



**BENEMÉRITA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “DR. RAFAEL
SERRANO”
FACULTAD DE MEDICINA**

**PRUEBA CMASR-2 EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
“DR. RAFAEL SERRANO” DURANTE EL PERÍODO
AGOSTO-NOVIEMBRE 2021**

Tesis para lograr el grado de Especialista en Psiquiatría

Presenta:
Dra. Denisse Martin del Campo Muñoz

Directora de Tesis:
Dra. Laura Eréndira Gómez Mendoza

Asesor de Tesis:
Dr. Gonzalo Flores Álvarez

H. Puebla de Zaragoza, enero 2023

AGRADECIMIENTOS

A mamá por hacerme quien soy y enseñarme todo lo que me ha hecho triunfar en la vida, por ser mi mejor amiga y sobre todo por soportarme cuando ni yo me soporto, sin ti no sería nada de lo que soy. Siempre seré una mini tú.

A mi papá por ser un padre ejemplar, por siempre haberme dado todo, por recordarme ser una buena persona y que le devuelva al mundo un poco de lo mucho que se me ha ofrecido.

A mi adorada Mich, no tienes idea de cuanto te amo y cuanto agradezco tenerte en mi vida, eres mi persona y sin ti mi vida jamás sería la misma. Siempre serás mi gordita que pedía de mis chocolates.

A mi pequeño Eric, que siempre ha puesto la vara muy alta para mí, al ser el más inteligente de la familia, te admiro y tengo mucha fe en que harás cosas grandiosas.

A mis preciosas Mila&Marcy, son mis amores incondicionales. Gracias por existir en mi vida.

A Arturo, gracias por estar aun en la distancia, por demostrarme que hay relaciones que, si son para siempre, por recordarme quien soy y lo que puedo hacer.

A Ricardo, gracias por ser mi mejor amigo, la residencia fue un lugar mucho mejor contigo, me divertí, reí, lloré, y crecí montones con tu compañía. Gracias por haber sido parte mi vida.

A Hussein, tenerte como Rmás fue difícil, pero fue por tus enseñanzas, que me volví la residente que fui y la psiquiatra que seré. Gracias por estar en mis momentos más oscuros, por ser mi apoyo, por sostenerme, por secar mis lágrimas y por siempre buscar mi bienestar.

A Samara y Majo, fueron las mejores R4 que pude tener, por ser como mis segundas madres en este lugar y protegerme cuando lo necesité, además de darme confianza y el mejor ejemplo para ser Rmás. Las adoro con todo mi corazón, espero se sientan orgullosas de mí, aunque me voy por el camino de Legal y no Enlace.

A los Slytherins (Chris, Jorge, Jos y Robert) ustedes fueron una grandiosa red de apoyo para mí cuando lo necesité y creo que no se los he dicho lo suficiente, estar con ustedes en el R3 me salvó y me dio amigos para toda la vida, siempre serán mis niños, aunque crezcan, no duden que cuentan conmigo para cualquier cosa. Son lo mejor del hospital, no dejen que nadie los haga dudar de ustedes, espero haber sido un buen ejemplo y se lleven algo provechoso del tiempo que estuvimos juntos. Los adoro.

A mis adscritos y profesores, gracias por ver el potencial y hacerme saber lo que veían en mí, cuando había momentos en que ni siquiera yo era capaz de verlo, por todas sus enseñanzas y ser parte de mi crecimiento como psiquiatra y persona, en especial a la Dra. Tello, la Dra. Flor Shuney y la Dra. Brindis, les debo muchísimo.

A las poquitas, pero muy geniales personas que no menciono antes, pero fueron parte del camino, gracias por enseñarme tantísimas cosas, no solo psiquiatría, por hacerme reír y hacerme disfrutar esta experiencia.

DEDICATORIA

Este logro es tuyo, chapita.
Todo lo que soy y seré, es gracias a ti.
Te amo con todo mi corazón.

RESUMEN

Introducción: La esquizofrenia es uno de los padecimientos con más importancia en el campo psiquiátrico, presentándose en el 1% de la población mundial. Con características heterogéneas desde su presentación clínica hasta su evolución y un curso crónico, que puede derivar en deterioro del funcionamiento global. En algunos casos presentan otros trastornos o síntomas comórbidos, los cuales intervienen en el curso y pronóstico de esta patología.

Objetivo: Determinar si existe sintomatología ansiosa comórbida en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano”, durante el período agosto-noviembre 2021.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se seleccionaron a 162 pacientes (111 hombres y 51 mujeres) con diagnóstico de esquizofrenia, se les aplicó el MINI (Entrevista neuropsiquiátrica internacional) y la prueba CMASR-2.

Resultados: La población estuvo conformada por 69% (n=111) hombres y 31% (n=51) mujeres, entre 18 y 45 años, dos terceras partes de ellos presentaban psicosis crónica. Por su parte, un tercio presentaba síntomas positivos. El 80% se encontraba en tratamiento con antipsicóticos. En cuanto a los resultados de la prueba CMASR-2 se encontró que la mitad de la muestra presentaba altos niveles de inquietud y en el caso de ansiedad social, un tercio de las mujeres presentan niveles altos.

Discusión: Estudios previos han mostrado la prevalencia de trastornos ansiosos, los cuales se pueden observar a lo largo de toda la evolución de la esquizofrenia, este estudio coincide con la bibliografía al respecto, con niveles altos de ansiedad social, principalmente en mujeres. Además de la presencia de este tipo de sintomatología en más del 50% de los pacientes.

Conclusiones: La investigación e identificación de trastornos comórbidos en la población con esquizofrenia, debe establecerse como un paso ineludible durante el diagnóstico y seguimiento de esta población, ya que permite realizar los cambios necesarios en el tratamiento integral, incluyendo los psicofármacos y la psicoterapia, mejorando el curso de su patología de base, así como su calidad de vida y funcionamiento global.

Palabras claves: Ansiedad, Esquizofrenia, CMASR-2.

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is one of the most important conditions in the psychiatric field, occurring in 1% of the world population. With heterogeneous characteristics from its presentation to its evolution and a chronic clinical course, which can lead to impaired functioning global. In some cases, they present other disorders or comorbid symptoms, which intervene in the course and prognosis of this pathology.

Objective: Determine if there are comorbid anxious symptoms in patients diagnosed with schizophrenia at the "Dr. Rafael Serrano", during the period August November 2021.

Methodology: Observational, descriptive cross-sectional study. 162 patients (111 men and 51 women) with a diagnosis of schizophrenia were selected, the MINI (International Neuropsychiatric Interview) and the CMASR-2 test were applied to them.

Results: The population was made up of 69% (n=111) men and 31% (n=51) women, between 18 and 45 years old, two thirds of them presented chronic psychosis. For their part, a third had positive symptoms. 80% were under treatment with antipsychotics. Regarding the results of the CMASR 2 test, it was found that half of the sample presented high levels of restlessness and in the case of social anxiety, a third of the women presented high levels.

Discussion: Previous studies have shown the prevalence of anxiety disorders, which can be observed throughout the entire course of schizophrenia. This study coincides with the literature on the matter, with high levels of social anxiety, mainly in women. In addition to the presence of this type of symptomatology in more than 50% of patients.

Conclusions: The investigation and identification of comorbid disorders in the population with schizophrenia should be established as an unavoidable step during the diagnosis and follow-up of this population, since it allows the necessary changes to be made in the comprehensive treatment, including psychoactive drugs and psychotherapy, improving the course. of their underlying pathology, as well as their quality of life and global functioning.

Keywords: Anxiety, Schizophrenia, CMASR-2.

ÍNDICE GENERAL

1. Marco teórico	1
1.1 Introducción	1
1.2 Esquizofrenia	2
1.2.1 Antecedentes Históricos	2
1.2.2 Definición	3
1.2.3 Epidemiología	4
1.2.4 Etiología	4
1.2.4.1 Factores genéticos	5
1.2.4.2 Factores neuroquímicos	6
1.2.4.3 Factores ambientales	6
1.2.4.4 Factores psicológicos	7
1.2.5 Criterios diagnósticos	8
1.2.6 Manifestaciones clínicas	10
1.2.6.1 Síntomas positivos	11
1.2.6.2 Síntomas negativos	12
1.2.7 Clinimetría	13
1.2.8 Diagnóstico Diferencial	13
1.2.9 Tratamiento	14
1.2.9.1 Fases	14
1.2.9.1.1 Aguda	14
1.2.9.1.2 De mantenimiento	15
1.2.9.2 Antipsicóticos	15
1.2.9.3 Terapia electroconvulsiva	16
1.2.9.4 Intervenciones psicológicas	16
1.2.10 Evolución y Pronóstico	17
1.3 Ansiedad	17
1.3.1 Antecedentes históricos	17
1.3.2 Definición	18
1.3.3 Epidemiología	19

1.3.4	Etiología	20
1.3.4.1	Teorías biológicas	20
1.3.4.2	Teorías psicológicas	21
1.3.5	Criterios diagnósticos	22
1.3.6	Manifestaciones clínicas	27
1.3.7	Diagnóstico Diferencial	28
1.3.8	Tratamiento	28
1.3.9	Evolución y pronóstico	29
1.4	Ansiedad y psicosis	29
2.	Metodología	31
2.1	Justificación	31
2.2	Hipótesis	32
2.3	Objetivos	33
2.3.1	Objetivo general	33
2.3.2	Objetivos secundarios	33
2.3.3	Objetivos específicos	33
2.4	Material y Métodos	35
2.4.1	Diseño del estudio	35
2.4.2	Población	35
2.4.2.1	Criterios de inclusión	35
2.4.2.2	Criterios de exclusión	35
2.4.2.3	Criterios de eliminación	35
2.4.3	Instrumentos	36
2.4.3.1	Prueba CMASR-2	36
2.4.3.2	MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional	37
2.4.4	Procedimiento	37
3.	Resultados	39
3.1	Análisis estadístico	39
3.2	Discusión	55
3.3	Conclusiones	57
4.	Limitaciones	59

5. Consideraciones éticas	60
6. Referencias	61
7. Anexos	66
7.1 Consentimiento informado	66
7.2 Prueba CMASR-2	67
7.3 MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descriptores cualitativos para los rangos de puntuación del CMASR-2	35
Tabla 2. Análisis estadístico de la población por sexo	37
Tabla 3. Distribución de psicosis actual o crónica por sexo	39
Tabla 4. Defensividad por sexo	42
Tabla 5. Inquietud por sexo	43
Tabla 6. Ansiedad fisiológica por sexo	45
Tabla 7. Ansiedad social por sexo	46
Tabla 8. Ansiedad total por sexo	48
Tabla 9. Porcentaje de defensividad, inquietud y ansiedad en hombres	49
Tabla 10. Porcentaje de defensividad, inquietud y ansiedad en mujeres	49
Tabla 11. Porcentaje de defensividad, inquietud y ansiedad en psicosis actual	50
Tabla 12. Porcentaje de defensividad, inquietud y ansiedad en psicosis crónica	51
Tabla 13. Valor F y significancia de las variables entre hombre y mujeres	52

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución de la población por sexo	37
Gráfica 2. Presencia de psicosis actual y crónica en hombres	38
Gráfica 3. Presencia de psicosis actual y crónica en mujeres	38
Gráfica 4. Tratamiento antipsicótico en hombres	39
Gráfica 5. Tratamiento antipsicótico en mujeres	40
Gráfica 6. Causas de mala adherencia al tratamiento	40
Gráfica 7. Frecuencia de defensividad en hombres	41
Gráfica 8. Frecuencia de defensividad en mujeres	41
Gráfica 9. Frecuencia de inquietud en hombres	42
Gráfica 10. Frecuencia de inquietud en mujeres	43
Gráfica 11. Frecuencia de ansiedad fisiológica en hombres	44
Gráfica 12. Frecuencia de ansiedad fisiológica en mujeres	44
Gráfica 13. Frecuencia de ansiedad social en hombres	45
Gráfica 14. Frecuencia de ansiedad social en mujeres	46

Gráfica 15. Frecuencia de ansiedad total en hombres	47
Gráfica 16. Frecuencia de ansiedad total en mujeres	47
Gráfica 17. Presencia de defensividad, inquietud y ansiedad en hombres	48
Gráfica 18. Presencia de defensividad, inquietud y ansiedad en mujeres	49
Gráfica 19. Presencia de defensividad, inquietud y ansiedad en psicosis actual	50
Gráfica 20. Presencia de defensividad, inquietud y ansiedad en psicosis crónica	51

1. MARCO TEÓRICO

1.1 INTRODUCCIÓN

Este estudio nace de la observación de los pacientes en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano”, a este grupo de pacientes se les atiende por un grupo de situaciones muy particulares: heteroagresividad, alucinaciones de comando o ideas delirantes que pusieran en riesgo su vida, y en algunas ocasiones la de terceros, y en casi ninguna ocasión por síntomas depresivos o ansiosos, a pesar de si llegar a ser reportados por los pacientes, lo cual es entendible en un momento de urgencia, donde se sopesa la posibilidad de hospitalización, pero no siendo abordado al ser estabilizados, ni durante el internamiento ni en el manejo en consulta externa. Es por esto, que este estudio pretende demostrar la existencia de síntomas psiquiátricos en este grupo de pacientes, no exclusivamente los del espectro psicótico.

Aun en el área médica hay mucha desinformación acerca de la enfermedad denominada esquizofrenia, a pesar de afectar a cerca del 1% de la población mundial, considerada un grupo de trastornos con características heterogéneas, desde su presentación clínica, hasta su evolución y respuesta al tratamiento, dificultando el diagnóstico correcto tanto en los pacientes con genuina sintomatología psicótica, como en aquellos que son confundidos por algunas características similares, principalmente para médicos poco entrenados.

Además de considerar que es un trastorno crónico y con una evolución que lleva al deterioro general del paciente, es uno por no decir el principal trastorno mental más grave, que presenta una etiología que no ha logrado ser esclarecida del todo. Volviéndose una situación complicada para todos aquellos que se ven envueltos en el padecimiento. Aunado a esto, debe considerar la dificultad por la que atraviesan los pacientes que presentan otro tipo de sintomatología, llámese afectiva o ansiosa ya que, en muchas ocasiones, a pesar de ser atendidos por médicos psiquiatras, este tipo de sintomatología es relegada por la gravedad de la sintomatología psicótica, con síntomas positivos (alucinaciones o ideas delirantes), que pueden poner en peligro la vida del paciente y de las personas a su alrededor.

Algunas cifras de la OMS reportan que más del 50% de los pacientes con este diagnóstico no reciben una atención adecuada y más del 90% viven en países de ingresos medios o bajos. Ante estos datos, es nuestro deber como médicos psiquiatras difundir la mayor información posible de esta patología y abordar todas las posibles intervenciones terapéuticas.

La principal intención de esta tesis es permitirle a cualquier médico que lea sobre el tema, el considerar una visión más general de este grupo de pacientes, incluir durante su interrogatorio la posibilidad de la presencia de otra sintomatología aparte de la clásica presentada en la esquizofrenia. Logrando así, la inclusión de tratamientos farmacológicos o psicoterapéuticos para los síntomas de algunos trastornos psiquiátricos comórbidos, particularmente síntomas ansiosos, mejorando su calidad de vida, desempeño global y de ser posible, su pronóstico.

1.2 ESQUIZOFRENIA

1.2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Las enfermedades mentales tienen su principio casi a la par del inicio de la humanidad, y con el paso del tiempo, se les han atribuido diferentes causas y/o significados. Las primeras referencias aparecen en las antiguas civilizaciones, se relacionaban a posesiones demoníacas, brujería o castigos divinos, siendo tratados mediante el uso de conjuros, trepanaciones, entre otras maneras¹. Los griegos entre ellos, Hipócrates y Aristóteles, crearon teorías sobre las causas que originaban estos trastornos, mediante la observación de pacientes y sus condiciones. Mientras que, en Egipto se mencionan síntomas psicóticos en el Papiro de Ebers. A pesar de estos datos, los primeros testimonios de casos similares a esta patología datan de fechas posteriores a 1800²

Durante la Edad Media, el conocimiento se vio detenido, se mantiene la idea de que la “locura” proviene de un castigo divino y, por lo tanto, debían ser tratados con exorcismos o castigos físicos³.

La Esquizofrenia no llega a ser reconocida como enfermedad humana hasta el Siglo XIX. En esta época es reconocido Philippe Pinel (1745-1826), padre de la psiquiatría francesa, por devolverle a los esquizofrénicos, la humanidad que se les había sido arrebatada, siendo el primero en tratarlos como pacientes y no como gente peligrosa que debía estar aislada de la sociedad¹. Se empezaron a manejar los diferentes conceptos como *Daemetia Praecox* por Benedict Morel (1809-1873), médico francés, el cual describió a pacientes jóvenes que presentaban deterioro cognitivo y discapacidad, sintomatología similar a la presentada en la demencia clásica. Emil Kraepelin (1856-1926), psiquiatra alemán y padre de la psiquiatría moderna, es el primero en incluirlo en su “Tratado de las Enfermedades Mentales” bajo el nombre de demencia precoz y lo clasifico en tres tipos diferentes. No fue hasta la llegada de

Eugen Bleuler (1857-1939), psiquiatra suizo, que se hizo la aclaración contra la demencia senil, señalándose que existían pacientes de edad madura y que no todos llegaban a un deterioro precoz de sus funciones mentales, siendo así que se denominó Esquizofrenia, término que se mantiene hasta la actualidad. Además, aclaró que existía una pérdida entre los procesos mentales y las emociones, siendo así diferenciado de la enfermedad maníaco-depresiva. Establece las cuatro A de Bleuler, las cuales se consideran síntomas fundamentales del cuadro: asociaciones laxas del pensamiento, aplanamiento afectivo, ambivalencia y autismo, señalando también síntomas accesorios como las ideas delirantes, alucinaciones, trastornos del lenguaje o memoria, entre otros². Kurt Schneider (1887-1967), psiquiatra alemán, dio su aportación con la descripción de lo que denominó los síntomas de primer orden, los cuales resultaban útiles para el diagnóstico, presentó los síntomas de segundo orden y las expresiones clínicas. Por su parte Gatan De Clerambault (1872-1934), psiquiatra francés, introdujo la clasificación de síntomas negativos y positivos, considerando los positivos como las alucinaciones y delirios, mientras que los negativos incluían el deterioro del pensamiento y la atención¹.

