntomas positivos de las SIP y requiere minutos para completar las 12 preguntas acerca de la aparición de síntomas positivos durante el último año con respuestas medidas en una escala Likert de 0 (definitivamente en desacuerdo) a 6 (sin duda de acuerdo) con una respuesta de 'no sé' siendo 3.

De acuerdo a lo propuesto por los autores originales de la escala, un sujeto presenta síntomas prodrómicos cuando cualquiera de los reactivos tiene una puntuación de 6 (totalmente de acuerdo).

Los estudios de validación posteriores de la pantalla PRIME en muestras clínicas han encontrado una especificidad de 0.74 y sensibilidad de 1.00 en una muestra de jóvenes japoneses y una especificidad y sensibilidad de 0,66 y 0,75, respectivamente, en una muestra de Estados Unidos.

Los primeros estudios de validación del cuestionario de tamizaje PRIME en una muestra de paciente, comparándola con la SIPS, mostró una sensibilidad de 0.90 y una especificidad de 1.0. **(13)**

Posteriormente, estudios del cuestionario PRIME, en muestras clínicas encontraron una especificidad de 0.74, y una sensibilidad de 1.0. en adolescentes de Japón; en Estados Unidos se encontró una especificidad y sensibilidad de 0.66 y 0.75 respectivamente.

En el 2007 en México, se realizó un estudio en el que el objetivo principal fue el traducir el Cuestionario de tamizaje PRIME, y obtener la confiabilidad en una muestra comunitaria de 532 adolescentes en la ciudad de México. La consistencia interna global del instrumento fue de 0,88.

## **PROCEDIMIENTO**

Primero se solicitó la aprobación del proyecto de Tesis por parte del Comité de Ética en investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Posteriormente se solicitó al jefe del servicio de consulta externa acepte la realización del proyecto de investigación. Se abordarán a los familiares de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar que se encuentran en la sala de espera, para solicitarles participar en el estudio.

Posteriormente se otorgó el consentimiento informado, y se proporcionó el Cuestionario de tamizaje para síntomas prodrómicos (PRIME SCREEN). Se les solicitó también el número de expediente de su familiar con trastorno psiquiátrico en donde se corroboró el diagnóstico de esquizofrenia o de trastorno bipolar, y al menos un año con este diagnóstico.

Además se tomó un grupo control tomado de la población en general, con mismos criterios de inclusión a excepción de que tengan familiares con diagnóstico psiquiátrico, esto se realizó en una plaza cercana en la delegación de Tlalpan.

Posteriormente a aquellos que puntuaron con criterios para un síndrome de riesgo de psicosis se les dio una cita para explicar los resultados de dicho instrumento y derivó al familiar a la clínica de intervención temprana en psicosis ITEP del hospital psiquiátrico Fray Bernardino, en caso de ser necesario.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se llevó a cabo el análisis descriptivo de las variables (media, desviación estándar). Para la prueba de correlación se utilizaron las pruebas de Pearson, la prueba de Kendall y la prueba de Spearman; mediante el programa SPSS versión 2015.

## **COSTOS Y MATERIALES**

Para la realización de este estudio, se requirió de copias fotostáticas de la Cuestionario de tamizaje para síntomas prodrómicos (PRIME SCREEN), así como también bolígrafos. El costo de éste material, fue cubierto por la médico residente encargada del estudio.

## **CONSIDERACIONES BIOÉTICAS**

Durante la realización de este estudio se tomarán en cuenta los principios de la bioética:

**Beneficencia:** Ante todo, se busca brindar beneficio familiar del paciente, ya que una detección temprana, brinda la oportunidad de una canalización adecuada de los pacientes.

**No maleficencia:** Ningún participante será perjudicado de forma alguna, se respetarán sus derechos fundamentales y no serán lastimados de ninguna forma.

**Autonomía:** El participante tiene la decisión total acerca de si participa o no en el estudio, y puede abandonarlo en el momento que desee.

