



BUAP



Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano

“Frecuencia de síntomas negativos y depresivos en usuarios con esquizofrenia en el Hospital Psiquiátrico Dr Rafael Serrano”

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Psiquiatría

Presenta:

Luis Alberto Esquivel Palacios

Director:

Dr. Marco Antonio Puente López

Asesor:

Dra. Cristina Montserrath Flores Guerrero

**Jefe de Enseñanza e Investigación:
Dra. Norma Edith Bretón Tovar**

Puebla, Puebla a 28 de febrero del 2026

INDICE:



1.ANTECEDENTES.....	4
1.1 ANTECEDENTES GENERALES.....	4
1.1.1 ESQUIZOFRENIA.....	4
1.1.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	6
1.1.3 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA.....	9
1.1.4 DIAGNÓSTICO.....	10
1.1.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIALES.....	11
1.1.6 TRATAMIENTO	12
1.1.7 PRONÓSTICO.....	14
1.1.8 DEPRESIÓN.....	14
1.1.9 TIPOS DE DEPRESIÓN.....	15
1.1.10 DIAGNÓSTICO.....	17
1.1.11 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	18
1.1.12 TRATAMIENTO.....	18
1.1.13 PRONÓSTICO.....	19
1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.....	20
1.2.1 SÍNTOMAS NEGATIVOS.....	20
1.2.2 DIFERENCIA ENTRE SÍNTOMAS NEGATIVOS Y DEPRESIVOS.....	22
2. JUSTIFICACIÓN.....	23
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	25
4. HIPÓTESIS.....	25
4.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	25
4.2 HIPÓTESIS NULA.....	25
5. OBJETIVO GENERAL.....	25
5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
6. MATERIALES Y MÉTODOS.....	26
6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	26
6.2 UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL.....	27
6.3 ESTRATEGIA DE TRABAJO.....	27
6.4 MUESTREO.....	28
6.4.1 DEFINICIÓN DE UNIDAD DE POBLACIÓN.....	28

6.4.2 SELECCIÓN DE MUESTRA.....	29
6.4. 3CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.....	29
6.4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	29
6.4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	29
6.4.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	29
6.4.7 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.....	30
6.4.8 TAMAÑO DE LA MUESTRA	30
6.5 DEFINCIÓN DE LAS VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	31
6.6 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
6.7 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.....	33
6.8 ANÁLISIS DE DATOS.....	33
6.9 DISEÑO ESTADÍSTICO.....	34
7. LOGISTICA.....	34
7.1 RECURSOS HUMANOS.....	34
7.2 RECURSOS MATERIALES.....	34
7.3 RECURSOS FINANCIEROS.....	35
8. GRÁFICA DE GANTT.....	35
9. BIOÉTICA.....	36
10. RESULTADOS.....	38
11.DISCUSIÓN.....	46
11.1.LIMITACIONES.....	50
11.2.PERSPECTIVAS A FUTURO.....	51
12. CONCLUSIONES.....	52
13.BIBLIOGRAFÍA.....	54
14. ANEXOS.....	60
14.1 ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	60
14.2 ANEXO 2: ESCALA DE CALGARY PARA LA DEPRESIÓN EN LA ESQUIZOFRENIA.....	61
14.3 ANEXO 3: ESCALA DE SÍNDROME POSITIVO Y NEGATIVO EN LA ESQUIZOFRENIA: SUBESCALA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS.....	64

ANTECEDENTES:

ANTECEDENTES GENERALES:

ESQUIZOFRENIA:

Es un síndrome complejo y heterogéneo, caracterizado por la presencia de síntomas positivos, negativos, cognitivos y afectivos (Kahn, 2015).

Es una enfermedad mental grave y persistente, provoca sufrimiento a nivel personal, emocional y socioeconómico. Las personas con esquizofrenia tienen menor calidad de vida, mueren entre 10 y 20 años antes que la población en general (Baruth, 2020).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esquizofrenia es una de las enfermedades psiquiátricas más incapacitantes, la mayoría de los casos se diagnostican en personas entre los 20 a 25 años, a nivel mundial afecta aproximadamente 24 millones de personas, es decir 1 de cada 300 personas, en los adultos, la tasa es de 1 de cada 222 personas (0.45%) (Torres, 2022).