En 1950 se inicia la era de los psicofármacos con el descubrimiento de la clorpromacina. Con la aparición de los antipsicóticos típicos, comienza la comprensión de los procesos neurobiológicos que se presentan en estas patologías. En la actualidad, gracias al desarrollo de diferentes disciplinas se ha ampliado el conocimiento sobre la esquizofrenia, entendiéndose como una enfermedad orgánica y dedicando los esfuerzos en lograr intervenciones adecuadas para conseguir la reducción del impacto negativo sobre los pacientes, consiguiendo así su integración comunitaria³.

1.2.2 DEFINICIÓN

La palabra “esquizofrenia” proviene de las raíces griegas *schizein*, lo cual significa escindir y/o romper y *phren*, que significa mente y/o razón. Comprendiendo una modificación de la percepción de la realidad, como la “escisión de la mente”⁴.

La esquizofrenia comprende un grupo de trastornos con características heterogéneas, desde la presentación clínica hasta la respuesta al tratamiento y la evolución. Los síntomas son agrupados principalmente en positivos, negativos y cognitivos, afectando a gran parte de las

áreas de actividad mental, entre las cuales se encuentran: percepción, emoción, cognición, pensamiento y comportamiento⁵.

Los síntomas positivos son conocidos por representar el exceso en las funciones normales, en este grupo se engloban los delirios, las alucinaciones y las conductas desorganizadas. Mientras que, los síntomas negativos presentan la disminución de las mismas, se pueden englobar en este grupo a la anhedonia, el aplanamiento afectivo, la abulia y la alogia, estos tienen un peor pronóstico y resultan más incapacitantes. Por último, los síntomas cognitivos se presentan aún antes de establecer el diagnóstico e incluyen la afectación en la cognición social, memoria de trabajo, aprendizaje, atención, funciones ejecutivas y memoria⁵.

1.2.3 EPIDEMIOLOGÍA

Es considerado el trastorno más grave del área psiquiátrica, altamente discapacitante y representando una carga social y económica de gran peso. La prevalencia mundial se ha establecido alrededor del 1% de la población, lo que incluiría a más de un millón de personas en México y cerca de 72 millones en el mundo⁵. Se ha mostrado con una prevalencia igual entre hombres y mujeres. Las edades de inicio y la evolución son diferentes, tiene una aparición más temprana en los hombres, siendo comúnmente entre los 10 y los 25 años y entre los 25 y los 35 años en las mujeres, con un segundo pico de presentación después de los 40 años⁴. Mientras que el inicio de la patología previo a los 10 años o posterior de los 60 años es muy poco frecuente. Entre el 10 al 15% de los pacientes mueren por suicidio y al menos el 50% de ellos lo intentan alguna vez en su vida. Aun siendo una enfermedad con gran impacto, se dispone de poca información sobre los pacientes, su diagnóstico y tratamiento⁶.

1.2.4 ETIOLOGÍA

No existe un único factor etiológico conocido en la esquizofrenia, se considera que su aparición es multifactorial, siendo afectado tanto el genotipo como el fenotipo. Considerándose así que, si bien existe una predisposición genética a la enfermedad, se ven igualmente implicados factores ambientales, tales como los eventos estresantes, los cuales deben interactuar para el desarrollo del trastorno⁷. Algunos estudios logran establecer que la herencia es del 81% mientras que al ambiente se le atribuye el 11%.

Se puede concluir que los pacientes con este trastorno, sufren a comparación de la población general una combinación de varios potenciales adversos desde el período prenatal⁴.

1.2.4.1 FACTORES GENÉTICOS

La probabilidad de padecer esquizofrenia se encuentra relacionada con el parentesco y la cercanía con un familiar afectado (primer, segundo o tercer grado). Se incrementa en un 50% cuando ambos padres tienen el diagnóstico, mientras que de un 60-84% cuando se trata de gemelos monocigóticos. No obstante, estos datos sobre gemelos monocigóticos permiten pensar en la implicación de otros factores, estableciendo la existencia de un modelo de vulnerabilidad-predisposición, el cual considera la influencia del ambiente y los factores biopsicosociales que podrían prevenir o condicionar la aparición del trastorno en personas genéticamente vulnerables⁸.

No ha sido posible hallar un gen de alta confiabilidad. Dentro de los cromosomas que se han visto implicados, se encuentran: 1q, 5q, 6p, 8p, 10p, 13q, 15q y 22q. Mientras que los genes con mayor importancia son la Disbindina (cromosoma 6) y la Neuroregulina 1 (cromosoma 8), pero aún se estudian otros genes que pudieran tener implicaciones y contribuciones para el desarrollo de la esquizofrenia⁹.

Fenotípicamente, se han reportado algunas alteraciones físicas menores, las cuales se consideran una alteración prenatal durante el desarrollo del tubo ectodérmico, asociando así un neurodesarrollo anómalo. Un estudio ha reportado que altas tasas de estas alteraciones se asocian a mayor riesgo del desarrollo de un trastorno del espectro esquizofrénico, reflejando que esta alteración se presenta en el segundo trimestre del neurodesarrollo. Dentro de las anomalías físicas se encuentran circunferencia cefálica menor, implantación baja de orejas, anomalías de los dermatoglifos, paladar arqueado, etc.), en el grupo de las anomalías conductuales disminución en la expresividad, aislamiento social, etc. En las neuropsicológicas, principalmente el déficit cognitivo generalizado¹⁰.

1.2.4.2 FACTORES NEUROQUÍMICOS

La hipótesis más estudiada es la que señala que la esquizofrenia tiene su origen en la actividad dopaminérgica excesiva, siendo relacionada directamente sobre síntomas específicos como las alucinaciones y las ideas delirantes. Esta teoría parte del uso de los antipsicóticos, los

cuales actúan como antagonistas del receptor de D2, y de aquellas sustancias que pueden aumentar la actividad dopaminérgica (anfetaminas), las cuales empeoran los síntomas psicóticos. Sin embargo, se desconoce a detalle los mecanismos por los cuales se presenta esta hiperactividad dopaminérgica. La liberación excesiva de dopamina está relacionada con la gravedad de los síntomas positivos. Por otro lado, se ha propuesto que la hipofunción de la dopamina en la corteza prefrontal puede ser la responsable de algunos síntomas prodrómicos antes de la primera fase aguda y de algunos síntomas negativos⁷.

Se han propuesto, hipótesis alternativas, principalmente por la dificultad para confirmar la hipótesis dopaminérgica y al percatarse que no en todas las ocasiones, son eficaces los agentes dopaminérgicos⁴. Se ha incluido a la serotonina, como causante de los síntomas positivos y negativos, obteniendo su validez de la actividad antagonista de serotonina observada en la clozapina y otros antipsicóticos atípicos, que reduce los síntomas positivos en pacientes crónicos. Otra monoamina estudiada, es la noradrenalina, la teoría expone que la pérdida de neuronas noradrenérgicas favorece los síntomas negativos y el deterioro característico de la enfermedad, los resultados en ocasiones son contradictorios. Posiblemente la implicación de los cambios de los niveles de noradrenalina son predictores tempranos del deterioro y recaída en la esquizofrenia⁵.

1.2.4.3 FACTORES AMBIENTALES

Como se mencionó previamente, la susceptibilidad genética no basta para la expresión de la patología. Dentro de los factores asociados con la etiología se encuentran:

- Estación de nacimiento: los pacientes con este diagnóstico presentan mayores probabilidades de ser nacidos en los meses de invierno, el riesgo relativo es cerca del 10%. Estos datos se han relacionado también con la presencia de gripe durante el embarazo tiene más riesgo de esquizofrenia⁵.
- Infecciones: la exposición materna a procesos infecciosos como el virus de la influenza, el virus del herpes, el citomegalovirus, la toxoplasmosis, generan mayor riesgo de padecer esquizofrenia, sin haber sido aclarados aun los mecanismos por los cuales los virus alterarían el proceso de neurodesarrollo⁵.
- Complicaciones perinatales: se ha sustentado que la esquizofrenia incluye alteraciones en el neurodesarrollo, basados en el aumento de hijos esquizofrénicos en

madres que tuvieron complicaciones intrauterinas o perinatales. Las complicaciones más comunes son la hipoxia neonatal, la hemorragia obstétrica, la incompatibilidad del factor Rh, la preeclampsia, así como bajo peso al nacer, bajo peso o desnutrición materno, evidentemente estos factores representan vulnerabilidad y no un efecto directo sobre la presencia de la enfermedad⁹.

- Edad de los padres: se ha relacionado la edad avanzada parental y la esquizofrenia, independientemente del sexo del padre. El riesgo también se encuentra presente e incluso es mayor en los padres jóvenes menores de 25 años⁵.
- Urbanidad: existe mayor riesgo en aquellos que nacen y/o crecen en áreas urbanas, no se ha podido establecer un mecanismo, pero se postula que la contaminación y uso de tóxicos pueden intervenir⁷.
- Cannabis: el consumo de cannabis en la adolescencia se relaciona con la aparición de trastornos psicóticos, pero continua sin establecerse la dirección causal de esta relación⁷.

1.2.4.5 FACTORES PSICOLÓGICOS

Los estudios realizados han logrado confirmar la existencia de alteraciones en la cognición, la atención y la percepción de los pacientes con este trastorno. Dentro de las alteraciones neuropsicológicas observadas se encuentra la disfunción en los movimientos oculares y dificultades en las pruebas de atención e información¹⁰.

La teoría psicoanalítica plantea que la esquizofrenia resulta de las fijaciones del desarrollo, las cuales terminan provocando defectos del Yo, debido a esta situación se afecta la interpretación de la realidad y el control de los impulsos. El inicio de los síntomas se presenta en la adolescencia, cuando se requiere de un Yo fuerte para el desarrollo de la independencia y separación adecuada de los padres. Además, los diferentes síntomas presentados tienen un significado simbólico único para los pacientes¹¹.

La teoría del aprendizaje propone que los niños padecen esquizofrenia por la imitación, aprendiendo así reacciones y formas de pensar de sus progenitores, generando relaciones interpersonales deficientes por las carencias de los modelos observados. Se ha observado que una mala dinámica familiar puede aumentar el riesgo de desarrollar esquizofrenia hasta 6

veces, un comportamiento familiar patológico aumenta de forma importante el estrés emocional, lo cual sería de importancia en un paciente vulnerable⁹.

Se ha desarrollado en algún momento, el concepto del doble vínculo (Bateson y Jackson), los cuales describían comportamientos, actitudes o sentimientos contradictorios en los padres, esto condicionaba un estado psicótico para escapar de la confusión que genera el doble vínculo. Sin embargo, los estudios realizados no cumplían con la metodología adecuada, no siendo capaz de ser una explicación causal de la esquizofrenia. Se ha estudiado también a los padres que son altamente hostiles, críticos o invasivos con los pacientes con esquizofrenia, en estas familias se ha observado que la tasa de recaída es elevada¹¹.

1.2.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

En la actualidad no se cuentan con estudios patognomónicos para el trastorno, su diagnóstico es puramente clínico y se puede establecer a partir de las dos clasificaciones más relevantes en el área (DSM-5 y CIE-10). Las características principales consisten en psicosis, aislamiento social, apatía y deterioro cognitivo, lo cual predice un deterioro global del paciente¹².

- DSM-5:
 - A. Dos o más:
 1. Delirios.
 2. Alucinaciones.
 3. Discurso desorganizado.
 4. Comportamiento desorganizado o catatónico.
 5. Síntomas negativos.
 - B. El funcionamiento se encuentra por debajo del nivel previo.
 - C. Persistencia por mínimo 6 meses.
 - D. Se descartan otros trastornos ((esquizoafectivo, depresivo o bipolar con características psicóticas).
 - E. No es atribuible a uso de sustancias o enfermedad médica.
 - F. Si existen antecedentes de trastornos del neurodesarrollo, los síntomas para hacer el diagnóstico de esquizofrenia se presentan por un mínimo de un mes.
- CIE-10:

Los criterios generales son:

1. Mínimo, 1 de:
 - a. Inserción, difusión o robo del pensamiento o eco.
 - b. Ideas delirantes de control, influencia, referidas al pensamiento, acciones, sensaciones y percepciones, así como al cuerpo y a los movimientos.
 - c. Voces alucinatorias.
 - d. Ideas delirantes persistentes.
2. O al menos 2 de:
 - a. Alucinaciones persistentes, por al menos un mes.
 - b. Neologismos, interceptación o bloqueo del pensamiento con discurso incoherente e incongruente.
 - c. Con catatonia.
 - d. Síntomas negativos¹⁴.

1.2.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Esta patología presenta la dificultad de no contar con ningún síntoma o signo patognomónico, ya que puede compartir los mismos con otros trastornos psiquiátricos o neurológicos⁴. Se ha establecido un curso en 3 fases principales: premórbida, prodrómica y psicótica. La fase premórbida se considera un período con funcionamiento relativamente normal o con complicaciones como eventos estresantes durante embarazo o en infancia y adolescencia, los cuales serán contribuyentes para el desarrollo posterior. Posteriormente se presenta la fase prodrómica, que puede abarcar desde meses a años, con un promedio de 2 a 5 años, durante este periodo se observan síntomas inespecíficos como son: irritabilidad, aislamiento social, quejas somáticas, dificultades para la atención y concentración, alteraciones del sueño, ánimo depresivo, comportamientos extraños, entre otros. En la fase psicótica se presentan síntomas que involucran diferentes áreas de funcionamiento, como es: la percepción, el pensamiento, los afectos, la conducta, el juicio y la atención, generando así deterioro en la funcionalidad general del individuo⁵.

Los síntomas de la fase psicótica se presentan en tres grupos: los síntomas positivos, los síntomas negativos y desorganizados¹⁵.

1.2.6.1 SÍNTOMAS POSITIVOS

Los síntomas positivos son aquellos en los que se presenta un aumento de la actividad de la persona, siendo las manifestaciones clínicas más evidentes de la esquizofrenia. Se pueden establecer dos dimensiones principales: la dimensión psicótica (ideas delirantes y alucinaciones) y la dimensión desorganizada (comportamiento y lenguaje desorganizados).

Las alucinaciones (visuales, auditivas, olfativas, gustativas y táctiles) consisten según Jaspers “Una percepción falsa, que no es una distorsión sensorial ni una falsa interpretación, que tiene lugar a la vez que las percepciones verdaderas”. Una característica distintiva es que estas percepciones provienen “de dentro”, aunque el sujeto las viva como si fueran “de fuera”. En la esquizofrenia, las alucinaciones más características son las auditivas, seguidas de las visuales, mientras que las táctiles, olfativas y gustativas suelen ser raras y ante su presencia debe considerarse un trastorno neurológico/médico como causante¹⁶.

Las ideas delirantes o delirios, proveniente del latín *delilare* que significa “fuera del surco” hablando del labrado en el campo, se refiere a aquellos pensamientos que se salen de lo que comúnmente se acepta como “razonable”. Sims lo define “una idea o creencia falsa, incorregible, que no está en consonancia con la procedencia sociocultural del paciente y que es sostenida con una convicción extraordinaria y certeza subjetiva”. Mientras que Jaspers delimita ciertas características como: 1) certeza subjetiva, 2) no influenciados por la experiencia y 3) la imposibilidad de su contenido⁴.

Dentro de la clasificación de las ideas delirantes, de acuerdo a su contenido, podemos encontrar los delirios de persecución/perjuicio, de referencia, celotípicos/ de infidelidad, erotomaniacos, megalomaniacos, místicos/religiosos, de culpa/minusvalía, de ruina/pobreza, nihilísticos, hipocondríacos, de infestación, de alienación del pensamiento y las falsas identificaciones delirantes¹⁵.

El pensamiento se considera la función más compleja del ser humano, siendo aquella que nos diferencia de los animales, resultado de una serie de procesos complejos que implican a todas las funciones psíquicas. Siendo explorado a través del lenguaje, se consideran elementos inseparables, que sirven para la comprensión y adaptación del sujeto a su entorno, mediante juicios y conclusiones lógicas que son ajustadas según la realidad objetiva. Para su exploración, las alteraciones se agrupan en: alteraciones del contenido y alteraciones del curso del pensamiento⁴.

Los trastornos del curso del pensamiento pueden alterarse de forma cualitativa (aumento o disminución de la velocidad) y cuantitativa (perdida de dirección y asociación entre ideas). Dentro de las alteraciones que se pueden encontrar son la aceleración o lentificación del pensamiento, el pensamiento circunstancial, el descarrilamiento, el bloqueo del pensamiento, la perseverancia, el pensamiento prolijo, el mutismo, la fuga de ideas, la asonancia por consonancia, los neologismos, entre otros⁹.

1.2.6.2 SÍNTOMAS NEGATIVOS

Los síntomas negativos constituyen elementos esenciales para la enfermedad y causantes del deterioro. Los síntomas característicos son la alogia, el aplanamiento afectivo y la abulia, en ocasiones también se puede observar la anhedonia y el deterioro atencional¹⁶.

La alogia se caracteriza por una disminución del lenguaje espontáneo, con limitación de la producción del lenguaje, representando un pensamiento pobre o concreto. Por su parte, el aplanamiento afectivo consiste en la reducción de la intensidad expresiva y las reacciones emocionales, presentando una expresión facial invariable, la reducción de movimientos y expresiones faciales. La abulia es la disminución de la capacidad de iniciar conductas dirigidas a objetivos y su realización, se considera como una pérdida de impulso, representa la disminución de los impulsos básicos y la incapacidad para realizar planes a largo plazo. La anhedonia es la imposibilidad para experimentar placer, con la sensación de vacío emocional, se pierde el placer de actividades previamente disfrutadas. Por último, el deterioro atencional se considera como la incapacidad para concentrarse o enfocarse en una tarea⁴.

La similitud entre estos síntomas y la depresión complica el diagnóstico en algunos pacientes, pudiendo presentarse en ambos casos, conductas suicidas, aunado al efecto similar causado por los antipsicóticos¹⁸.