**Justicia:** Todos los participantes que cumplan con los criterios de selección pueden participar en el estudio si así lo desean, nadie será discriminado por ninguna condición social.

**En cuanto al riesgo de la investigación de acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, este estudio se considera como:**

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 del **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación.**

Es importante señalar que la información que se obtenga será resguardada y únicamente usada para fines de este estudio, y los datos clínicos de los pacientes que den un indicio de que es urgente intervenir médicamente serán dados a conocer al médico tratante se dejará la nota correspondiente en el expediente clínico, para que el responsable correspondiente tome las decisiones que considere necesarios.

## RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 68 individuos, de los cuales, 30 fueron controles, 28 familiares de pacientes con esquizofrenia y 10 familiares de pacientes con trastorno bipolar. En cuanto a la distribución por sexo del total, fueron 41 mujeres y 27 hombres. El rango de edad se situó entre 17 y 35 años. Teniendo como edad promedio 24.88 años con una desviación estándar de +/- 5.36 años.

**Tabla 1. Distribución por sexo de acuerdo a grupo de estudio.**

Controles		Familiares de pacientes con esquizofrenia		Familiares de pacientes con trastorno bipolar	
Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
17	13	19	9	5	5

En cuanto al parentesco, en el total de los familiares de los pacientes se contó con hijos-hijas 15 individuos, hermanos - hermanas 24 y madre 1 en el grupo de esquizofrenia.

**Tabla 2. Distribución por parentesco de acuerdo a grupo de estudio**

Familiares de pacientes con esquizofrenia			Familiares de pacientes con trastorno bipolar		
Hijos	Hermanos	Madres	Hijos	Hermanos	Madre
8	19	1	7	3	0

El tipo de escolaridad secundaria 14 individuos; de los cuales 2 pertenecían al grupo de familiares de pacientes con trastorno bipolar, 1 a los controles y 11 al de familiares de pacientes con esquizofrenia. Con nivel bachillerato hubo un total de 28 personas; de los cuales 4 pertenecían al grupo de familiares de pacientes con trastorno bipolar, 13 a los controles y 11 al de familiares de pacientes con esquizofrenia. Con licenciatura fue un total de 20, de los cuales pertenecían al grupo de familiares de pacientes con trastorno bipolar 4, a los controles 10 y 6 al de familiares de pacientes con esquizofrenia. En los controles, también se contó con 6 individuos con postgrado.

La ocupación de los participantes en el estudio se dividió de la siguiente manera.



**Tabla 3. Ocupación por grupo estudiado**

	Labores del hogar	Estudiantes	Empleados	Negocio propio	Desempleado
<b>Controles</b>	0	19	9	0	2
<b>Familiares de pacientes con trastorno bipolar</b>	2	4	3	1	0
<b>Familiares de pacientes con esquizofrenia</b>	7	8	8	5	0
<b>Total</b>	9	31	20	6	2

Las religiones profesadas por las personas participantes en el estudio, se describen en la tabla 4. Se encontró una correlación entre religión y la presencia de riesgo de psicosis tabla 5

**Tabla 4. Religiones por grupo de estudio.**

	Católica	Cristiano	Creyente	Ninguna
<b>Controles</b>	14	2	5	9
<b>Familiares de pacientes con trastorno bipolar</b>	4	2	1	3
<b>Familiares de pacientes con esquizofrenia</b>	14	3	0	11
<b>Total</b>	32	7	6	23

**Tabla 5. Distribución de las personas con susceptibilidad a síndrome de alto riesgo de psicosis por religión.**

Religión	Católica	Cristiana	Creyente	Ninguna
<b>Número de pacientes con riesgo</b>	6*	2*	0*	4*

\*\*Correlación de Pearson:  $P: 0.015$

Al calificar la escala, en las personas que la realizaron, se encontró el siguiente número de pacientes con riesgo, descrito en la tabla 6. Donde se encuentra que hay un mayor número de personas con riesgo, en los grupos de familiares de pacientes con enfermedad mental grave ( $P=0.015$ ), en comparación con los del grupo control.