En América más de 6 millones de personas padecen esquizofrenia; En México, la secretaria de salud estima que afecta aproximadamente al 1% de la población, afectando a más de un millón de personas (Escamilla, 2022).

Los síntomas positivos se caracterizan por conductas anormales, así como pensamientos incoherentes, lo cual conlleva como característica principal la pérdida del contacto con la realidad, dentro de estos síntomas se encuentran las ideas delirantes y las alucinaciones, desorganización del pensamiento y conducta (Kahn, 2015).

La presencia de síntomas positivos tiene un impacto en el funcionamiento del paciente y en los cuidadores, se asocia a mayor estigma social y mayor tasa de recaídas y hospitalizaciones (Ruíz, 2022).

Dentro de los síntomas negativos se presenta el síndrome amotivacional, el cual consiste en aislamiento social, aplanamiento o embotamiento afectivo, anhedonia, abulia, disminución de la iniciativa y energía (Kahn, 2015).

Los síntomas cognitivos, se expresan, como alteraciones en la función ejecutivas, como déficits de atención, velocidad de procesamiento, aprendizaje verbal y visoespacial, resolución de problemas, memoria de trabajo y flexibilidad cognitiva (Kahn, 2015)

Aproximadamente afecta el 1% de la población general, afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo (Orsolini, 2022).

La patogenia está influenciada por factores ambientales y genéticos, los factores ambientales incluyen fecha y lugar de nacimiento, efectos estacionales, enfermedades infecciosas, complicaciones durante el embarazo y el parto, el abuso de sustancias y estrés. Los factores genéticos desempeñan un papel importante en el desarrollo de la esquizofrenia. La heredabilidad es de hasta el 80%, si uno de los padres padece la enfermedad, la probabilidad de transmisión es del 13%, si ambos padres la padecen, el riesgo es más del 20% (Janoutová, 2016)

Según estudios genéticos, es una enfermedad poligénica con cientos o miles de distintos loci genéticos involucrados, hay más de 100 loci genéticos distintos con alelos comunes de varios efectos identificados. El riesgo genético de la enfermedad es altamente pleiotrópico; existen variantes de riesgo comunes entre la esquizofrenia y el trastorno bipolar (Luvsannyam, 2022).

Se propone dos subtipos de Esquizofrenia: El tipo a (hiperdopaminérgico), caracterizado por una elevada capacidad de síntesis y liberación de dopamina en el cuerpo estriatal y el tipo b (normodopaminaérgico) donde estarían implicados otros neurotransmisores (Howes, 2016).

Pueden expresar tasas más altas de enfermedades médicas y/o mentales coexistentes, como trastornos por consumo de alcohol y cannabis, con una prevalencia del 41%, debido a un estilo de vida desordenado, dieta poco saludable, falta de ejercicio, tabaquismo, efectos adversos de los medicamentos, acceso limitado a la atención médica y enfermedad psiquiátrica, tienen más probabilidades de presentar síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular, diabetes, otras endocrinopatías, enfermedad inmunológica, enfermedad pulmonar (Orsolini, 2022).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Se vinculan los síntomas positivos (delirios y alucinaciones) con una sobre activación del receptor de dopamina D2 estriatal resultante de las proyecciones de dopamina mesolímbicas que se proyectan desde cuerpos celulares localizados en el área ventral tegmental tronco encefálico a los terminales axónicos de ciertas áreas límbicas del cerebro, como en el nucleus accumbens en el estriado ventral (Stahl, 2021; Stępnicki, 2018).

Mientras que los síntomas negativos, afectivos y cognitivos resultan de la hipo estimulación del receptor de dopamina D1 de la corteza prefrontal debido a las proyecciones dopaminérgicas mesocortical disminuidas, las haces de esta vía que conectan con el córtex prefrontal dorsolateral están relacionados con la regulación de las funciones cognitivas y ejecutivas, mientras que los haces que llegan a partes ventromediales del córtex prefrontal están vinculadas con funciones de regulación de las emociones y del afecto (Stahl, 2021; Stępnicki, 2018).