1.2.7 CLINIMETRÍA

La evaluación mediante el uso de instrumentos estandarizados, no debe en ningún caso sustituir a la clínica, sino más bien actuar como un complemento⁴. El empleo de instrumentos permite transmitir información que posteriormente puede ser estandarizada para su aplicación en la práctica. Hay en existencia una amplia variedad de escalas que se pueden

aplicar a la Esquizofrenia, desde la psicopatología general hasta específicas para algunos síntomas particulares⁵.

A continuación, se mencionan algunas de las cuales tienen relevancia para este padecimiento:

- Entrevista Diagnóstica Programada (DIS).
- Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI).
- MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).
- Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM IV (SCID-1).
- Escala breve de evaluación psiquiátrica (BPRS).
- Escala de síndromes positivo y negativo en la esquizofrenia (PANSS)⁴.

1.2.8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de esta patología debe ser de exclusión, como se ha comentado con anterioridad, no existe ninguna característica clínica que se considere patognomónica¹⁹. Los síntomas psicóticos pueden presentarse en diversas situaciones como el consumo de sustancias, intoxicaciones, trastornos médicos metabólicos, endocrinos, infecciones, tumores, y epilepsia⁴.

Existen ciertas características que favorecen el diagnóstico, como el inicio agudo, las manifestaciones clínicas atípicas, el inicio posterior a los 30 años. Para descartar etiologías orgánicas, se realizan pruebas de laboratorio, entre las que se pueden incluir hemograma, análisis de orina, enzimas hepáticas y tiroideas, serologías frente a sífilis y VIH, etc⁵. Dentro de los estudios de imagen, se recomienda la realización de electroencefalograma, tomografía computarizada o resonancia magnética para descartar tumores o epilepsia.

Los diagnósticos diferenciales abarcan trastornos esquizoafectivos, trastornos afectivos con características psicóticas, trastornos delirantes, trastornos de personalidad, trastornos de despersonalización, trastornos facticios y de simulación, y hasta trastornos de angustia o trastornos obsesivos-compulsivos. Dentro del espectro psicótico, podemos encontrar como diferenciales, el trastorno esquizofreniforme y el trastorno psicótico breve²⁰.

1.2.9 TRATAMIENTO

Para el inicio de tratamiento, se debe realizar un diagnóstico acertado, posteriormente se establece el manejo farmacológico, psicoterapéutico y psicosocial⁴. Se debe, además, valorar

la fase en la que se encuentra la enfermedad, el deterioro, la red de apoyo y las características generales del paciente y de su sintomatología. Se establece el sitio de inicio de tratamiento (ambulatorio, hospitalario) dependiendo de las características presentadas⁵.

1.2.9.1 FASES

1.2.9.1.1 AGUDA

En la fase aguda, se debe considerar como objetivos principales: evitar el daño a sí mismo o a terceros, la disminución de la sintomatología presentada, valorar los eventos desencadenantes y su modificación, proponer un tratamiento para la fase aguda y de mantenimiento, la reinserción del paciente a la sociedad, así como procurar un adecuado funcionamiento⁹. La elección de tratamiento farmacológico (antipsicótico) debe basarse en respuesta terapéutica, efectos secundarios, tolerabilidad, entre otros aspectos. Se debe iniciar con la dosis adecuada para obtener mejoría de la sintomatología y disminuir los efectos secundarios²¹.

De primera elección se cuenta con los antipsicóticos atípicos o de segunda generación, pero los antipsicóticos típicos (primera generación) son igualmente efectivos, siendo su principal problema la potencia y los efectos secundarios. Se debe iniciar con dosis mínimas efectivas dependiendo de los síntomas y realizar aumentos según la evolución, considerando que el margen terapéutico es cerca de tres semanas para alcanzar la respuesta esperada²².

1.2.9.1.2 DE MANTENIMIENTO

En la fase de mantenimiento, se debe mantener la dosis con la que hubo respuesta, al menos durante los siguientes seis meses a un año, evitando así el riesgo de recaída. Los ajustes del medicamento serán dependientes de la evolución, con intervalos de dos semanas. Si se muestra mejoría, se puede considerar la suspensión del tratamiento, de forma paulatina, si se presentan recaídas, el tratamiento debe continuarse por 5 años, o de ser posible, toda la vida²¹.

1.2.9.2 ANTIPSICÓTICOS

Son medicamentos, principalmente, usados para la sintomatología psicótica, como en el caso de la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar, la depresión psicótica, entre otras. Se consideran como antipsicóticos de baja y alta potencia, los de baja potencia requieren dosis

altas para lograr su efecto terapéutico, predominando en ellos su efecto sedante. Mientras que los de alta potencia, precisan dosis inferiores y muestran mayores efectos neurológicos. Esta situación aunada a sus perfiles de acción clínica y sus efectos adversos determinan la elección de cada uno²¹.

Los antipsicóticos típicos o de primera generación, suelen ser antagonistas competitivos de los receptores dopaminérgicos, actuando además sobre algunos otros receptores de neurotransmisores como los adrenérgicos, muscarínicos y serotoninérgicos. Su principal eficacia consiste en los síntomas positivos, al tener unión a diferentes tipos de receptores, producen una gran cantidad de efectos adversos, con una poca tolerancia en los pacientes²². Son un grupo heterogéneo cuya acción es el bloqueo de los receptores D2, en el circuito mesolímbico, teniendo efecto sobre las manifestaciones psicóticas agudas. Son poco eficaces sobre la sintomatología negativa, asociándose además a la inducción o empeoramiento de las manifestaciones afectivas durante el curso de la enfermedad⁵.

Los antipsicóticos atípicos ofrecen un perfil diferente al bloqueo D2 que tiene, agregando la capacidad para bloquear receptores 5HT2, con lo cual se presenta una disminución de los efectos adversos. Sin embargo, tienen un perfil de impacto metabólico más importante que los antipsicóticos típicos.²²

Los efectos clínicos de los antipsicóticos se relacionan directamente con sus propiedades farmacológicas. Las interacciones con los receptores dopaminérgicos, serotoninérgicos, histaminérgicos, colinérgicos y muscarínicos son de suma importancia para los efectos secundarios. En la actualidad, se consideran como primera línea de tratamiento, al considerar su mejor control de los síntomas negativos, con una tolerabilidad y seguridad importante para los efectos extrapiramidales. Las consecuencias de su uso son alteraciones en el metabolismo de lípidos y carbohidratos, principalmente con alteraciones cardiovasculares²³.

1.2.9.3 TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

La terapia electroconvulsiva ha intentado demostrar su efecto en pacientes con esquizofrenia, llegando a la conclusión que puede resultar eficaz para fases agudas o subagudas, pero no suele ser útil en pacientes crónicos. Se puede indicar en pacientes no respondedores a tratamiento con fármacos antipsicóticos. Otra de las indicaciones son la catatonía y la depresión secundaria a la esquizofrenia²⁴.

1.2.9.4 INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

Se ha presentado un cambio en el tratamiento, se ha incluido la psicoterapia en este proceso, mostrando que la psicoterapia debe incluirse en el tratamiento general, consiguiendo así un mejor pronóstico con la rehabilitación psicosocial, al centrarse en la restauración de las capacidades del paciente para su funcionamiento en sociedad, estimulando las habilidades sociales, el desarrollo laboral, la autonomía, la cognición y la introspección²⁵.

1.2.10 EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Se considera que la evolución de la esquizofrenia puede seguir varios caminos, se considera un trastorno crónico, que inicia en la adolescencia y que, en general, tiene un mal pronóstico a largo plazo¹. Su inicio puede ser insidioso, con una fase prodrómica con cambios sutiles, durando desde meses a años. Posterior a esta fase se presenta la fase activa, con la presentación típica de los síntomas psicóticos, se presenta después, la fase residual, donde puede persistir la sintomatología psicótica, aunque con una menor intensidad. La fase activa se puede presentar de forma episódica, con variabilidad entre los episodios y sus remisiones, con la facilidad de presentar una recaída ante eventos estresantes. Los síntomas evolucionan conforme el paso del tiempo⁴.

Como sabemos, la esquizofrenia es un trastorno que genera un deterioro importante en el paciente, afectando todas las áreas de su vida, se sabe que uno de cada cinco puede tener un pronóstico relativamente bueno, evitando el deterioro grave²⁶. La predicción del pronóstico es difícil, se conocen algunos factores que podrían considerarse de mal pronóstico, entre ellos se incluye el aislamiento social, larga evolución del episodio, antecedentes de tratamiento psiquiátrico previo, soltería e historia de problemas de comportamiento en la infancia⁵. Parece que el sexo también tiene influencia, las mujeres tienen uno mejor en comparativa con los hombres, desde el pronóstico general como la respuesta al tratamiento y la actividad social²⁷.

1.3 ANSIEDAD

1.3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Las referencias a los comportamientos “ansiosos” son encontradas en diversos momentos de la historia, los primeros textos sobre medicina hacen mención a estados de aflicción o

angustia, los cuales eran síntomas acompañantes de algunas enfermedades físicas. Hipócrates llegó a mencionar a enfermos con “congoja del estómago”, “inquietud”, “aflicción con angustias”²⁸. Durante el siglo XIX, Pinel incluía en sus ciertas enfermedades, síntomas que en la actualidad corresponden con ansiedad. Ey menciona la ansiedad mórbida como “reacción afectiva patológica tan general que, lejos de constituir un síntoma o un síndrome, se encuentra más o menos en la estructura misma de todos los estados psicopatológicos, siendo uno de los reflejos de la inquietud y el miedo”²⁹.

La palabra *anxiété* se utilizó principalmente para describir estados paroxísticos de “inquietud”. Littré en 1858, definió *angoisse* como una sensación de opresión en el epigastrio, con dificultad respiratoria y congoja importante. Por otro lado, *anxiété* como un Estado de aflicción y agitación, con dificultad para respirar y sensación de opresión torácica, estableciéndose así, que la ansiedad, la angustia y la inquietud son fases de un mismo fenómeno³⁰. Por su parte, Freud en sus obras distinguía entre *angst* (angustia), *furcht* (temor) y *schreck* (terror), mientras que en sus escritos franceses utilizaba como sinónimos los términos *angoisse* y *anxiété* para la traducción de *angst*³¹.

Freud en 1895 describió un estado denominado “neurosis de ansiedad”, que se caracterizaba por tensión crónica, preocupaciones excesivas, cefaleas y ansiedad recurrente, también definiendo los “ataques de angustia”, que se caracterizaban por perturbaciones en la actividad cardíaca, digestivas y en la respiración, sudoración, temblor, parestesias, etc⁴.

En el DSM II, se incluyeron los términos “trastorno de ansiedad generalizada” y “trastorno de angustia”, estableciendo una diferencia importante entre las crisis de ansiedad espontáneas y limitadas, y el mantenimiento de estados de ansiedad crónica²⁸.

En el DSM III-R, se mantiene esa diferenciación siendo dividido a su vez al trastorno de angustia con agorafobia y sin ella²⁸.

En el DSM IV, se hace un diferencial con las crisis de angustia, aclarándose que pueden presentarse fuera del diagnóstico de trastorno de angustia e incluyéndose en otros trastornos de ansiedad, estas crisis pueden ser inesperadas o ligadas a una situación. Otra aclaración se da al explicar la diferencia entre la ansiedad patológica y la ansiedad “normal”, siendo, la primera la preocupación excesiva, difícil de controlar con deterioro funcional importante para el paciente²⁸.

En el DSM-5, las crisis de angustia se consideran un especificador aplicable a cualquier trastorno de ansiedad y a otros trastornos psicopatológicos, mientras que el trastorno de angustia y la agorafobia se separan como diagnósticos independientes²⁸.

1.3.2 DEFINICIÓN

La palabra *angustia* se ha asociado con la idea de “apuros”, lo cual se ubicaba en el precordio. Debe aclararse para definir, la diferencia entre la ansiedad “normal” y la ansiedad patológica³². La ansiedad “normal” se presenta en cualquier persona con una sensación de aprensión desagradable, con el acompañamiento de síntomas vegetativos como diaforesis, mareo, náuseas, taquicardia, opresión torácica, diarrea, inquietud, parestesias en extremidades, entre otros. Es considerada una señal de alerta, advirtiéndonos de un peligro inminente y activando la respuesta del ser humano a ese peligro, con una característica muy relevante, este peligro o amenaza es desconocido o vago. Esa característica hace la diferencia entre la definición de miedo y ansiedad. Entonces, la ansiedad puede concebirse como una respuesta normal y adaptativa, que se presenta en cualquier ser humano de posibles amenazas, haciendo así que se adopten las medidas necesarias para evadir o disminuir significativamente las consecuencias de una amenaza, activando los sistemas nerviosos simpático y parasimpático⁴.

Dentro de la ansiedad patológica, se encuentran un conjunto de trastornos psiquiátricos, que generan malestar y deterioro importante, con la característica distintiva de ser una ansiedad y preocupación persistente y desproporcionada a las circunstancias del paciente. Para su estudio se encuentran divididos en dos grandes grupos: trastornos de ansiedad y los trastornos fóbicos⁴.

1.3.3 EPIDEMIOLOGÍA

Según el National Comorbidity Survey, un estudio epidemiológico determinó prevalencias reducidas en los niveles socioeconómicos altos, que 1 de cada 4 individuos cumple criterios para al menos un trastorno de ansiedad, siendo más probable en mujeres que en hombres, con un aumento de las crisis de angustia para ellas, entre los 25 y 44 años³³. No existen aparentemente diferencias entre razas. Con una alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, llegando a presentarse hasta en el 90% de los casos³⁴. Mientras que el estudio

Epidemiologic Catchment Area señala que la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada se encuentra entre 2.5 al 6.4%, el trastorno de pánico entre el 0.4 al 1-2%, y la agorafobia entre el 2.5 al 5.8%, con una alta comorbilidad con los trastornos depresivos hasta en un 65%³⁵.

La edad de inicio es entre los 20 a 40 años, con una media de 25 años y una duración media previa al tratamiento de aproximadamente 5 años⁴.

1.3.4 ETIOLOGÍA

1.3.4.1 TEORÍAS BIOLÓGICAS

Se ha asociado con el aumento de los niveles de catecolaminas en sangre y en orina, principalmente adrenalina, a las reacciones de ansiedad. Las investigaciones han demostrado que, la aplicación de adrenalina provoca la aparición de síntomas físicos de ansiedad, no así reacciones de tipo emocional⁴. Se ha estudiado la relación entre las crisis de angustia con una descarga masiva del sistema β -adrenérgico, a partir de los estudios sobre los fármacos beta-bloqueadores, como el propanolol, el cual mejora las crisis de angustia y la ansiedad, pero hasta el momento no se ha podido demostrar que sean específicamente efectivos sobre las crisis de angustia³⁶.

Una de las teorías más relevantes, es aquella que implica al *locus coeruleus*, este núcleo contiene a más del 50% de las neuronas noradrenérgicas, con proyecciones hacia hipocampo, amígdala, lóbulo límbico y corteza cerebral. En animales de experimentación se ha observado que la estimulación eléctrica del *locus coeruleus* produce respuestas de miedo y ansiedad, por otra parte, la ablación de esta área, disminuye la posibilidad de responder con miedo ante un estímulo amenazador. En humanos, los fármacos que aumentan las descargas son ansiógenos (yohimbina) provocan ansiedad y crisis de angustia. Mientras tanto, medicamentos como el propanolol y los benzodiacepínicos, entre otros reducen la descarga del *locus coeruleus*, pero con una eficacia dudosa³⁷.

La teoría de la hipersensibilidad al dióxido de carbono sostiene que, si se añade CO₂ al aire respirado en ratas, se produce un aumento de la descarga del *locus coeruleus*, el cual es dosis-dependiente. En humanos, se intenta explicar que el CO₂ produce hipercapnia, la cual estimula los quimiorreceptores del tronco cerebral, dando lugar a hiperventilación y a crisis de angustia⁴.

Otra teoría que intenta explicar la etiología estudia los receptores benzodiazepínicos, estos receptores se encuentran ligados al receptor del neurotransmisor inhibitor ácido γ -aminobutírico (GABA). Una alteración en la sensibilidad del receptor o de un ligando endógeno puede generar un mal funcionamiento del receptor benzodiazepínico, siendo el responsable de los síntomas asociados a estos trastornos³⁵.

1.3.4.2 TEORÍAS PSICOLÓGICAS

Freud estableció su teoría de la neurosis de ansiedad o ansiedad del Ello o del impulso, originalmente aseguraba que la ansiedad partía de la energía sexual no descargada, siendo esta el producto de los impulsos sexuales del subconsciente, los cuales reprimía el preconscious. Posteriormente, establecía que la ansiedad pertenece al Yo y actúa como una alerta de peligro interior, el cual surge de un conflicto intrapsíquico entre los impulsos instintivos del Ello, las prohibiciones del Superyó y las exigencias de la realidad externa. Siendo la ansiedad una señal para utilizar las defensas que logren contrarrestar las amenazas para el equilibrio intrapsíquico. La teoría psicoanalítica establece diversos tipos de ansiedad como lo son: ansiedad de la desintegración, ansiedad persecutoria, ansiedad de separación, ansiedad de castración, ansiedad del Superyó. Esta ansiedad va relacionada con el nivel evolutivo⁴.

Se ha establecido por medio de la teoría del aprendizaje que la ansiedad es una respuesta condicionada al estímulo ambiental determinado, siendo así la crisis de angustia una respuesta a una situación temida. La dificultad para poder establecerla como la patogenia de los trastornos de ansiedad, deriva de la incapacidad de poder determinar un desencadenante en la mayoría de los pacientes³⁶.

1.3.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios diagnósticos para la fobia social, son:

- A. Miedo o ansiedad intensa en contextos sociales donde se está expuesto a la examinación por parte de otros.
- B. Miedo de mostrar síntomas de ansiedad, los cuales que sean valorados negativamente.
- C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

- D. Las situaciones sociales son evitadas o se resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real.
- F. Es persistente, y dura 6 meses o más.
- G. Causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento.
- H. No es atribuible a una sustancia ni alguna enfermedad médica.
- I. No se explica mejor por otro trastorno mental.
- J. Si existe otra afección médica, el miedo, la ansiedad o la evitación no está relacionada o es excesiva¹³.