**Tabla 6. Frecuencia de individuos con síndrome alto riesgo de psicosis de acuerdo a la PRIME SCALE**

	Familiares de pacientes con trastorno bipolar	Familiares de pacientes con esquizofrenia	Controles
Individuos con riesgo, por puntuación mínimo en un ítem mayor a 7	2**	6**	5**
Porcentaje de la muestra con riesgo	20%	21.42%	16.66%

\*\*Correlación de pearson:  $P= 0.015$

La edad, el sexo y el grado de escolaridad no fueron un factor que mostrara correlación con el riesgo de tener susceptibilidad a alto riesgo de psicosis de acuerdo a la escala PRIME.

## DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, y haciendo referencia a la tabla 6, se encontró un mayor número de personas con riesgo, en los grupos de familiares de pacientes con enfermedad mental grave ( $P=0.015$ ), en comparación con los del grupo control. Con lo anterior queda comprobada la hipótesis de esta investigación la cual era de:

La frecuencia de familiares de pacientes con enfermedad mental grave que tienen el síndrome de alto riesgo de psicosis, es más alta que la frecuencia de población general.

Es difícil parrear este trabajo con alguna otra investigación, puesto que no existe alguno otro que tenga criterios similares, puesto que no se había estudiado un grupo de familiares; tomando en cuenta el estudio realizado en México, realizado en el 2007 en la ciudad de México, en donde se realiza a 532 adolescentes de población general, en donde salió el estudio positivo en un 18.4%, y nuestro estudio, en población general fue de 16.6%.

El resto de variables ingresadas no mostraron datos que se correlacione con el riesgo de pródromos de psicosis.

## CONCLUSIÓN

Con este trabajo se observó que existe más susceptibilidad de padecer síndrome de alto riesgo de psicosis en familiares de pacientes con enfermedad mental grave (esquizofrenia y trastorno bipolar), que en la población en general; así pues es importante que veamos a estos familiares como un grupo vulnerable para padecer enfermedades mentales. Dentro de los nuevos objetivos de prevención en la salud mental deberá ser detectar a estos grupos vulnerables, este estudio da la pauta para que los familiares sean uno de estos con focos de alerta.

Así pues mi propuesta es que se realicen nuevos programas preventivos y de detección dirigidos a estos grupos; tal como en otras enfermedades crónico degenerativas, por poner un ejemplo citaré a la diabetes mellitus, en donde uno de los puntos importantes en cuanto a la prevención radica que en familiares de 1er rango, se realicen una vez al año una detección capilar de glucosa; así mismo que los familiares de pacientes con enfermedad mental grave, tengan por lo menos una vez al año una consulta de valoración o de preventiva.

Este estudio es solo el inicio, queda el trabajo para los demás compañeros trabajadores en la salud mental, el realizar programas de atención preventiva a grupos en riesgo.