La hipótesis de la saliencia aberrante reconoce que la atribución de saliencia se altera por la descarga excesiva de dopamina en un episodio psicótico, mientras que individuos sanos, la dopamina es responsable de mediar las saliencias contextualmente apropiadas (Stępnicki, 2018).

Los síntomas positivos que se presentan los siguientes: alucinaciones (alucinaciones auditivas, voces comentando, voces conversando, alucinaciones somáticas o táctiles, olfativas y alucinaciones), trastornos del contenido del pensamiento como la presencia de ideas delirantes (de persecución, celotípicos, de culpa o pecado, grandiosos, religiosos, somáticos, de referencia, de ser controlado, de leer la mente, difusión del pensamiento, inserción del pensamiento y robo del pensamiento) y pobreza del contenido del pensamientos, comportamientos extravagantes (como la vestimenta y comportamiento social, sexual, agresivo, repetitivo o estereotipado) (Boland, 2022; Vallejo, 2015).

Los trastornos del pensamiento formal positivo (descarrilamiento, tangencialidad, incoherencia, falta de lógica, circunstancialidad, habla presionada y distraída, asociación

sonora, asociaciones laxas de ideas, neologismos, bloqueos, ecolalias, aumento de latencia de las respuestas, perseveración) (Boland, 2022; Vallejo, 2015).

Se ha estimado que el 70% de los pacientes experimentan alucinaciones, las más frecuentes son las alucinaciones auditivas, seguidas de las visuales, las táctiles, olfativas y gustativas se reportan con menor frecuencia (Chaudhury, 2010).

Un delirio es una creencia que es falsa y que indica una anomalía en el contenido de pensamiento de la persona afectada, no se puede explicar por el trasfondo cultural, religioso de la persona ni por su nivel de inteligencia, la persona está convencida de que la creencia es verdadera (Kiran, 2009).

Durante 20 años, en un estudio longitudinal de Chicago, Rosen y cols., evaluaron a 262 individuos con esquizofrenia, y llegaron a las siguientes conclusiones: los delirios temáticos fueron más comunes que los delirios de pensamiento y muestran un patrón decreciente significativo, el contenido delirante varió con el tiempo, las ideas delirantes referenciales, persecutorias muestran la mayor probabilidad de recurrencia, las alucinaciones fueron el indicador más fuerte de delirios de pensamientos, temáticos y generales (Rosen, 2022).

Los síntomas negativos son los siguientes: afecto aplanado o embotado, los cuales se presentan como expresiones faciales inmutables, disminución del movimiento espontáneo, escasez de gestos expresivos, contacto visual deficiente, falta de respuesta afectiva, afecto inapropiado, falta de inflexiones vocales, en la alogia existe pobreza del habla, pobreza del contenido del habla, bloqueos del pensamiento, la latencia de respuesta aumentada, la abolición y la apatía, se identifican en los pacientes con disminución del aseo e higiene, energía física, y deja de realizar sus actividades diarias (trabajo o escuela), la anhedonia-asociabilidad, existe una disminución de los intereses y actividades recreativas y sexuales, disminución en la intimidad y cercanía y en las relaciones sociales, pueden presentar falta de atención (Boland, 2022).

Entre los síntomas cognitivos que se presentan en la esquizofrenia se pueden encontrar: dificultad en la representación y mantenimiento de los objetivos, dificultad en la distribución de los recursos de la atención, problemas para focalizar y mantener la

atención, dificultad en la evaluación de funciones, en la monitorización del rendimiento, en la asignación de prioridades, en la modulación del comportamiento en función de las normas sociales, problemas para el aprendizaje de series, déficit de fluidez verbal y dificultad en la resolución de problemas, alteraciones en funciones ejecutivas de planificación y abstracción (Stahl, 2021).

En la historia premórbida típica, se puede encontrar una personalidad previa esquizoide (reservada, pasiva e introvertida) o esquizotípica (aspecto extravagante, cogniciones distorsionadas, pensamientos mágicos), el primer episodio de esquizofrenia viene precedido durante meses e incluso años, por signos y síntomas prodrómicos, que se diagnostican de forma retrospectiva (Vallejo, 2015).