Para establecer el diagnóstico de trastorno de pánico, necesita cumplir los siguientes criterios:

- A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Siendo este la aparición súbita de miedo intenso y/o malestar intenso, máxima expresión en minutos y con 4 (o más) de los síntomas siguientes:
 - 1. Palpitaciones, golpeteo o aceleración de los latidos.
 - 2. Sudoración.
 - 3. Temblor o sacudidas.
 - 4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
 - 5. Sensación de ahogo.
 - 6. Dolor o molestias en el tórax.
 - 7. Náuseas o malestar abdominal.
 - 8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
 - 9. Escalofríos o sensación de calor.
 - 10. Parestesias.
 - 11. Desrealización o despersonalización.
 - 12. Miedo a perder el control o de “volverse loco”.
 - 13. Miedo a morir.
- B. Al menos a uno de los ataques ha presentado, un mes (o más) de:
 - 1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques o sus consecuencias.

2. Cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques.
- C. La alteración no se atribuye a una sustancia ni a alguna enfermedad médica.
- D. No se explica por otro trastorno mental.

Para la ansiedad generalizada, los criterios diagnósticos son:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva, durante más días de los que ha estado ausente por un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades.
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de:
 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 2. Fatiga.
 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. Problemas de sueño.
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni de otra afección médica.
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental¹³.

Según el CIE-10, el trastorno de pánico se define como: ataques recurrentes con ansiedad grave (pánico), que no se limitan y son impredecibles. Los síntomas dominantes son: inicio súbito de palpitaciones, dolor torácico, sensación de asfixia, mareo y sensaciones de irrealidad. A menudo existe un miedo secundario a morir, perder el control o volverse loco.

- A. El sujeto experimenta ataques de pánico no asociados de forma consistente con una situación u objeto específicos, producidos espontáneamente. No se asocia a ejercicio físico intenso o exposición a situaciones peligrosas o amenazantes para la vida.
- B. Un ataque de pánico se caracteriza por todos los siguientes:
 1. Episodio diferenciado de intenso miedo o de malestar.
 2. Inicio abrupto.

3. Alcanza su máxima intensidad en minutos y dura, mínimo, algunos minutos.
4. Se presentan por lo menos 4 de los siguientes, uno debe ser del grupo a)-d).

Síntomas autonómicos:

- a) Palpitaciones, golpeteo del corazón, o frecuencia cardíaca aumentada.
- b) Sudoración.
- c) Temblores o sacudidas.
- d) Sequedad bucal.

Síntomas en relación con tórax y/o abdomen:

- e) Dificultad para respirar.
- f) Sensación de ahogamiento.
- g) Malestar o dolor en el pecho.
- h) Malestar abdominal o náuseas.

Síntomas del estado mental:

- i) Mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
- j) Desrealización o despersonalización.
- k) Miedo a perder el control, volverse loco o perder el conocimiento.
- l) Miedo a morir.

Síntomas generales:

- m) Sofocos de calor o escalofríos.
- n) Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.

- C. Los ataques de pánico no se deben a una enfermedad orgánica, trastorno mental orgánico u otros trastornos mentales.

El trastorno de ansiedad generalizada se establece como: ansiedad persistente y que se presenta en forma generalizada, que no se limita o predomina alguna circunstancia ambiental de forma particular. Los síntomas son variables. Con presencia de constante nerviosismo, tensión muscular, palpitaciones, mareos y náuseas, malestar abdominal, sudoración, temblores.

- A. Mínimo 6 meses con preocupación, tensión prominente, aprensión por situaciones de la vida.
- B. Presencia de al menos 4 de los síntomas, por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1 al 4:

Síntomas autonómicos:

1. Palpitaciones o golpeteo cardíaco, o frecuencia cardíaca aumentada.
2. Sudoración.
3. Temblor.
4. Sequedad bucal.

Síntomas en relación con el tórax y/o abdomen:

5. Dificultad para respirar.
6. Sensación de ahogamiento.
7. Malestar o dolor en el pecho.
8. Malestar abdominal o náuseas.

Síntomas del estado mental:

9. Mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
10. Desrealización o despersonalización.
11. Miedo a perder el control, volverse loco o perder la conciencia.
12. Miedo a morir.

Síntomas generales:

13. Sofocos de calor o escalofríos.
14. Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.
15. Tensión, dolores o molestias musculares.
16. Inquietud e incapacidad para relajarse
17. Sentimiento de estar “al límite” o bajo presión, o tensión mental.
18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

Otros síntomas no específicos:

19. Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.
20. Dificultad para concentrarse o poner su “mente en blanco”, por la preocupación o de la ansiedad.
21. Irritabilidad persistente.
22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

C. El trastorno no cumple criterios de trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno hipocondríaco.

D. No se debe a un trastorno orgánico, un trastorno mental orgánico o con el consumo de sustancias psicoactivas¹⁴.

1.3.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La ansiedad se caracteriza por presentarse en dos grandes grupos de síntomas, los psíquico y los somáticos. En la parte psíquica, se pueden observar síntomas como nerviosismo, inquietud, preocupación, tensión, irritabilidad, dificultades con el sueño, entre otros. Mientras que los somáticos, se pueden identificar múltiples variaciones, pero siempre se presentan como consecuencia de una desregulación neurovegetativa con palpitaciones, disnea, mareos, sensación de opresión torácica, temblor, náuseas y vómitos, estreñimiento o diarrea, sudoración, entre otros³⁷.

1.3.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial se realiza contra otras patologías psiquiátricas y algunas enfermedades médicas. Como primer lugar se debe hacer un diferencial entre los mismos trastornos de ansiedad. Posteriormente se han de considerar las enfermedades médicas que pueden producen sintomatología similar, como son las enfermedades endocrinológicas (hipertiroidismo e hipotiroidismo, feocromocitoma, etc.), las enfermedades cardíacas y pulmonares (arritmias, asma, anemia, etc.), las enfermedades neurológicas (epilepsia, patología del nervio vestibular, etc.), neoplasias, efectos de sustancias o medicamentos. Los trastornos psiquiátricos a considerar son la depresión, los trastornos de somatización, los trastornos de despersonalización, los trastornos psicóticos, los trastornos por consumo de sustancias⁴.

1.3.8 TRATAMIENTO

El plan terapéutico busca la remisión de los síntomas y recuperación de la funcionalidad del paciente. Como tratamiento más efectivo, se realiza una combinación con tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Además, considerar la psicoeducación y las redes de apoyo como coadyuvantes a los primeros³⁸.

El enfoque psicoterapéutico principal es la terapia cognitivo-conductual, siendo el enfoque más estudiado con aparente eficacia a corto y largo plazo. Las estrategias conductuales más

empleadas son la relajación y la biorretroalimentación. Otro enfoque a considerar es la perspectiva psicoanalítica, en el cual se buscan los temores subyacentes del paciente y se intenta aumentar la tolerancia a la ansiedad, en lugar de eliminarla³⁹.

El tratamiento farmacológico se basa en diversos fármacos ansiolíticos, como son los medicamentos benzodiacepínicos, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, los inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina, tricíclicos, antihistamínicos, los antagonistas β -adrenérgicos. La duración del tratamiento varía, desde 6 a 12 meses, hasta considerarlo a largo plazo o de por vida. Si el tratamiento farmacológico no resulta efectivo, se debe reevaluar al paciente para descartar enfermedades comórbidas o situaciones ambientales³⁷.

1.3.9 EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

El curso de los trastornos ansiosos es variable, con fluctuaciones entre recuperación y recaídas, lo cual puede tomar meses o años, pero con tendencia a la cronicidad. Si se establece un tratamiento farmacológico adecuado y a tiempo, se puede llegar a la remisión completa⁴. Se conocen algunos factores de mal pronóstico como son una mayor gravedad de las crisis iniciales, mayor duración de la enfermedad, la presencia de otros trastornos psiquiátricos, el estado civil, entre otros³⁷. El trastorno de ansiedad generalizada es una patología crónica, presentan comúnmente comorbilidad con abuso de sustancias y depresión⁴.

1.4 ANSIEDAD Y ESQUIZOFRENIA

Históricamente se estableció que el manejo de los síntomas psicóticos era más importante que el de los síntomas ansiosos, creyéndose que los segundos eran producto de la psicosis. En años recientes, se estudia su importancia como síntomas o trastornos comórbidos o una entidad independiente, aunque no se entiende del todo su origen⁴⁰.

Se sabe que existe una alta prevalencia de trastornos ansiosos, pero con pocos estudios al respecto. Los trastornos de ansiedad se pueden observar a lo largo del curso de la esquizofrenia, incluida la fase prodrómica, con un impacto sobre la capacidad social, además de que su presencia aumenta el riesgo suicida, menor funcionalidad y del riesgo de recaída⁴¹. Penn et al (1994) estudio a una población de 38 pacientes con esquizofrenia y la presencia de fobia social, los resultados fueron similares a los obtenidos con pacientes que ya contaban

con el diagnóstico de fobia social, lo que sugiere que es un problema de importancia en estos pacientes⁴².

Bayle et al (1998) reporta que el 47.5% tiene un historial de ataques de pánico y el 31.2% les precedió sintomatología de un trastorno de pánico antes de la esquizofrenia. Los trastornos de ansiedad han llegado a ser reportados en más del 50% de los pacientes⁴³.

Braga et al (2004) realizó un estudio que confirmó la comorbilidad con trastornos de ansiedad es relativamente frecuente en muestras de pacientes con esquizofrenia ambulatorios, coincidiendo, con las tasas de prevalencia de estudios previos, las cuales oscilan entre el 17 y 37%⁴⁴.

Pallanti et al (2004) realizó un estudio comparativo y se obtuvo que la prevalencia del trastorno de ansiedad social se presentaba de un 17-36.3% de los pacientes estudiados, además que se asociaba con aumento de la discapacidad, el estrés, aumento de la prevalencia de uso de sustancias y disminución de la calidad de vida. La dificultad para la lectura de expresiones sociales puede ser visto como un continuum con los síntomas psicóticos (paranoia e ideas de referencia). Mientras que la timidez y la evitación son vistos como un continuum de la apatía y avolición que comprenden los síntomas negativos⁴⁵.

Freeman et al (2005), examinaron la ansiedad en el desarrollo de las ideas delirantes de persecución, ya que consideraron la ansiedad como una reacción defensiva ante la anticipación de peligro y los delirios de persecución se caracterizan por la percepción de un peligro proveniente de otra persona. Asumiendo así que la ansiedad es inherente a la paranoia y, por lo tanto, contribuye a la formación y mantenimiento de estas ideas delirantes⁴⁶.

En una revisión sistemática realizada por Achim y cols (2011), se establecieron las prevalencias de los trastornos de ansiedad: 14.9% para fobia social, 10.9% para el trastorno de ansiedad generalizada y 9.8% para los trastornos de pánico⁴⁷.

2. METODOLOGÍA

2.1 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se encuentra motivada por diferentes aspectos, dentro de los cuales encontramos: la intención de aportar datos sobre la comorbilidad de síntomas ansiosos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, al no ser un tema abordado en nuestro país, logrando generar el interés por próximos estudios sobre la relación entre estos trastornos, mejorando la atención psiquiátrica que se le otorga a esta población, modificando los tratamientos y otorgándoles un manejo integral. Por otro lado, también pretende aprovechar la vasta población que se encuentra en nuestro Hospital Psiquiátrico, y comenzar un posible cambio en el manejo de los mismos. Otra intención de este estudio es lograr abrir el panorama a otras escalas para trastornos psiquiátricos diversos, las cuales no suelen ser aplicadas, debido al desconocimiento de las mismas. En el caso particular de la prueba CMAS-R 2, esta aporta datos sobre ansiedad que no son encontrados en otras escalas, como son: la determinación de defensividad, la ansiedad fisiológica, la ansiedad social y la inquietud, términos a considerar, ya que no todos los pacientes logran adherirse por completo a los criterios diagnósticos de los ya conocidos y mencionados previamente, establecidos como los trastornos de ansiedad. Sin embargo, esto no los exime de presentar sintomatología ansiosa, que puede dificultar su mejoría clínica. Como se ha observado, en la práctica clínica, el diagnóstico de esquizofrenia, suele frenar la investigación del profesional de la salud mental, sobre otra sintomatología asociada, como son los síntomas afectivos o los ansiosos, por este motivo se considera de vital importancia, el presentar datos teóricos y prácticos, que permitan sentar las bases de nuevas intervenciones en este grupo de pacientes, desde el diagnóstico hasta el tratamiento y su pronóstico, y que favorezca en última instancia una valoración más completa de los síntomas que puede presentar un paciente, disminuyendo su encajonamiento en un solo espectro de las patologías psiquiátricas y considerando que un mismo individuo puede presentar sintomatología afectiva, ansiosa o psicótica, sin ser estas excluyentes de las otras.

2.2 HIPÓTESIS

- Existe sintomatología ansiosa comórbida en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” evaluados durante el período agosto-noviembre 2021.
- No existe sintomatología ansiosa comórbida en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en el hospital psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” evaluados durante el período agosto-noviembre 2021.

2.3 OBJETIVOS

2.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar si existe sintomatología ansiosa en los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia adscritos al Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” en el período de agosto-noviembre 2021.

2.3.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Describir la prevalencia por sexo de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia adscritos al Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” en el período de agosto-noviembre 2021.
- Identificar el grupo de edad más prevalente de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia adscritos al Hospital psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” en el periodo agosto-noviembre 2021.
- Establecer el uso de tratamiento antipsicótico en los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia adscritos al Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” en el período de agosto-noviembre 2021.

2.3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer mediante la prueba MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) si se presenta un trastorno psicótico actual o de por vida en los en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia adscritos al Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” en el período de agosto-noviembre 2021.
- Establecer mediante la prueba MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) si se presentan síntomas positivos en los en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia adscritos al Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” en el período de agosto-noviembre 2021.

- Establecer mediante la prueba MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) si se presentan síntomas negativos en los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia adscritos al Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” en el período de agosto-noviembre 2021.
- Medir mediante la prueba CMASR-2 la presencia de defensividad en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia adscritos al Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” en el período de agosto-noviembre 2021.
- Medir mediante la prueba CMASR-2 la presencia de ansiedad fisiológica en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia adscritos al Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” en el período de agosto-noviembre 2021.
- Medir mediante la prueba CMASR-2 la presencia de inquietud en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia adscritos al Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” en el período de agosto-noviembre 2021.
- Medir mediante la prueba de CMASR-2 la presencia de ansiedad social en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia adscritos al Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” en el período de agosto-noviembre 2021.
- Medir mediante la prueba CMASR-2 los puntajes de ansiedad total en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia adscritos al Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” en el período de agosto-noviembre 2021.

2.4 MATERIAL Y MÉTODOS

2.4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal.

2.4.2 POBLACIÓN

Pacientes adultos, adscritos al Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” en el período de agosto a noviembre 2021, que tengan establecido el diagnóstico de esquizofrenia.

2.4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adultos que cumplan con el diagnóstico de esquizofrenia según clínica y los criterios del DSM-5.
- Edad entre 18 y 50 años.
- Con capacidad cognitiva conservada (mínimo comprensión lectora de nivel primaria).
- Que acepten su participación con la firma del consentimiento informado.

2.4.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Presencia de sintomatología psicótica activa que impida el entendimiento de su participación.
- Presencia de sintomatología psicótica activa (heteroagresividad) que dificulte el comportamiento adecuado del paciente durante las evaluaciones.
- Pacientes que presenten nula conciencia de enfermedad o negativistas a cooperar durante la consulta previa al llenado de encuestas.

2.4.2.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que, durante las entrevistas, se determine que se trata de otro trastorno psicótico (consumo de sustancias, debido a enfermedad médica, etc.).
- Pacientes que no concluyan las entrevistas o llenado de instrumentos de forma adecuada para su interpretación.
- Pacientes que decidan finalizar su participación en la investigación, en cualquier momento del proceso.

2.4.3 INSTRUMENTOS

2.4.3.1 PRUEBA CMAS-R 2

Instrumento de autoinforme, con 49 ítems que valora la naturaleza y el grado de la ansiedad en niños, siendo respondido mediante Sí o No. El total de los puntos obtenidos proporcionan el índice de ansiedad total, además de calificaciones de ansiedad fisiológica, inquietud, ansiedad social, defensividad e índice de respuestas inconsistentes. Un cuestionario muy utilizado en la investigación de tratamientos para la ansiedad infantil, diseñada para niños entre 6 a 19 años y es utilizada para medir de la ansiedad manifiesta e identificar el nivel y la ansiedad crónica.

Para su aplicación se requieren el manual, hoja de respuestas y plantilla de calificación, el tiempo de aplicación es de aproximadamente 15 minutos, pudiendo aplicarse de forma individual o grupal. A pesar de ser dirigida a un contexto escolar, también puede ser usada en ambientes clínicos.

La escala de validez se compone de 2 escalas con 9 reactivos, índice de respuestas inconsistentes (INC) y defensividad (DEF). La ansiedad fisiológica comprende 12 reactivos asociados a manifestaciones fisiológicas como dificultades del sueño, náusea y fatiga. La inquietud se compone de 16 reactivos, asociada a la preocupación obsesiva de una variedad de cosas, las cuales son vagas y mal definidas, junto a miedos de ser lastimado o aislado en forma emocional. La ansiedad social consta de 12 reactivos concentrada en pensamientos distractores y miedos, ya sean de naturaleza social o interpersonal. La ansiedad total se compone de 40 reactivos.

Una calificación alta en la subescala de ansiedad fisiológica sugiere que existen respuestas fisiológicas, las cuales se experimentan durante la ansiedad. Una puntuación alta en la subescala de inquietud/hipersensibilidad sugiere la internalización de gran parte de la ansiedad experimentada, sugiriendo una persona miedosa, nerviosa o hipersensible a estímulos ambientales. Las puntuaciones altas en preocupaciones/concentración sugieren que se presenta ansiedad por no cumplir las expectativas de otros, los cuales son significativos en sus vidas, considerándose no tan buenos, capaces o efectivos como otros. Por último, una calificación alta en la subescala de mentira implica un indicio de autoinforme impreciso. La

tabla 1.1 menciona los descriptores cualitativos para describir las puntuaciones obtenidas en la prueba, en las escalas individuales.