## Bibliografía

1. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar disorders in general population. *Arch Gen Psych*. 2007; 64 (3): 18-28.
2. Schenkel LS, Silverstein SM. Dimensions of premorbid functioning in schizophrenia: a review of neuromotor, cognitive, social and behavioral domains. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*. 2004;130 (1): 241-270
3. Walker E. Developmentally moderate expressions of neuropathology of schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1994; 20:453-480.
4. Baare WF, Van Oel CJ, Hulshoff Pol HE, et al. Volumes of brain structures in twins discordant for schizophrenia. *Arch Gen Psy*. 2001; 58:33-40.
5. Yung AR, Organ BA, Harris MG. Management of early psychosis in generic adult mental health services. *Aust NZ J Psych*. 2003; 37:429-436
6. Keshavan MS, Delisi LE, Seidman LJ. Early and broadly defined psychosis risk mental state. *Schizophr Res*. 2011; 126:1-10
7. McGlashan TH. Early detection and intervention in schizophrenia: editor's introduction. *Schizophr Bull*. 1996;22 (2):197-199.
8. McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first episode schizophrenia: marker or determinant of course?. *Biol Psych*. 1999; 46: 899-907.
9. Lester H, Birchwood M, Bryan S, England E, Rogers H, Sirvastava N. Development and implementation of early intervention services for young people with psychosis. A case study. *BJP*. 2009; 194: 446-450.
10. Larson MK, Walker EF, Compton MT. Early signs, diagnosis and therapeutics of the prodromal phase of schizophrenia and related psychosis disorders. *Expert Rev Neurother*. 2010; 10(8): 1347-1359.
11. Borgwardt ST, McGuire PK, Aston J, Berger G, Dazzan P, Gschwandtner U, et al. Structural brain abnormalities in individuals with an at risk mental state who later develop psychosis. *BJO*. 2007; 191:69-75
12. Tandon N, Montrose D, Shah J, Rajarethinam RP, Diwadkar VA, Keshavan MS. Early prodromal symptoms can predict future psychosis in familial high risk youth. *Journ Psych Reser*. 2012;46: 105-110.
13. Fresan A, Aquipian R, Ulloa RE, Nicolini H. Traducción al español y confiabilidad del cuestionario de tamizaje para síntomas prodrómicos (PRIME Screen). *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35(6):368-371
14. Thompson A, McGorry PD, Yung A, Nelson B, Yuen HP, Wood SJ, et al. Long term follow-up of a group at ultra High Risk

- (Prodromal) forpsychosis, THE PACE 400 Study. *JAMA Psych.* 2013; 70(8): 793-802.
15. Rietdijk J, Klaassen R, Ising H, Dragt S, Nieman DH, van de Kamp J, et al. Detection of people at risk of developing a firstpsychosis: comparison of tworecruitmentstrategies. *Acta PsychiatrScand.* 2012; 126: 21-30
  16. De Koning MB, Bloemen OJN, van Amelsvoort TAMJ, Becker HE, Nieman DH, van der Gaag M, et al. Earlyintervention in patients at ultra highrisk of psychosis: benefits and risks. *Acta PsychiatrScand.* 2009; 119: 426-442.
  17. Mäki P, Koskela S, Murray GK, Nordström T, Miettunen J, Jääskeläinen E, et al. Difficulty in makingcontactwithothers and social withdrawal as earlysigns of psychosis in adolescents - theNorthernFinlandBirthCohort 1986. *EURPSY.* 2013;3114:1- 7.
  18. Ziemans TB, Schothorst PF, Sprong M, van Engeland H. Transition and remission in adolescents at ultra-highriskforpsychosis. *Schizop Res.* 2011;126: 58-64.
  19. Wagshal D, Knowlton BJ, Cohen JR, Poldrack RA, Bookheimer SY, Bilder RM, et al. Impaired automatization of a cognitiveskill in first-degree relatives of patientswithschizophrenia. *Psych Res.* 2014; 215: 294-299.
  20. Owoson A, Ndeti DM, Mbwayo AW, Mutiso VN, Khasakhala LI, Mamah D. Validation of a modifiedversion of the PRIME screenforpsychosis-risksymptoms in a non-clinicalKenyan youth sample. *ComprehenPsy.* 2014; 55:380-387.
  21. Rangel HC, Diaz L, Arrendo A. Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México. *Salud Ment.* 2011;34(2): 2-5.
  22. Cocchi A, Lora A, Meneghelli A, LaGreca E, Pisano A, Cascio T, et al. Sexdifferencesinfirst-episodepsychosisandinpeople at ultra-highrisk. *Psych Res.* 2014; 215(6): 314-322.
  23. Correl CU, Hauser M, Auther AM, Cornblatt A, et al. Reserch in peoplewithpsychosisrisksyndrome: a review of thecurrentevidence and futuredirections. *Journal of ChildPsych.* 2010; 51(4): 390-34151:4 (2010).
  24. Simon AE, Cattapan K, Gruber K, Ouertani J, Zimmer A, Roth B, et al. Subclinicalhallucinations in adolescentoutpatients:anoucomestudy. *Schizop Res.* 2009; 108 (2) 265-271.