Los trastornos de la afectividad que más se encuentran en los pacientes con esquizofrenia son embotamiento o aplanamiento afectivo que es parte de los síntomas negativos, afectividad inapropiada y depresión post psicóticas (hasta en un 25% de los pacientes) (Vallejo, 2015).

Los trastornos de los movimientos y de la conducta que se encuentran son: síntomas catatónicos (mutismo, negativismo, rigidez, adopción de posturas con flexibilidad cérea, estupor o agitación catatónica), estereotipias, manierismos, ecopraxia, obediencia automática, deterioro global de la conducta personal y social, anergia, apatía, abulia, conductas extravagantes o desorganizados, actos inmotivados, auto y heteroagresividad e inadecuación sexual (Vallejo, 2015).

Se pueden encontrar signos y síntomas físicos como: signos neurológicos menores (alteraciones de la estereognosia, grafesia, equilibrio y propiocepción), anomalías oculares (ausencia de contacto ocular, fijación de mirada, aumento de parpadeo y alteraciones del movimiento de seguimiento ocular), síntomas vegetativos (alteraciones del sueño y de la función sexual) (Vallejo, 2015).

Los síntomas premórbidos de la esquizofrenia, se pueden observar las siguientes áreas afectadas: conductual: con cambios en el comportamiento, pasiva e irritabilidad, lenguaje fuera de lo común, desorganización en actividades cotidianas (comida, sueño), descuidos de la higiene personal y quejas somáticas inespecíficas, en el área del

pensamiento se encuentran las ideas estrafalarias y preocupaciones restringidas, en el área cognitiva y motora son los déficits neuromotores y en la atención y concentración, en la parte social y laboral existe deterioro del funcionamiento laboral, aislamiento social y experiencias perceptivas raras (Vallejo, 2015).

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA:

- Esquizofrenia paranoide: Con presencia de delirios de persecución o de grandeza, alucinaciones auditivas, ansiedad, ira y violencia, la persona no sufre un comportamiento desorganizado, ni cambios afectivos, en la mayoría de los casos se presentan solo síntomas positivos, sufren el primer episodio a una edad avanzada (Insuasti, 2023; James, 2015).
- Esquizofrenia simple: No se presentan delirios ni alucinaciones, pierden algunas de sus capacidades normales, como por ejemplo la comunicación o el aprendizaje (Insuasti, 2023).
- Esquizofrenia catatónica: caracterizado por alteraciones psicomotoras, con movimientos poco normales (muecas, posturas extrañas), cuando está charlando con alguien puede llegar a copiar lo que dice o hace la otra persona, el cuadro se compone de movimientos estereotipados, manierismo y flexibilidad cérica (Insuasti, 2023) (James, 2015).
- Esquizofrenia hebefrénica: se presenta a una edad temprana (aproximadamente a los 12 a 13 años), la persona sufre de ideas delirantes y grave alteración de la conducta, se puede llegar a confundir con discapacidad intelectual (Insuasti, 2023).
- Esquizofrenia desorganizada: Regresión importante hacia un comportamiento primitivo, desinhibido y desorganizado, el inicio es antes de los 25 años, presentan un trastorno del pensamiento pronunciado y su contacto con la realidad es mínimo, su aspecto es desaliñado, tienen un comportamiento social y respuestas afectivas inadecuadas, se caracterizan por sonreír de forma burlona, muecas incongruentes (James, 2015).

- Esquizofrenia indiferenciada: No encajan en uno u otro tipo de esquizofrenia (James, 2015).
- Esquizofrenia residual: tiene manifestaciones continuas de la alteración con ausencia de síntomas suficientes para cumplir con el diagnóstico de otro tipo de esquizofrenia, normalmente presentan embotamiento afectivo, retraimiento social, comportamiento excéntrico, pensamiento ilógico y leve asociación laxa de ideas (James, 2015).