Rango de la puntuación	Descriptor
71 y mayor	Extremadamente problemático
61-70	Moderadamente problemático
40-60	No más problemático que para la mayoría
39 y menor	Menos problemático que para la mayoría

TABLA 1. DESCRIPTORES CUALITATIVOS PARA LOS RANGOS DE PUNTUACIÓN DEL CMASR-2.

2.4.3.2 MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL

La MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) es la entrevista breve y estructurada de los principales trastornos psiquiátricos de la CIE-10 y el DSM-IV para ser empleada por psiquiatras y médicos no psiquiatras. Elaborada por Y. Lecrubier y cols en los años 1992, 1994 y 1998. Entrevista clínica, disponible en 33 idiomas, y una duración de 15-20 minutos, fiable y fácil de usar.

Determina 16 trastornos mentales con especificidad y sensibilidad de 85% y valor predictivo positivo de 75%, evaluando en algunos padecimientos los episodios actuales y/o episodios de por vida, o ambos.

2.4.4 PROCEDIMIENTO

Se seleccionaron a pacientes del Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano”, los cuales acuden consulta de control o subsecuente, y su expediente establece el diagnóstico de Esquizofrenia, durante los turnos de atención de la investigadora principal. Se realiza una consulta previa para determinar por clínica y basados en el DSM-5, que su diagnóstico sea

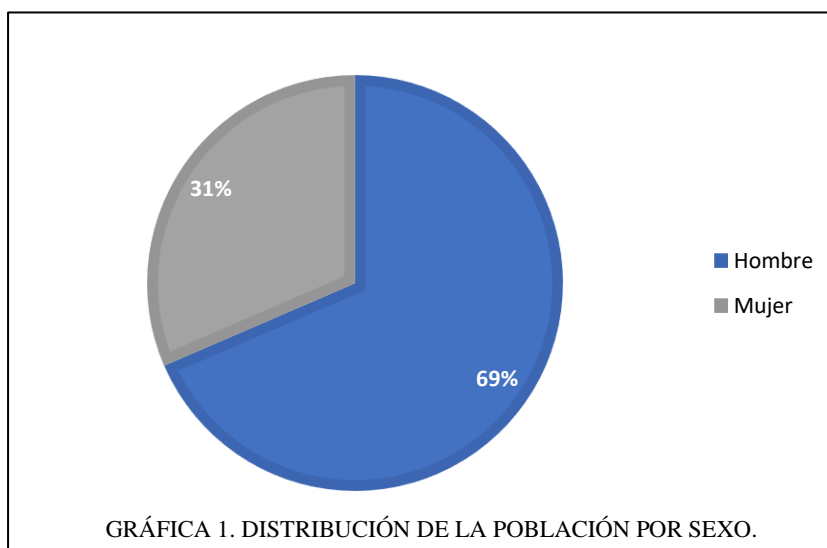
correcto. Se solicitó su colaboración y posteriormente se realizaron las pruebas correspondientes.

La población total fue de 185 participantes, de los cuales se eliminaron a 23 al no cumplir con los criterios previamente establecidos. Los datos recabados de las pruebas aplicadas, se vaciaron al programa Excel para realizar una base de datos con las variables a estudiar. Se utilizó el programa SPSS para realizar el análisis estadístico, el cual consistió analizar las frecuencias y comparación de medias con ANOVA de una vía. Se reportaron los resultados obtenidos, por último, se realizó la discusión y conclusión con esos datos.

3. RESULTADOS

3.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

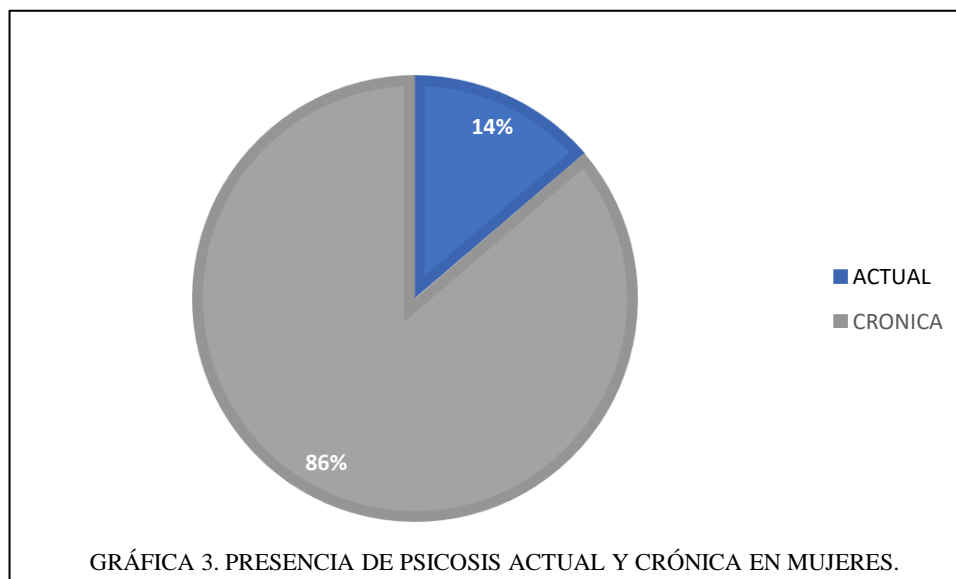
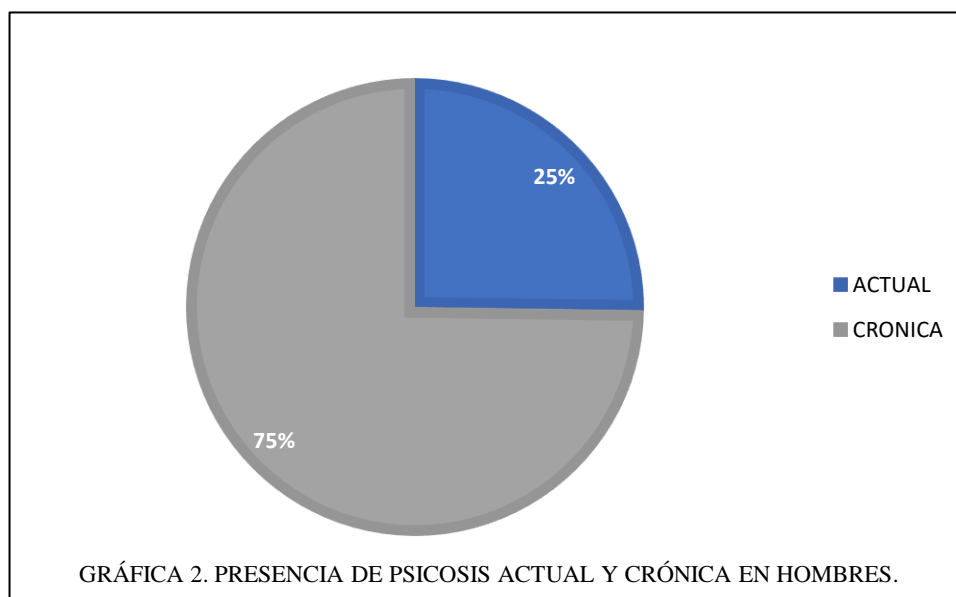
Con una muestra total de 162 pacientes, de los cuales el 69% (n=111) son hombres y el 31% (n=51) son mujeres. Encontrándose en ambos sexos, edades entre 18 y 45 años. Con una media estadística de 31.66 para hombres y 35 para mujeres, se observa un error estándar de .729 para hombres y 1.066 para mujeres. La edad más prevalente es de 25 años para hombres y 38 años para mujeres.



SEXO	N ESTADÍSTICO	MÍNIMO ESTADÍSTICO	MÁXIMO ESTADÍSTICO	MODA	MEDIA ESTADÍSTICA	MEDIA DESV ERROR
HOMBRE	111	18	45	25	31.66	.729
MUJER	51	18	45	38	35.00	1.066

TABLA 2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA POBLACIÓN POR SEXO.

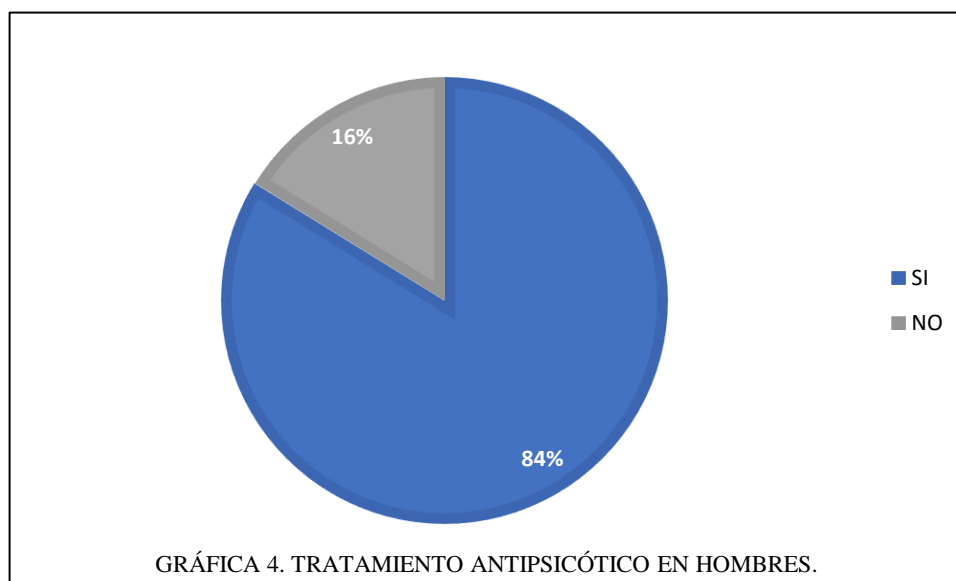
Se determinó la presencia de psicosis actual o crónica, obteniéndose los siguientes datos: en hombres un 25.2% (n=28) de ellos cursaba con psicosis actual, mientras que el 74.8% (n=83) presentaba datos de psicosis crónica. En las mujeres, se encontró que el 13.7% (n=7) presentaba datos de psicosis actual y el 86.3% (n=44) cursaba con psicosis crónica. Para la presencia de síntomas positivos, se reportó que un 37.8% (n=42) de los hombres lo presentaban y las mujeres, un 33.3% (n=17). De los síntomas negativos, se presentaron en un 92.2% (n=47) de las mujeres, mientras que en los hombres no hubo datos de ellos.

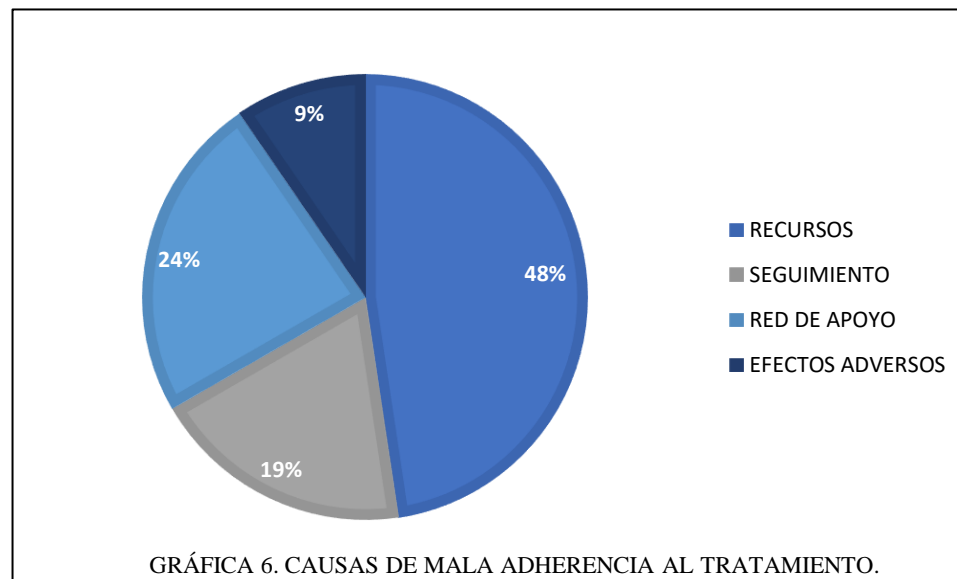
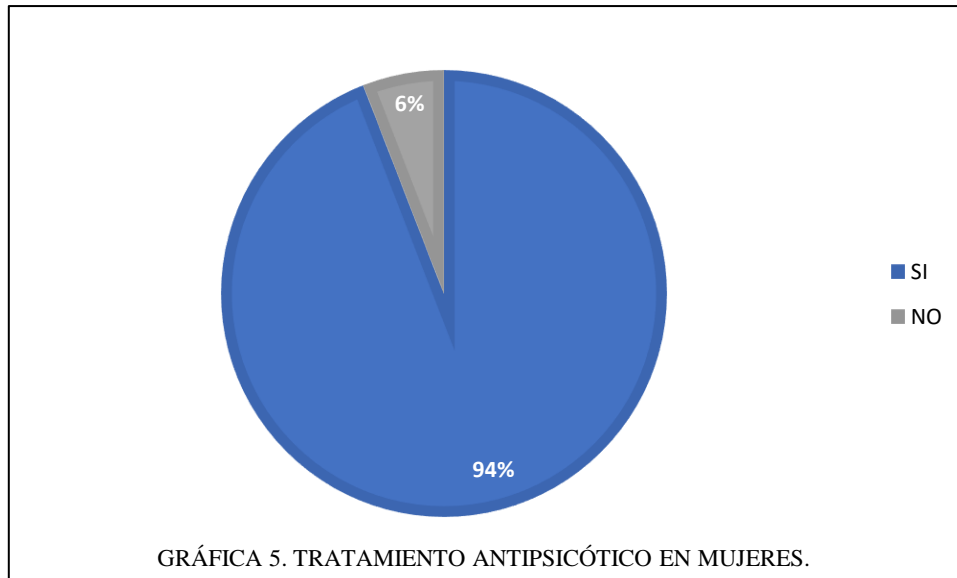


SEXO	PSICOSIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRES	ACTUAL	28	25.2
	CRÓNICA	83	74.8
MUJERES	ACTUAL	7	13.7
	CRÓNICA	44	86.3

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE PSICOSIS ACTUAL O CRÓNICA POR SEXO.

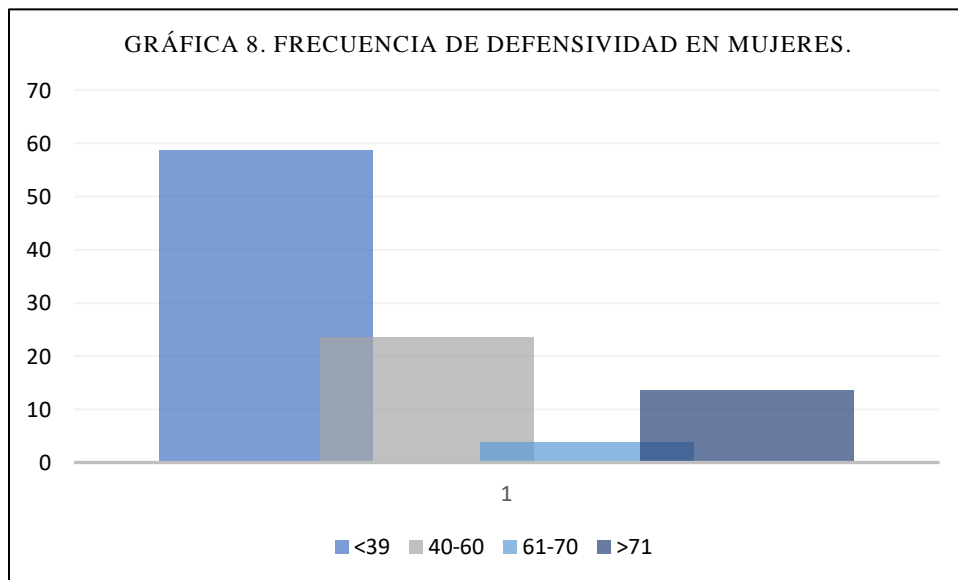
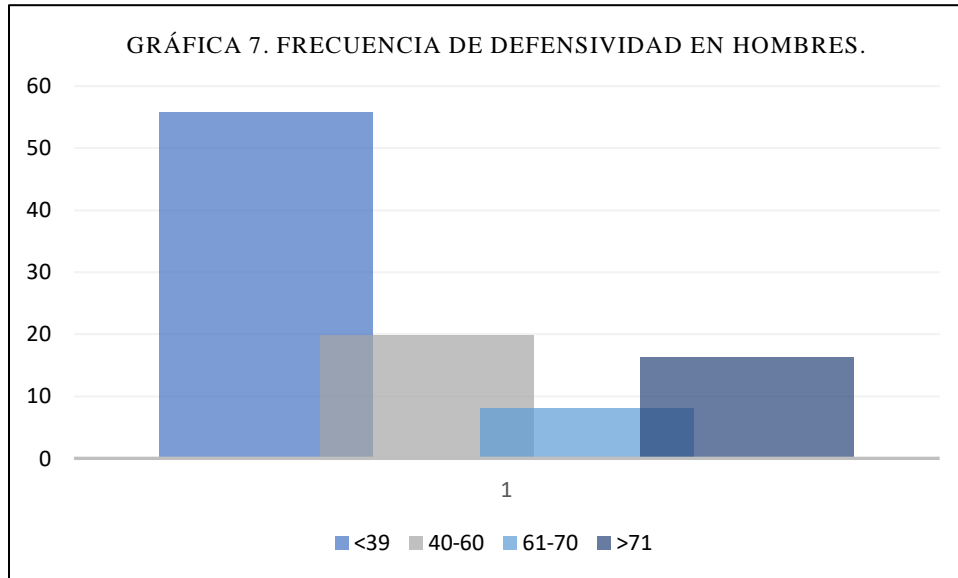
En los hombres, el 83.8% (n=93) se encontraban en tratamiento con antipsicótico y el 16.2% (n=18) no tenía tratamiento. En el caso de las mujeres, un 94.1% (n=48) tenían tratamiento antipsicótico, mientras que el 5.9% (n=3) no tenían tratamiento. Los motivos reportados para mala adherencia al tratamiento fueron: falta de recursos 48% (n=10), poca o nula red de apoyo 24% (n=5), no seguimiento de consultas 19% (n=4) y, por último, presencia de efectos adversos 10% (n=2).