**ANEXOS**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROTOCOLO  
"ESTUDIO COMPARATIVO DE LA FRECUENCIA DE SUSCEPTIBILIDAD PARA  
PADECER SINDROME DE ALTO RIESGO DE PSICOSIS DE FAMILIARES DE  
PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE CONTRA POBLACIÓN GENERAL"**

**PROPOSITO** El presente proyecto tiene por objetivo, la determinación suceptibilidad para padecer Síndrome de alto riesgo de psicosis en familiares de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar, también en población en general.

**PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.** Se le administrará Cuestionario de Tamizaje para síntomas prodrómicos (PRIME SCREEN)

**EFFECTOS INDESEABLES Y RIESGOS.** No tiene ningún riesgo el participar en este estudio de investigación. La prueba será aplicada por una persona entrenada en ello, la cual protegerá su confidencialidad.

**BENEFICIOS PARA LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.** Posterior a detectar patología comórbida, se dejará nota en el expediente, para el tratamiento oportuno si ésta lo requiriera.

**CONSIDERACIONES ECONÓMICAS.** Este estudio no representará ningún costo adicional para usted.

**CONFIDENCIALIDAD.** Si usted acepta participar en este estudio es necesario que sepa que su información es confidencial y nadie tiene acceso a la misma excepto las personas que desarrollaran el protocolo de investigación.

**DERECHO A ABANDONAR EL ESTUDIO.** Su participación se considera completamente voluntaria y Usted puede desistir de participar o continuar en el estudio en el momento que lo desee. Esta determinación no afectará de ninguna manera su relación con el hospital o el grupo médico.

Si Usted considera que cualquiera de los puntos antes mencionados no está claro o le surgen dudas nuevas, le suplicamos aclararlas con el investigador responsable: Dra. Marlene Ylian Angeles Lomelí. Disponible en el Hospital Fray Bernardino Alvarez.

**AUTORIZACIÓN.** He leído el contenido de este escrito, y he decidido por voluntad propia participar en este estudio. Sus objetivos, los riesgos posibles e inconveniencias me han sido explicados y aclarados a satisfacción.

Fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Dra. **Marlene Y. Ángeles Lomelí**  
Investigador

**Carta de información al jefe de servicio.**

México, D.F., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_.

Dr. Francisco Mesa Ríos.  
Jefe de la Consulta Externa.  
Presente.

Por este medio envío un cordial saludo, y aprovecho para solicitar a usted autorización para la realización del protocolo de estudio **“Estudio comparativo de la frecuencia de síndrome de alto riesgo de psicosis en familiares de pacientes con trastorno bipolar contra esquizofrenia.”**, mismo que pretende llevarse a cabo durante un mes por la residente **Marlene Ylian Ángeles Lomelí**, en el servicio de Consulta Externa, no omito anexar la aprobación de los comités de investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

**El estudio consistirá en la aplicación** Cuestionario de Tamizaje para síntomas prodrómicos (PRIME SCREEN) a los familiares de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar que se encuentren en el área de consulta externa.

Agradeciendo su apoyo y atención prestada.

Atentamente

---

**Dra. Marlene Y. Ángeles Lomelí**  
Residente de tercer año de Psiquiatría



## CUADRO 2. CRONOGRAMA

<i>Actividad</i>	<i>Fecha en la que se realizará</i>
1. Aprobación de la tesis	Marzo de 2015
2. Colección de los datos	Marzo- mayo 2015
3. Análisis	Mayo 2015
4. Redacción	Junio 2015
5. Entrega	Junio 2015

## Yale University PRIME Screening Test

- a) Para obtener resultados precisos, debe ser completamente honesto en su respuesta a las doce preguntas de esta prueba.
- b) Circule (con un bolígrafo o lápiz) la respuesta que aparece debajo de la frase que mejor representa su nivel de acuerdo con la declaración anterior.