DIAGNÓSTICO:

Según Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2016), los criterios de diagnóstico del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM) quinta edición para la esquizofrenia es:

- Dos o más de los síntomas característicos a continuación están presentes durante una parte significativa del tiempo durante un período de un mes (o menos si se tratan con éxito):
 1. Delirios
 2. Alucinaciones
 3. Habla desorganizada (por ejemplo, descarrilamiento frecuente o incoherencia)
 4. Comportamiento gravemente desorganizado o catatónico
 5. Síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia o abulia) (APA, 2016).
 - Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la perturbación una o más áreas importantes del funcionamiento, como el trabajo, las relaciones interpersonales, el autocuidado, están marcadamente por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (APA, 2016).
 - Los signos continuos de la alteración persisten durante al menos seis meses, el periodo de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trata con éxito), que cumplan con el criterio a (es decir, síntomas de fase activa) y pueden incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse solo por lo

síntomas negativos o dos o más síntomas enumerados en el criterio a que se presentan de forma atenuada (por ejemplo, creencias extrañas, experiencias perceptivas inusuales) (APA, 2016).

- Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas (APA, 2016).
- El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica (APA, 2016).

Los factores más comúnmente asociados con la estabilidad diagnóstica fueron: sexo masculino, mayor edad al inicio del estudio, mayor edad al inicio, etapas tardías de la enfermedad, antecedentes heredofamiliares de enfermedad mental, peor funcionamiento y mayor duración de la hospitalización (Palomar, 2019).

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES:

La esquizofrenia sigue siendo un diagnóstico por exclusión, en primer lugar, hay que excluir trastornos psicóticos secundarios, como el consumo de sustancias, enfermedades médicas (como alteraciones metabólicas, epilepsia del lóbulo temporal, tumores e infecciones), posteriormente se tiene que diferenciar de los trastornos del estado de ánimo (se hallan un patrón recurrente de episodios depresivos o maníacos) (vallejo, 2015).

La presencia de síntomas psicóticos que se encuentran en la esquizofrenia, pueden ser idénticos a los que aparecen en otros trastornos psicóticos, el trastorno esquizofreniforme (se diferencia en que los síntomas tienen una duración de un mes pero menos de 6 meses), el trastorno psicótico breve (cuando los síntomas duran al menos un día, pero menos de un mes y el usuario regresa a su nivel de funcionamiento premórbido), trastorno esquizoafectivo (es la presencia de cuadros afectivos, independientemente a los síntomas principales de la esquizofrenia) y el trastorno por ideas delirantes (se presenta como ideas delirantes de al menos un mes, en ausencia de otros síntomas de la esquizofrenia) (vallejo, 2015).

TRATAMIENTO:

El objetivo del tratamiento es reducir el sufrimiento del paciente, mejorar el funcionamiento en el área cognitiva y social. Los antipsicóticos alivian los síntomas positivos, su eficacia es menor con los síntomas negativos, el tratamiento de la esquizofrenia iniciado de forma temprana puede prevenir el desarrollo de los síntomas negativos (Stępnicki, 2018).

Otros objetivos principales del manejo de la esquizofrenia es reducir la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones psicóticas, el tratamiento incluye una variedad de intervenciones psicosociales. La elección de la medicación antipsicótica debe basarse en la respuesta del manejo previo, preferencia individual, el historial médico y las vulnerabilidades individuales del usuario (Bruijnzeel, 2014).

El antagonismo de los receptores dopaminérgico tipo 2 en el cerebro es una propiedad farmacodinámica de todos los antipsicóticos, se ha demostrado que la acción farmacológica es eficaz cuando la ocupación de los receptores dopaminérgicos estriatales es mayor al 65% (Lally, 2015).

Los fármacos antipsicóticos se clasifican como típicos o atípicos, la distinción se basa en la capacidad para causar efectos secundarios extrapiramidales, incluida la discinesia tardía, las dos clases difieren en el mecanismo de acción, los antipsicóticos atípicos proporcionan modulación de la neurotransmisión serotoninérgica (Meltzer, 2013).

El inicio rápido del tratamiento farmacológico es importante, dentro de los cinco años posteriores al primer episodio agudo, durante esta etapa ocurren los cambios neurofisiológicos (Escamilla, 2022).

La administración continua de antipsicóticos durante máximo dos años previene las recaídas, hay un mejor funcionamiento psicosocial, una mejor calidad de vida y una remisión clínica más frecuente (Ceraso, 2022).

La eficacia para los síntomas negativos, depresivos y cognitivos parece estar determinado por el grado en que la reducción de los síntomas positivos produce una mejoría en estos otros dominios y el grado en que los efectos secundarios

extrapiramidales y los efectos anticolinérgicos (de los antipsicóticos y de los agentes usados para el manejo de los síntomas extrapiramidales los exacerban. (Tandon, 2011).