En cuanto al análisis de los resultados obtenidos en la prueba CMASR-2, en el apartado de defensividad en hombres, se observaron los siguientes resultados: el 55.85% (n=62) se encontraban debajo del percentil 39, el 19.81% (n=22) se encontraba entre los percentiles 40-60, el 8.1% (n=9) en los percentiles 61-70 y 16.21% (n=18) en percentil mayor o igual a 71. En mujeres se reportó que el 58.82% (n=30) se encuentra por debajo del percentil 39, el

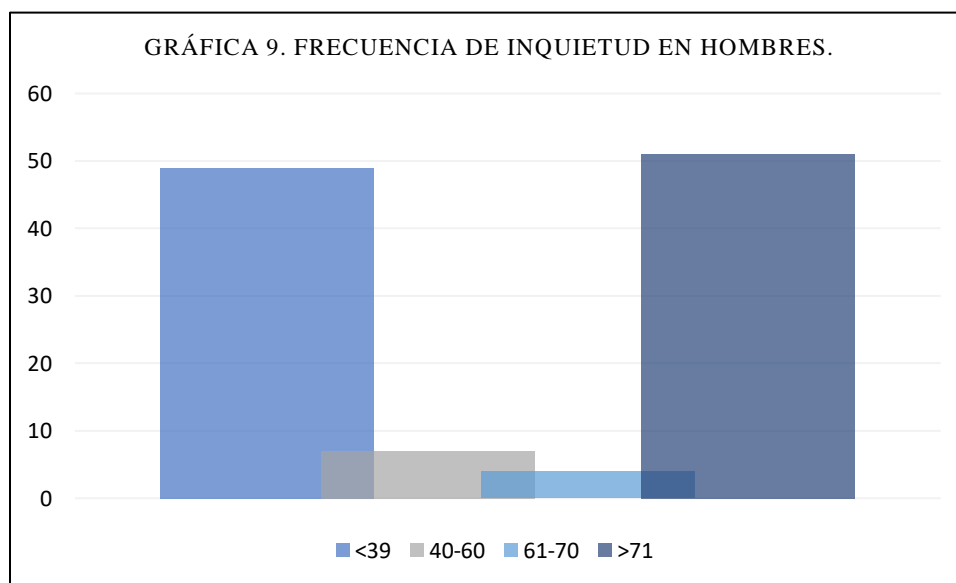
23.52% (n=12) entre los percentiles 40-60, el 3.92% (n=2) en los percentiles 61-70 y 13.72% (n=7) en el percentil mayor o igual a 71.

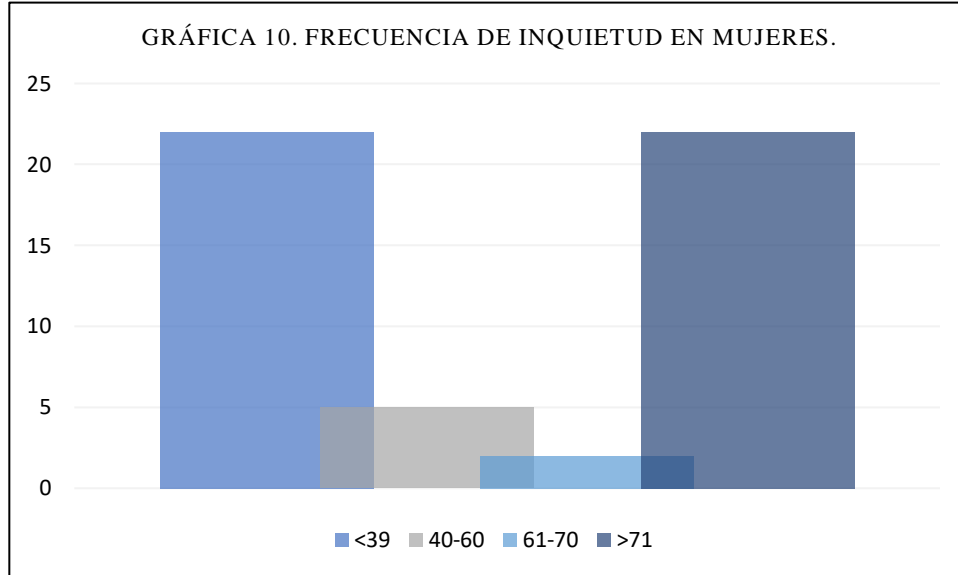


RANGO	SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	DESCRIPTOR
<39	Hombre	62	55.85	Menos problemático que la mayoría
	Mujer	30	58.82	
40-60	Hombre	22	19.81	No más problemático que la mayoría
	Mujer	12	23.52	
61-70	Hombre	9	8.1	Moderadamente problemático
	Mujer	2	3.92	
>71	Hombre	18	16.21	Extremadamente problemático
	Mujer	7	13.72	

TABLA 4. DEFENSIVIDAD POR SEXO.

En el apartado de inquietud, se obtuvieron los siguientes datos: en hombres, el 44.14% (n=49) se encontraban por debajo del percentil 39, el 6.31% (n=7) se encontraba entre los percentiles 40-60, el 3.60% (n=4) entre los percentiles 61 a 70 y el 45.95% (n=51) por arriba del percentil 71. En mujeres, el 43.14% (n=22) se encontraban por debajo del percentil 39, el 9.80% (n=5) entre los percentiles 40 a 60, el 3.92% (n=2) se encontraba entre los percentiles 61 a 70 y, por último, el 43.14% (n=22) se encuentran por arriba del percentil 71.

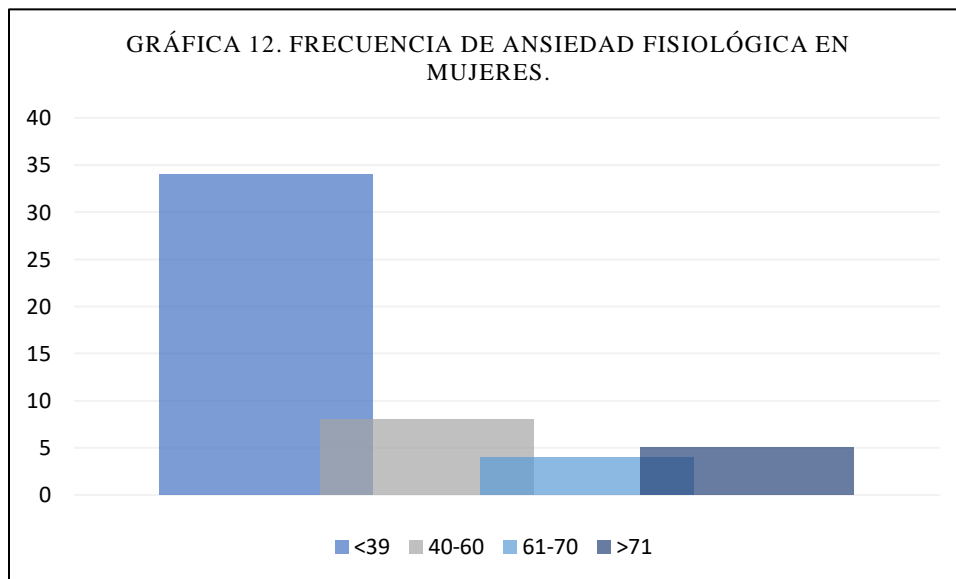
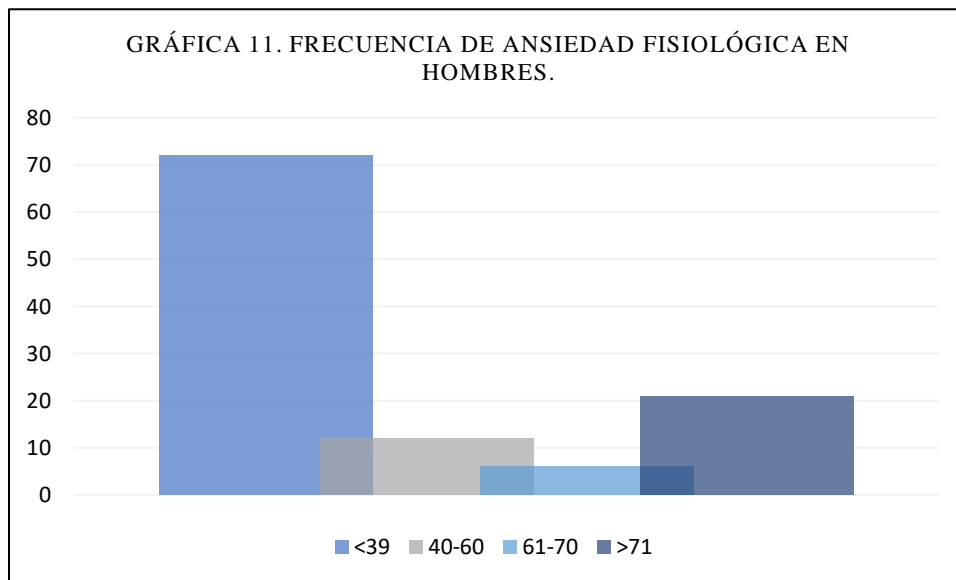




RANGO	SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	DESCRIPTOR
<39	Hombre	49	44.14	Menos problemático que la mayoría
	Mujer	22	43.14	
40-60	Hombre	7	6.31	No más problemático que la mayoría
	Mujer	5	9.80	
61-70	Hombre	4	3.60	Moderadamente problemático
	Mujer	2	3.92	
<71	Hombre	51	45.95	Extremadamente problemático
	Mujer	22	43.14	

TABLA 5. INQUIETUD POR SEXO.

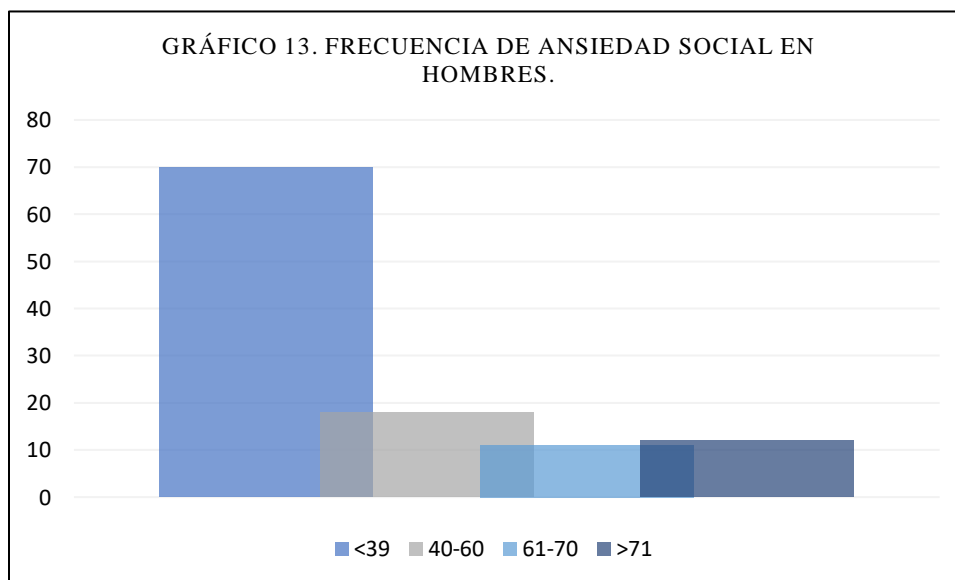
En el apartado de ansiedad fisiológica, se observaron los siguientes datos: para los hombres se observó que el 64.86% (n=72) se encontraban por debajo del percentil 39, un 10.81% (n=12) se encontraba entre los percentiles 40 a 60, el 5.41% (n=6) entre los percentiles 61 a 70, por último, el 18.92% (n=21) en el percentil 71 o mayor. Mientras que, en las mujeres, el 66.67% (n=34) se encontraban por debajo del percentil 39, el 15.69% (n=8) entre el percentil 40 a 60, el 7.84% (n=4) entre los percentiles 61 a 70 y, por último, el 9.80% (n=5) se encuentran en el percentil 71 o arriba de este.

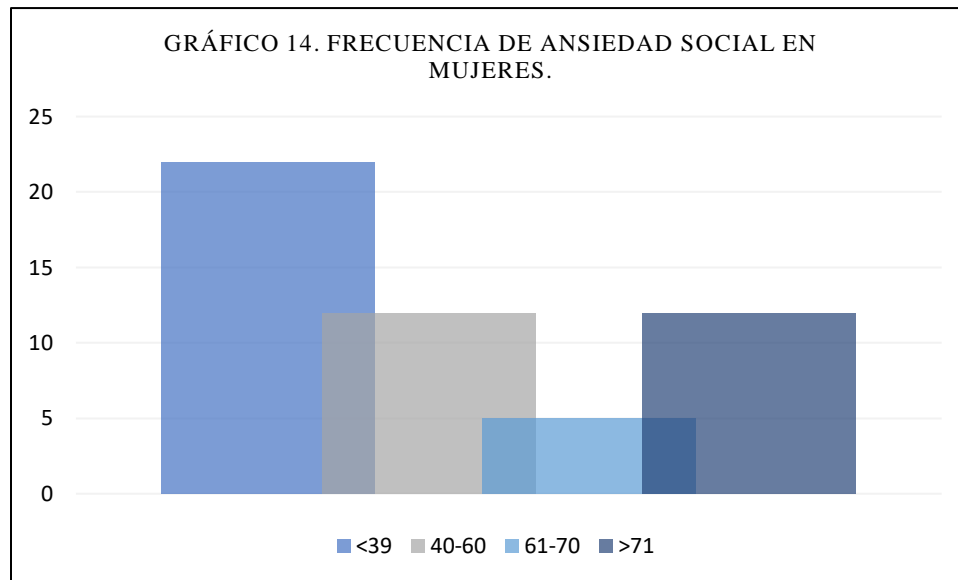


RANGO	SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	DESCRIPTOR
<39	Hombre	72	64.86	Menos problemático que la mayoría
	Mujer	34	66.67	
40-60	Hombre	12	10.81	No más problemático que la mayoría
	Mujer	8	15.69	
61-70	Hombre	6	5.41	Moderadamente problemático
	Mujer	4	7.84	
>71	Hombre	21	18.92	Extremadamente problemático
	Mujer	5	9.80	

TABLA 6. ANSIEDAD FISIOLÓGICA POR SEXO.

Del apartado de ansiedad social, se encontraron los siguientes datos: en los hombres se observó que el 63.06% (n=70) se encontraba por debajo del percentil 39, el 16.22% (n=18) entre los percentiles 40 a 60, el 9.91% (n=11) entre el percentil 61 a 70 y el 10.81% (n=12) se encontraba por encima del percentil 71. En las mujeres, el 43.14% (n=22) se encontraban por debajo del percentil 39, el 23.53% (n= 12) entre los percentiles 40 a 60, el 9.80% (n=5) entre los percentiles 61-70 y, por último, el 23.53% (n=12) se encontraban por encima del percentil 71.

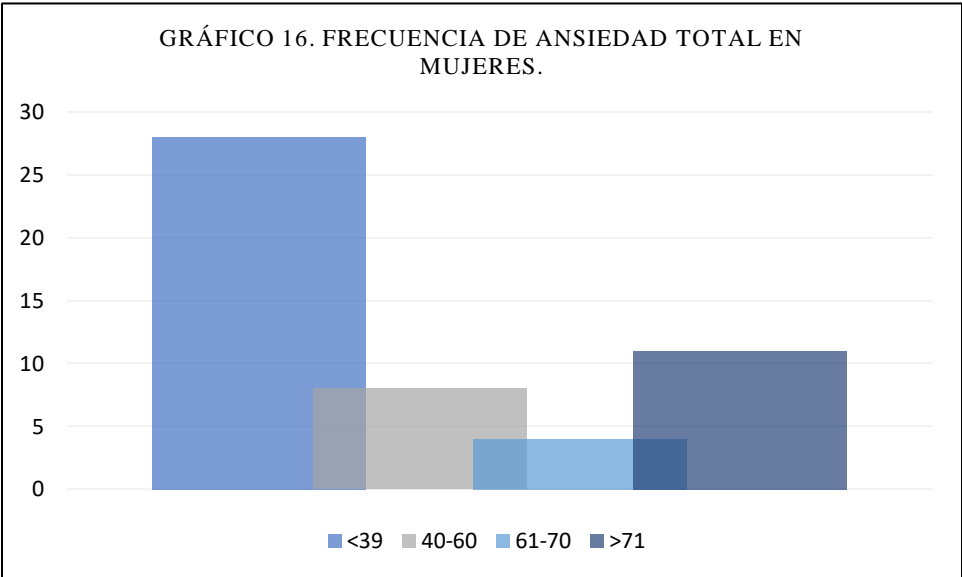
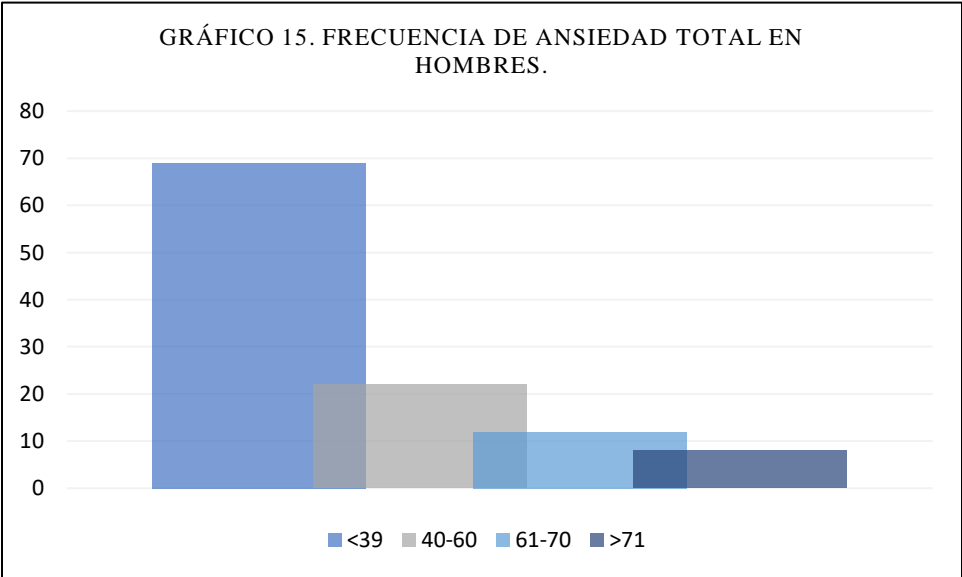




RANGO	SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	DESCRIPTOR
<39	Hombre	70	63.06	Menos problemático que la mayoría
	Mujer	22	43.14	
40-60	Hombre	18	16.22	No más problemático que la mayoría
	Mujer	12	23.53	
61-70	Hombre	11	9.91	Moderadamente problemático
	Mujer	5	9.80	
<71	Hombre	12	10.81	Extremadamente problemático
	Mujer	12	23.53	

TABLA 7. ANSIEDAD SOCIAL POR SEXO.