1. Creo que pasan cosas raras o inusuales que no puedo explicar.

Definitivamente en desacuerdo  
Algo en desacuerdo  
Ligeramente en desacuerdo  
No estoy seguro  
Ligeramente de acuerdo  
Bastante de acuerdo  
Totalmente de acuerdo

2. Creo que soy capaz de predecir el futuro.

Definitivamente en desacuerdo  
Algo en desacuerdo  
Ligeramente en desacuerdo  
No estoy seguro  
Ligeramente de acuerdo  
Bastante de acuerdo  
Totalmente de acuerdo

3. He sentido que hay algo que interrumpe o controla mis pensamientos, sentimientos o acciones.

Definitivamente en desacuerdo  
Algo en desacuerdo  
Ligeramente en desacuerdo  
No estoy seguro  
Ligeramente de acuerdo  
Bastante de acuerdo  
Totalmente de acuerdo

4. He tenido la experiencia de hacer cosas de forma distinta a los demás debido a mis supersticiones.

Definitivamente en desacuerdo  
Algo en desacuerdo  
Ligeramente en desacuerdo  
No estoy seguro  
Ligeramente de acuerdo  
Bastante de acuerdo  
Totalmente de acuerdo

5. En algunas ocasiones me he confundido al no saber si algo que vivo o percibo es real o sólo es parte de mi imaginación

Definitivamente en desacuerdo  
Algo en desacuerdo  
Ligeramente en desacuerdo  
No estoy seguro  
Ligeramente de acuerdo  
Bastante de acuerdo  
Totalmente de acuerdo

6. Es posible que otras personas puedan leer mi mente o yo pueda leer la mente de los demás.

Definitivamente en desacuerdo  
Algo en desacuerdo  
Ligeramente en desacuerdo  
No estoy seguro  
Ligeramente de acuerdo  
Bastante de acuerdo  
Totalmente de acuerdo

7. Me pregunto si la gente planea hacerme daño o si va a hacerme daño.

Definitivamente en desacuerdo  
Algo en desacuerdo  
Ligeramente en desacuerdo  
No estoy seguro  
Ligeramente de acuerdo  
Bastante de acuerdo  
Totalmente de acuerdo

8. Creo que tengo poderes especiales o sobrenaturales, además de mis propios talentos.

Definitivamente en desacuerdo  
Algo en desacuerdo  
Ligeramente en desacuerdo  
No estoy seguro  
Ligeramente de acuerdo  
Bastante de acuerdo  
Totalmente de acuerdo

9. A veces creo que mi mente "me juega trucos o me engaña"

Definitivamente en desacuerdo  
Algo en desacuerdo  
Ligeramente en desacuerdo  
No estoy seguro  
Ligeramente de acuerdo  
Bastante de acuerdo  
Totalmente de acuerdo

10. He tenido la experiencia de escuchar cosas o la voz de una persona(s) susurrándome o hablándome cuando no hay nadie cerca de mí

Definitivamente en desacuerdo  
Algo en desacuerdo  
Ligeramente en desacuerdo  
No estoy seguro  
Ligeramente de acuerdo  
Bastante de acuerdo  
Totalmente de acuerdo

11. Creo que he escuchado mis propios pensamientos en voz alta

Definitivamente en desacuerdo  
Algo en desacuerdo  
Ligeramente en desacuerdo  
No estoy seguro  
Ligeramente de acuerdo  
Bastante de acuerdo  
Totalmente de acuerdo

12. Me preocupa que me esté "volviendo loco"

Definitivamente en desacuerdo  
Algo en desacuerdo  
Ligeramente en desacuerdo  
No estoy seguro  
Ligeramente de acuerdo  
Bastante de acuerdo  
Totalmente de acuerdo