Los factores asociados con menor riesgo de recaída fueron el mantenimiento de una dosis menor de antipsicóticos antes de la interrupción, edad avanzada durante la enfermedad, menor duración de la psicosis no tratada, edad avanzada al inicio de la enfermedad, menor gravedad de los síntomas positivos al inicio, mejor funcionamiento social y menor número de recaídas previas; sin embargo la base de evidencia es muy limitada y las tasas de recaídas altas después de la interrupción, se debe considerar los riesgos/beneficios (Tani, 2018).

Los efectos secundarios extrapiramidales, denominados trastornos del movimiento inducidos por los antipsicóticos típicos (bloqueadores de los receptores dopaminérgicos), se encuentran la distonía, la acatisia y el parkinsonismo, que se presentan de forma aguda así como manifestaciones crónicas como la acatisia y discinesia tardía, son debilitantes e interfieren en el funcionamiento social, comunicación, las tareas motoras y las actividades de la vida diaria, asociados con mala calidad de vida y abandono de la terapia (provocando una recaída de la enfermedad y nuevas hospitalizaciones) (D'Souza, 2023).

Entre los efectos secundarios de los antipsicóticos atípicos o de segunda generación son: aumento de peso, una revisión sistemática ha demostrado un aumento del peso corporal del 10 al 12% en los primeros 6 a 12 meses posteriores al diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia, entre los predictores son edad joven, sexo femenino, el IMC bajo, antecedentes familiares de obesidad, la dosis y duración del tratamiento, la clozapina, olanzapina, quetiapina y la risperidona son los fármacos que tienen más probabilidad de producir aumento de peso grave, los mecanismo de acción son el antagonismo de los receptores de serotonina e histamina (Abosi, 2015).

Las opciones de intervenciones psicosociales en el manejo de la esquizofrenia son la psicoeducación, las intervenciones familiares, la terapia cognitivo-conductual, rehabilitación psicosocial (Merchán, 2023).

PRONÓSTICO:

Más del 50% presentan mal pronóstico, ya que pasan por varios internamientos, exacerbaciones de la sintomatología, episodios mayores del estado de ánimo e intentos suicidas (James, 2015).

Características que determinan el buen pronóstico: Inicio tardío, factores desencadenantes identificables, inicio agudo, antecedentes premórbidos sociales, sexuales, laborales positivos, síntomas de trastornos afectivos (sobre todo los trastornos depresivos), casado, antecedentes heredofamiliares de trastorno del estado de ánimo, sistemas de apoyo de calidad, la presencia de síntomas positivos (James, 2015).

Características que determinan el mal pronóstico: Inicio temprano, ausencia de factores desencadenantes identificables, inicio gradual, antecedentes premórbidos sociales, sexuales y laborales negativos, retraimiento, comportamiento autista, soltero, divorciado o viudo, antecedentes heredofamiliares de esquizofrenia, sistema de apoyo de mala calidad, la presencia de síntomas negativos severos, síntomas y signos neurológicos y la presencia de síntomas cognitivos severos, antecedentes de traumatismo perinatal, sin remisiones en 3 años, muchas recaídas, antecedentes de agresividad, sexo masculino, periodo prolongado de enfermedad no tratada (James, 2015).

Las tasas de remisión varían entre un 10% hasta un 60%, es razonable estimar que entre el 20 y el 30% de los pacientes con esquizofrenia pueden llevar una vida normal, entre el 20% y el 30% de los pacientes seguirán presentando síntomas moderados y entre el 40% y el 60% continuarán afectados durante toda su vida (Bains, 2023).

DEPRESIÓN:

Es la tercera causa de carga de enfermedad a nivel mundial en 2008 por la OMS, que ha proyectado que esta enfermedad ocupará el primer lugar en 2023, tiene una prevalencia a lo largo de la vida alrededor del 5 al 17%, con un promedio del 12%. La tasa de prevalencia es casi el doble en mujeres que, en hombres, esta diferencia se debe

a las diferencias hormonales, los efectos del parto, los diferentes factores de estrés psicosocial en hombres y el modelo conductual de indefensión aprendida (Bains, 2023).