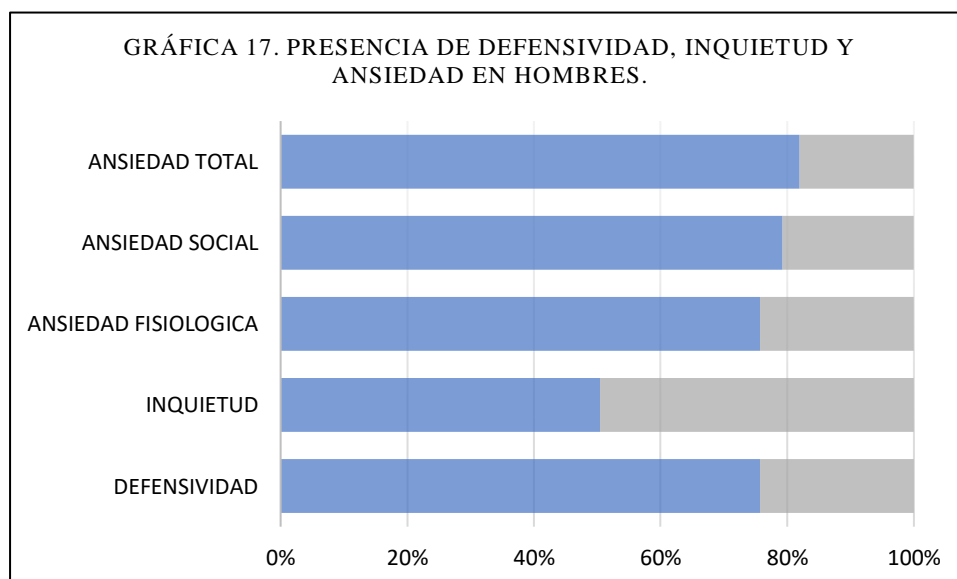
En el apartado de ansiedad total, se observaron los siguientes datos: en hombres, el 62.16% (n=69) se encontraba por debajo del percentil 39, el 19.82% (n=22) entre el percentil 40 a 60, el 10.81% (n=12) entre el percentil 61 a 70, y el 7.21% (n=8) por encima del percentil 71. Mientras que, en mujeres se encontró que el 54.90% (n=28) se encontraban por debajo del percentil 39, el 15.69% (n=8) entre el percentil 40 a 60, el 7.84% (n=4) entre el percentil 61 a 70 y, por último, el 21.57% (n=11) por encima del percentil 71.



RANGO	SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	DESCRIPTOR
<39	Hombre	69	62.16	Menos problemático que la mayoría
	Mujer	28	54.90	
40-60	Hombre	22	19.82	No más problemático que la mayoría
	Mujer	8	15.69	
61-70	Hombre	12	10.81	Moderadamente problemático
	Mujer	4	7.84	
<71	Hombre	8	7.21	Extremadamente problemático
	Mujer	11	21.57	

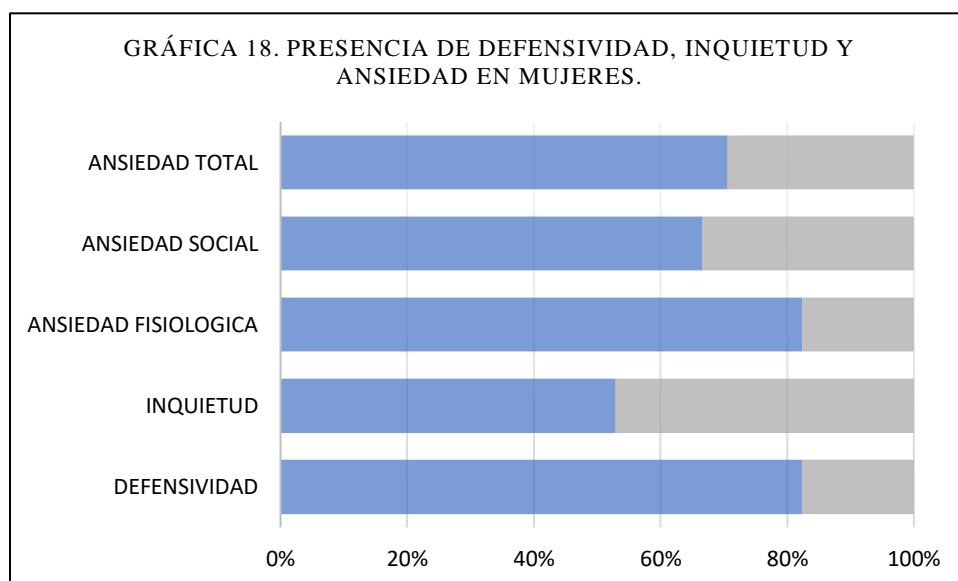
TABLA 8. ANSIEDAD TOTAL POR SEXO.

Para la determinación de la presencia de defensividad, inquietud, ansiedad fisiológica, ansiedad social y ansiedad total, según los percentiles de la Escala CMASR-2, se obtuvieron los siguientes datos: en defensividad, los hombres puntuaron percentiles >61 en un 24.31% (n=27) y las mujeres un 17.64% (n=9). En inquietud, los hombres puntuaron percentiles >61 en un 49.55% (n=55) y las mujeres un 17.64% (n=9). En ansiedad fisiológica, los hombres puntuaron percentiles >61 en un 24.33% (n=27) y las mujeres un 17.64% (n=9). En ansiedad social, los hombres puntuaron >61 en un 20.72% (n=23) y las mujeres un 33.33% (n=17). Por último, en ansiedad total, los hombres puntuaron >61 en un 18.02% (n=20) y las mujeres un 29.41% (n=15).



PERCENTIL	DEFENSIVIDAD	INQUIETUD	ANSIEDAD FISIOLÓGICA	ANSIEDAD SOCIAL	ANSIEDAD TOTAL
<61	75.60	50.45	75.67	79.28	81.98
>61	24.31	49.06	24.33	20.72	18.02

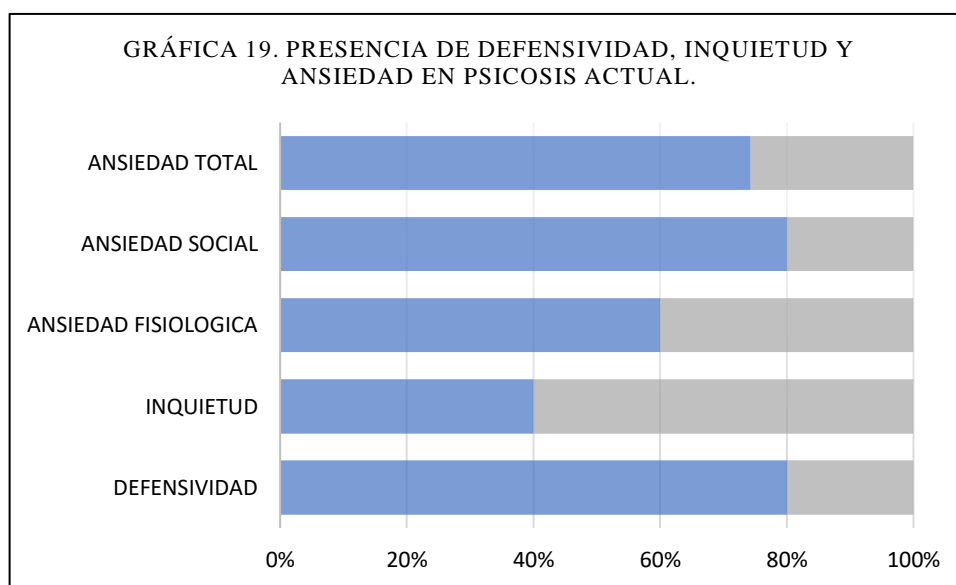
TABLA 9. PORCENTAJE DE DEFENSIVIDAD, INQUIETUD Y ANSIEDAD EN HOMBRES.



PERCENTIL	DEFENSIVIDAD	INQUIETUD	ANSIEDAD FISIOLÓGICA	ANSIEDAD SOCIAL	ANSIEDAD TOTAL
<61	82.34	52.94	82.36	66.67	70.59
>61	17.64	47.06	17.64	33.33	29.41

TABLA 10. PORCENTAJE DE DEFENSIVIDAD, INQUIETUD Y ANSIEDAD EN MUJERES.

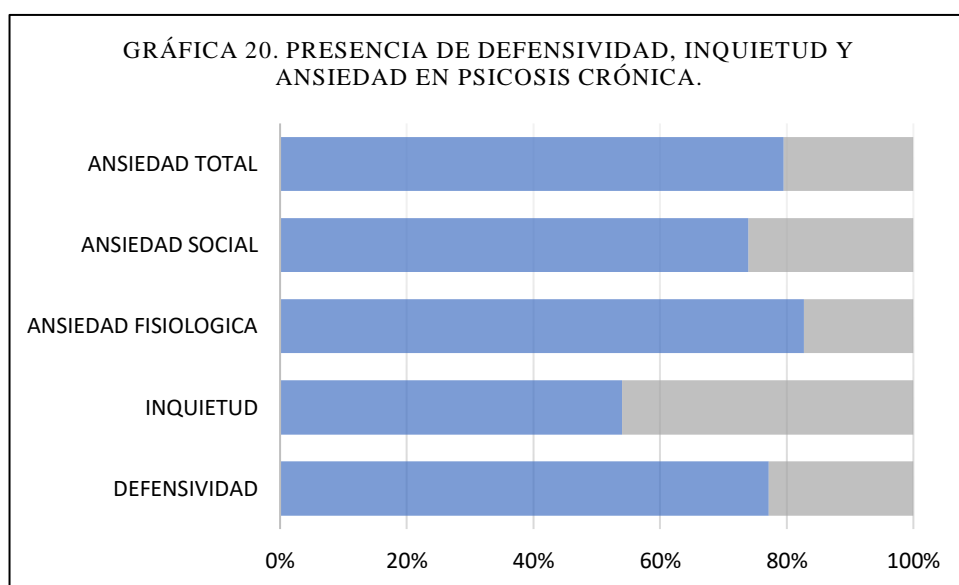
Para la determinación de la presencia de defensividad, inquietud, ansiedad fisiológica y ansiedad social, para los pacientes con psicosis actual se obtuvieron los siguientes datos: en defensividad, el 80% (n=28) obtuvo percentiles <61, mientras que el 20% (n=7) con puntajes mayores de 61. En inquietud, el 40% (n=14) con <61 en los puntajes y 60% (n=21) mayores de 61. En ansiedad social, el 80% (n=28) se encontraba por debajo del percentil 61 y el 20% (n=7) por arriba de este. La ansiedad fisiológica, el 60% (n=21) se encontró por debajo del percentil 61 y el 40% (n=14) por arriba de este. Por último, en la ansiedad total, el 74.3% (n=26) estaba por debajo del percentil 61 y el 25.7 (n=9) por arriba.



PERCENTIL	DEFENSIVIDAD	INQUIETUD	ANSIEDAD FISIOLÓGICA	ANSIEDAD SOCIAL	ANSIEDAD TOTAL
<61	80	40	60	80	74.3
>61	20	60	40	20	25.7

TABLA 11. PORCENTAJE DE DEFENSIVIDAD, INQUIETUD Y ANSIEDAD EN PSICOSIS ACTUAL.

En el caso de los pacientes con psicosis crónica, se reportaron los siguientes resultados: en defensividad, el 77.2% (n=98) se encontraban por debajo del percentil 61 y el 22.8% (n=29) por arriba de este. La inquietud se reportó con el 54% (n=69) por debajo de 61 y el 46% (n=58) por arriba. En la ansiedad social, el 74% (n=94) obtuvieron puntajes por debajo del percentil 61 y el 26% (n=36) por arriba. La ansiedad fisiológica, el 82.7% (n=105) puntuó por debajo del percentil 61 y el 17.3% (n=22) por arriba del percentil 61. Por último, en la ansiedad total, el 79.5% (n=101) se encontró por debajo del percentil 61 y el 20.5% (n=26) por arriba del mismo.



PERCENTIL	DEFENSIVIDAD	INQUIETUD	ANSIEDAD FISIOLÓGICA	ANSIEDAD SOCIAL	ANSIEDAD TOTAL
<61	77.2	54	82.7	74	79.5
>61	22.8	46	17.3	26	20.5

TABLA 12. PORCENTAJE DE DEFENSIVIDAD, INQUIETUD Y ANSIEDAD EN PSICOSIS CRÓNICA.

Se realizó una comparación de medias, a través de ANOVA de un factor para las variables de ansiedad según sexo, se obtuvo el valor F y la significancia para cada una de las variables. Obteniéndose $p < 0.05$ para la ansiedad social entre hombres y mujeres.

		VALOR F	SIGNIFICANCIA
ANSIEDAD FISIOLÓGICA	Entre grupos	.453	.502
ANSIEDAD SOCIAL	Entre grupos	7.414	.007
ANSIEDAD TOTAL	Entre grupos	1.433	.233
INQUIETUD	Entre grupos	.039	.843

TABLA 13. VALOR F Y SIGNIFICANCIA DE LAS VARIABLES ENTRE HOMBRES Y MUJERES.

3.2 DISCUSIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental que sigue generando interrogantes sobre el espectro de la sintomatología presentada en los pacientes que la padecen, más allá de los ya conocidos síntomas psicóticos, lo cual obliga a los expertos en salud mental a investigar sobre la presencia de síntomas o trastornos comórbidos que pudieran modificar la evolución del trastorno, para poder considerar cambios en los manejos psicológicos y farmacológicos que favorezcan un tratamiento integral.

Se debe ampliar la investigación sobre las comorbilidades que puede presentar un paciente con un diagnóstico psiquiátrico, como lo es esquizofrenia, que representa una gran proporción de la población que acude a los servicios de urgencias y consulta externa, desde centros de salud hasta hospitales de tercer nivel, en búsqueda del alivio de sus malestares. Ante esta situación, se planeó esta investigación para plantear la semilla de la duda en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano”, y generar el cambio desde casa.

El objetivo principal es determinar si existe sintomatología ansiosa comórbida en los pacientes con esquizofrenia, en este estudio se utilizó la escala CMASR-2 para poder establecer la presencia de situaciones específicas que no son tomadas en cuenta con otras escalas más populares, como la defensividad, la inquietud, la ansiedad social y la ansiedad fisiológica.

Al analizar los resultados, se obtuvieron los siguientes datos de la población estudiada: una mayor proporción de hombres que mujeres, los cuales iniciaron a edades más tempranas con el trastorno, con 25 años como la edad más prevalente y 38 años para mujeres, tal como se reportan en las referencias bibliográficas.

Se estableció como un trastorno crónico, en la mayoría de los participantes. Mientras que la presencia de sintomatología positiva se encontró hasta en un tercio de la población total, coincidiendo con el curso de agudizaciones frecuentes.

Hablando del tratamiento, la gran mayoría mantenían su tratamiento antipsicótico, aquellos que no tomaban psicofármacos se estableció que la causa principal era la falta de recursos y la menos común, la presencia de efectos adversos con los tratamientos previos.

En cuanto a la presencia de defensividad, lo cual refleja la dificultad de estos pacientes para percatarse de algunas situaciones de la vida común y sus reacciones a las mismas o la

necesidad de evitar el rechazo o aislamiento, se encontró que no era más problemático que para la población general.

Para la inquietud, observamos que la mitad presentó niveles elevados, lo cual se puede interpretar como el intento de internalizar la ansiedad que se experimenta, generando síntomas como miedo, nerviosismo o hipersensibilidad a estímulos del medio ambiente.

Los niveles elevados de ansiedad fisiológica se observaron en un quinto de la población, sugiriendo que existen pacientes con ansiedad que se presenta en forma de síntomas físicos, pero no en la mayor proporción de los estudiados.

En el caso de los niveles de ansiedad social, se encontraron niveles altos en un tercio de las mujeres, lo cual sugiere que existe temor y/o ansiedad ante las relaciones interpersonales.

Las evaluaciones según cronicidad de la psicosis, reportan que ambos tipos (actual y crónica) presentaban inquietud en la mitad de los casos. Mientras que la ansiedad social se presenta en un tercio de los pacientes con psicosis actual.

3.3 CONCLUSIONES

La esquizofrenia es un trastorno mental más grave, con una presentación clínica variable. Sus síntomas positivos, negativos y cognitivos afectan el pensamiento, comportamiento, percepción y emociones de los pacientes. Con altas tasas de discapacidad, gran deterioro cognitivo y psicosocial, además de curso crónico con agudizaciones y remisiones de los síntomas a pesar del tratamiento farmacológico. Aún con la información disponible, se desconoce sobre los trastornos comórbidos, entre ellos los trastornos de ansiedad.

La ansiedad se puede clasificar principalmente en ansiedad “normal” y ansiedad patológica, siendo entendida el primer tipo, como la señal de alerta que activa respuestas en el ser humano ante un peligro inminente, una respuesta adaptativa. Mientras que la ansiedad patológica, genera gran malestar y preocupación que se sostiene en el tiempo y puede ser desproporcionada para las circunstancias.

El diagnóstico de un trastorno psiquiátrico no excluye la presencia de síntomas o trastornos comórbidos, los cuales pueden dificultar el manejo y evolución. La valoración integral de cualquier paciente con un padecimiento psiquiátrico, permite el descubrimiento y abordaje de sintomatología que podría pasar desapercibida al clasificarlos en un trastorno específico, y descuidar otras áreas de importancia para su tratamiento y rehabilitación.

Como conclusión de los datos recabados en esta investigación, resaltamos la presencia de algunos síntomas ansiosos. Se muestran altos porcentajes de nerviosismo y miedo a los estímulos externos en la mitad de los pacientes estudiados. Además de la presencia de síntomas ansiosos relacionados a las actividades sociales, principalmente en las mujeres. Mientras que la defensividad y la ansiedad fisiológica no fueron más problemáticas que para la población general.

No se debe subestimar la importancia del diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en los pacientes con esquizofrenia, ya que impacta sobre la calidad de vida y funcionamiento global, así como en la evolución de su trastorno psiquiátrico de base.

Se requieren más investigaciones sobre los trastornos psiquiátricos y sus comorbilidades, considerando que la esquizofrenia es uno de los padecimientos más complejos, al utilizar

poblaciones más amplias y con características epidemiológicas variadas, se podría lograr una generalización de los datos.

4 LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones del estudio a considerar, la dificultad para obtener pacientes, al depender exclusivamente de una investigadora aplicando los cuestionarios y realizando la entrevista clínica, lo cual pudo limitar la muestra del estudio.

En segundo lugar, se debe considerar que no existen proyectos previos que utilicen la escala CMASR-2 en adultos, mucho menos en personas con un diagnóstico psiquiátrico comórbido, por lo que se podría utilizar en proyectos futuros con la intención de determinar su verdadera utilidad y capacidad para poblaciones con trastornos psiquiátricos.

En tercer lugar, por el tamaño de la muestra, no podría ser generalizable a toda la población, ya que además es grupo con características únicas, las cuales lo diferencian de la población general y de la población con algún otro padecimiento psiquiátrico.

Por último, debe considerarse que los datos son auto-informados, lo cual pone en duda su objetividad, al basarse en la percepción de los propios participantes.

5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este protocolo de investigación fue autorizado por el comité de ética del Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano”, previo a iniciar los procedimientos, entrevistas clínicas y pruebas relacionadas. Respetando la autonomía total de los participantes, con carácter voluntario, sin consecuencias ni represalias para su tratamiento médico y con la capacidad de retirarse del mismo en cualquier punto de la investigación, en caso de ser solicitado por el participante.

No se permitió la divulgación de ningún dato personal de los participantes, ni se encontraron en riesgo de consecuencias psicológicas y/o físicas durante la investigación. No se violentaron ni la integridad ni ningún derecho humano de los involucrados en el estudio.

La investigadora principal es becaria de la Secretaría de Salud del Estado de Puebla y alumna de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Sin embargo, no existió ningún tipo de financiamiento ni patrocinio. No existen conflictos de interés de ninguna índole para la investigadora.

6 REFERENCIAS

1. Jablensky, A. (2022). The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in clinical neuroscience*.
2. Kyziridis, T. C. (2005). Notes on the history of schizophrenia. *German Journal of Psychiatry*, 8(3), 42-48.
3. Coyle, J. T., Balu, D., Puhl, M., & Konopaske, G. (2016). A perspective on the history of the concept of “disconnectivity” in schizophrenia. *Harvard review of psychiatry*, 24(2), 80.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Ruiz P. (2015). *Synopsis of Psychiatry*. 11^a ed., Wolters Kluwer.
5. Kirkpatrick, B. (2009). The concept, of schizophrenia. *Revista de psiquiatría y salud mental (English Edition)*, 3(2):105-107.
6. Eaton WW, Day R, Kramer M. (1988). The use of epidemiology for risk factor research in schizophrenia: an overview and methodologic critique, in *Handbook of Schizophrenia*. Edited by Tsuang MT, Simpson JC. New York, Elsevier, pp 169–204.
7. Walker, E., Kestler, L., Bollini, A., & Hochman, K. M. (2004). Schizophrenia: etiology and course. *Annual review of psychology*, 55(1), 401-430.
8. Gejman, P. V., Sanders, A. R., & Duan, J. (2010). The role of genetics in the etiology of schizophrenia. *Psychiatric Clinics*, 33(1), 35-66.
9. Tandon, R., Keshavan, M. S., & Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia: “just the facts” what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia research*, 102(1-3), 1-18.
10. Cornblatt, B. A., Green, M. F., Walker, E. F., & Mittal, V. A. (2009). *Schizophrenia: Etiology and neurocognition*.
11. Kopelowicz A, Liberman RP: Biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. *Harv Rev Psychiatry* 1995; 3:55–64.
12. Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., ... & Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia research*, 150(1), 3-10.

13. Arlington VA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). American Psychiatric Association Press. 2013.
14. CIE-10. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research, OMS, 1992.
15. Loebel, A. D., Lieberman, J. A., Alvir, J. M., Mayerhoff, D. I., Geisler, S. H., & Szymanski, S. R. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *The American journal of psychiatry*.
16. Andreasen, N. C., & Flaum, M. (1991). Schizophrenia: the characteristic symptoms. *Schizophrenia bulletin*, 17(1), 27-49.
17. Addington, J., Addington, D., & Maticka-Tyndale, E. (1991). Cognitive functioning and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 5(2), 123-134.
18. Blanchard, J. J., & Cohen, A. S. (2006). The structure of negative symptoms within schizophrenia: implications for assessment. *Schizophrenia bulletin*, 32(2), 238-245.
19. Griswold, K. S., Del Regno, P. A., & Berger, R. C. (2015). Recognition and differential diagnosis of psychosis in primary care. *American family physician*, 91(12), 856-863.
20. Doran, A. R., Breier, A., & Roy, A. (1986). Differential diagnosis and diagnostic systems in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 9(1), 17-33.
21. Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *Pharmacy and Therapeutics*, 39(9), 638.
22. Geddes, J., Freemantle, N., Harrison, P., & Bebbington, P. (2000). Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *Bmj*, 321(7273), 1371-1376.
23. Leucht, S., Wahlbeck, K., Hamann, J., & Kissling, W. (2003). New generation antipsychotics versus low-potency conventional antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 361(9369), 1581-1589.

24. Ali, S. A., Mathur, N., Malhotra, A. K., & Braga, R. J. (2019). Electroconvulsive therapy and schizophrenia: a systematic review. *Complex Psychiatry*, 5(2), 75-83.
25. Knight, R. A., & Silverstein, S. M. (1998). The role of cognitive psychology in guiding research on cognitive deficits in schizophrenia: A process-oriented approach.
26. Lewandowski, K. E., Cohen, B. M., & Öngur, D. (2011). Evolution of neuropsychological dysfunction during the course of schizophrenia and bipolar disorder. *Psychological medicine*, 41(2), 225-241.
27. Jobe, T. H., & Harrow, M. (2010). Schizophrenia course, long-term outcome, recovery, and prognosis. *Current Directions in Psychological Science*, 19(4), 220-225.
28. Crocq, M. A. (2022). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in clinical neuroscience*.
29. Berrios, G. (1999). Anxiety disorders: A conceptual history. *Journal of Affective Disorders*.
30. Watt, M. C., Stewart, S. H., & Cox, B. J. (1998). A retrospective study of the learning history origins of anxiety sensitivity. *Behaviour research and therapy*, 36(5), 505-525.
31. Bourke, J. (2003, March). Fear and anxiety: Writing about emotion in modern history. In *History workshop journal* (Vol. 55, No. 1, pp. 111-133). Oxford University Press.
32. Perrotta, G. (2019). Anxiety disorders: definitions, contexts, neural correlates and strategic therapy. *J Neur Neurosci*, 6(1), 042.
33. Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K., & Wittchen, H. U. (2009). Epidemiology of anxiety disorders. *Behavioral neurobiology of anxiety and its treatment*, 21-35.
34. Michael, T., Zetsche, U., & Margraf, J. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*, 6(4), 136-142.
35. Bandelow, B., & Michaelis, S. (2022). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*.

36. Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: it's not what you thought it was. *American psychologist*, 61(1), 10.
37. Onwuegbuzie, A. J., & Wilson, V. A. (2003). Statistics Anxiety: Nature, etiology, antecedents, effects, and treatments--a comprehensive review of the literature. *Teaching in higher education*, 8(2), 195-209.
38. Gorman, J. M. (2002). Treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 17-23.
39. Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23(4), 551-570.
40. Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 35(2), 383-402.
41. Braga, R. J., Mendlowicz, M. V., Marrocos, R. P., & Figueira, I. L. (2005). Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *Journal of psychiatric research*, 39(4), 409-414.
42. Penn, D. L., Hope, D. A., Spaulding, W., & Kucera, J. (1994). Social anxiety in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 11(3), 277-284.
43. Bayle, F. J., Krebs, M. O., Epelbaum, C., Levy, D., & Hardy, P. (2001). Clinical features of panic attacks in schizophrenia. *European psychiatry*, 16(6), 349-353.
44. Braga, R. J., Mendlowicz, M. V., Marrocos, R. P., & Figueira, I. L. (2005). Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *Journal of psychiatric research*, 39(4), 409-414.
45. Pallanti, S., Quercioli, L., & Hollander, E. (2004). Social anxiety in outpatients with schizophrenia: a relevant cause of disability. *American Journal of Psychiatry*, 161(1), 53-58.
46. Freeman, D., Garety, P. A., & Kuipers, E. (2001). Persecutory delusions: developing the understanding of belief maintenance and emotional distress. *Psychological medicine*, 31(7), 1293-1306.

47. Achim, A. M., Maziade, M., Raymond, É., Olivier, D., Mérette, C., & Roy, M. A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia bulletin*, 37(4), 811-821.

7. ANEXOS

7.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANEXO 1)



SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “DR. RAFAEL SERRANO”



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este medio hago constar que he recibido de la Dra. Denisse Martin del Campo Muñoz, residente de psiquiatría de tercer año, la siguiente información:

La realización de un estudio de investigación, llamado “Prueba CMAS-R en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” durante el periodo agosto-noviembre 2021”, realizado en el Hospital psiquiátrico al que me encuentro adscrito como usuario, al que se me invita a participar debido a mi diagnóstico de base.

Entiendo que mi participación consistirá en la realización de pruebas, encuestas o escalas, las cuales están relacionadas a mi diagnóstico y al tema de investigación, y que mis respuestas deben ser honestas, que no existe ninguna consecuencia física o psicológica para mi persona.

Se me ha explicado de manera verbal y de forma concisa y clara, que la información resultante de mis pruebas es de carácter confidencial, no siendo distribuidas a personas ajenas a esta investigación y no generando ninguna dificultad para continuar con mi proceso terapéutico en este nosocomio, ni con ninguna consecuencia negativa para mí o mis familiares. Además, se me explicó que mis resultados no serán entregados a mi persona ni a mis familiares. Entiendo que no hay retribución económica por mi participación, siendo el único beneficio la utilización de estos datos para nuevas investigaciones e intervenciones, que favorezcan el tratamiento que se otorga a pacientes con el mismo diagnóstico.

Por último, se me ha explicado que puedo retirarme o negarme a participar en cualquier proceso de la investigación, sin ninguna consecuencia negativa para mi persona o para mi continuación como paciente de este Hospital.

Por medio de este documento, expreso que se me ha explicado todo lo relacionado con la participación en este estudio de investigación y acepto participar voluntariamente.

Firma del participante

Fecha:

7.2 PRUEBA CMAS-R (ANEXO 2)



SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. RAFAEL SERRANO"



CMASR-2		
Nombre:		
Edad:	Sexo:	Fecha:
<p>Instrucciones: Lee con cuidado cada oración y luego encierra en un círculo la palabra que corresponda a tu respuesta. Encierra en un círculo la palabra Sí si piensas que así eres. Encierra en un círculo la palabra No si crees que no eres así. Responde a cada oración, incluso si te resulta difícil elegir una respuesta que se aplique a ti. No marques Sí y No para la misma oración. Si quieres cambiar tu respuesta, marca una X encima de tu primera respuesta y luego encierra en un círculo tu nueva elección.</p>		
Encierra en un círculo una respuesta por cada oración.		
1. Muchas veces siento asco o náuseas.	Sí	No
2. Soy muy nervioso(a).	Sí	No
3. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase.	Sí	No
4. Tengo miedo que otros niños se rían de mí durante la clase.	Sí	No
5. Tengo demasiados dolores de cabeza.	Sí	No
6. Me preocupa no agradecerles a otros.	Sí	No
7. Algunas veces me despierto asustado(a).	Sí	No
8. La gente me pone nervioso(a).	Sí	No
9. Siento que alguien va a decirme que hago mal las cosas.	Sí	No
10. Tengo miedo que los demás se rían de mí.	Sí	No
11. Me cuesta trabajo tomar decisiones.	Sí	No
12. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero.	Sí	No
13. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí.	Sí	No
14. Todas las personas que conozco me caen bien.	Sí	No
15. Muchas veces siento que me falta el aire.	Sí	No
16. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a).	Sí	No
17. Me siento mal si la gente se ríe de mí.	Sí	No
18. Muchas cosas me dan miedo.	Sí	No
19. Siempre soy amable.	Sí	No
20. Me enojo con facilidad.	Sí	No
21. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir.	Sí	No
22. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas.	Sí	No
23. Me da miedo hablar en voz alta ante mis compañeros durante la clase.	Sí	No
24. Siempre me porto bien.	Sí	No
25. En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido(a).	Sí	No



SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. RAFAEL SERRANO"



26. Me preocupa lo que la gente piense de mí.	Sí	No
27. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a).	Sí	No
28. En la escuela se burlan de mí.	Sí	No
29. Siempre soy bueno(a).	Sí	No
30. Es muy fácil herir mis sentimientos.	Sí	No
31. Me sudan las manos.	Sí	No
32. Me preocupa cometer errores delante de la gente.	Sí	No
33. Siempre soy agradable con todos.	Sí	No
34. Me canso mucho.	Sí	No
35. Me preocupa lo que va a pasar.	Sí	No
36. Los demás son más felices que yo.	Sí	No
37. Temo hablar en voz alta delante de un grupo.	Sí	No
38. Siempre digo la verdad.	Sí	No
39. Tengo pesadillas.	Sí	No
40. A veces me enojo.	Sí	No
41. Me preocupa que durante la clase me hagan participar.	Sí	No
42. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir en la noche.	Sí	No
43. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares.	Sí	No
44. A veces digo cosas que no debería decir.	Sí	No
45. Me preocupa que alguien me dé una golpiza.	Sí	No
46. Me muevo mucho en mi asiento.	Sí	No
47. Muchas personas están en mi contra.	Sí	No
48. He dicho alguna mentira.	Sí	No
49. Me preocupa decir alguna tontería.	Sí	No

7.3 MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL (ANEXO 3)



SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. RAFAEL SERRANO"



MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Trastornos psicóticos

Pida un ejemplo para cada pregunta contestada afirmativamente, codifique Sí solo para aquellos ejemplos que muestran claramente una distorsión del pensamiento o de la percepción o si no son culturalmente apropiados. Antes de codificar, investigue si las ideas delirantes califican como "extrañas" o raras.

Las ideas delirantes son "extrañas" o raras si: son claramente absurdas, improbables, incomprensibles, y no pueden derivarse de experiencias de la vida cotidiana.

Las alucinaciones son "extrañas" o raras si: una voz hace comentarios sobre los pensamientos o los actos de la persona o dos o más voces conversan entre sí.

->Significa: Ir a las casillas diagnósticas, rodear con un círculo No en cada uno y continuar con el siguiente módulo.

	Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener			Extraños	
L1	a. ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?	NO	SI	SI	1
	b. Si sí: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI ->L6	2
L2	a. ¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SI	SI	3
	b. Si sí: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI ->L6	4
L3	a. ¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa había metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	NO	SI	SI	5
	b. Si sí: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI -> L6	6
L4	a. ¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SI	SI	7
	b. Si sí: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI -> L6	8
L5	a. ¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?	NO	SI	SI	9
	b. Si sí: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SI		10
L6	a. ¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO	SI		11
	Si sí: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?			SI	



SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. RAFAEL SERRANO"



	b. Si sí: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SI	SI ->L8B	12
L7	a. ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver?	NO	SI		13
	b. Si sí: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SI		14
Bajo el punto de vista del entrevistador:					
L8	¿Presenta el paciente actualmente un lenguaje desorganizado, incoherente o con marcada pérdida de las asociaciones?	NO	SI		15
L9	¿Presenta el paciente actualmente un comportamiento desorganizado o catatónico?	NO	SI		16
L10	¿Hay síntomas negativos de esquizofrenia prominentes durante la entrevista (aplanamiento afectivo significativo, pobreza del lenguaje o incapacidad para iniciar o persistir en actividades con una finalidad determinada)?	NO	SI		17
L11	¿Codificó Sí extraño en 1 o más preguntas "b"?	NO	SI		
	O	Trastorno psicótico actual			
	¿Codificó Sí (en vez de sí extraño) en 2 o más preguntas "b"?				
L12	¿Codificó Sí extraño en 1 o más preguntas "a"?	NO	SI		18
	O	Trastorno psicótico de por vida			
	¿Codificó Sí (en vez de sí extraño) en 2 o más preguntas "a"?				
	O				
	¿Codificó sí en el L11?				
L13	a. ¿Codificó Sí en 1 o más preguntas de L1b a L7b y codificó Sí en episodio depresivo mayor (actual) o episodio maniaco (actual o pasado)?	NO	SI		
	b. Si codificó Sí en el L13a: ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	NO	SI		19
		Trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos actual			

Lecrubier Y, Sheehan D, Willis E, Bonora P, Bonora LI, Sheehan K, Janus J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12: 224-231.