La depresión es el trastorno psiquiátrico más prevalente, que afecta a más de 300 millones de individuos, es incapacitante, responsable de más de 800,000 suicidios anuales (Gabriel, 2020).

La etiología es multifactorial, interviene los factores genéticos como ambientales, los familiares de primer grado de personas deprimidas tienen 3 veces más probabilidades de desarrollar depresión. Los acontecimientos y los problemas de vida funcionan como desencadenantes del desarrollo de la depresión. Los acontecimientos traumáticos como la pérdida de un ser querido, la falta o la reducción del apoyo social, la carga del cuidador, los problemas financieros, dificultades interpersonales y los conflictos son ejemplos de factores estresantes que son desencadenantes de la depresión (Chand, 2023).

TIPOS DE DEPRESIÓN:

- Depresión Unipolar: es la forma más común, las personas experimentan tristeza, anhedonia, durante dos semanas, se puede clasificar en leve, moderada o grave (InformedHealth, 2020).
- Distimia: tienen un trastorno del estado de ánimo menos grave, están inquietas, infelices y deprimidas, no afecta su vida cotidiana, los síntomas cambian de un día para otra, deben durar mínimo dos años en adultos y un año en niños y adolescentes, si las personas presentan también un episodio de depresión, se le conoce como “depresión doble” (InformedHealth, 2020).
- Trastorno afectivo estacional: sufren síntomas depresivos en los meses oscuros de otoño e invierno, la principal causa es la falta de luz, suele desaparecer en primavera (InformedHealth, 2020).
- Depresión postnatal: muchas madres experimentan cambios de humor después del parto, tienen dificultades para cuidar de su hijo, pueden llegar a presentar síntomas psicóticos (InformedHealth, 2020).
- Trastorno bipolar: forma de un trastorno bipolar, tienen más probabilidades de cursar con síntomas atípicos (hipersomnia, sobre alimentación, agitación

psicomotriz), tanto mujeres como hombres tienen la misma posibilidad de presentarlo, con antecedentes heredofamiliares (Benazzi, 2006)

Especificadores:

- Con ansiedad: con la presencia de nervioso o tenso, inhabitualmente inquieto, dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones, miedo a que pueda suceder algo terrible, siente que podría perder el control de sí mismo (APA, 2016).
- Con características mixtas: con presencia de síntomas maniacos o hipomaniacos como: estado de ánimo elevado, expansivo, aumento de autoestima o sentimiento de grandeza, más hablado de lo habitual o presión para mantener la conversación, fuga de ideas o experiencia subjetiva de los pensamientos, aumento de energía dirigida a un objetivo (social, trabajo, escuela o sexual), implicación aumentada o excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas, disminución de la necesidad de sueño (se siente descansado a pesar de dormir menor de lo habitual) (APA, 2016).
- Con características melancólicas: con presencia de pérdida de placer por todas o casi todas las actividades, falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros (no se siente mucho mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno), desaliento profundo, desesperación o mal humor, depresión que acostumbra a ser peor por la mañana (al menos dos horas antes de lo habitual), notable agitación o retraso psicomotor, anorexia o pérdida de peso importante y culpa excesiva o inapropiada (APA, 2016).
- Con características atípicas: con reactividad del estado de ánimo (aumento del estado de ánimo en respuesta a sucesos positivos reales o potenciales), aumento de peso o del apetito, hipersomnia, parálisis plúmbea (sensación de pesadez plúmbea en brazos o piernas), patrón prolongado de sensibilidad de rechazo interpersonal (APA, 2016).
- Con características psicóticas: congruente con el estado de ánimo: el contenido de los delirios y alucinaciones está en relación con los temas depresivos como incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido y

no congruente con el estado de ánimo: no relacionado con los temas depresivos o el contenido es una mezcla de temas congruentes e incongruentes con el estado de ánimo (APA, 2016).

DIAGNÓSTICO:

Según el DSM V, los criterios son los siguientes:

- A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es: ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.
 - 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, obtenida de la información del usuario (se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación de otras personas (se le ve llorando).
 - 2. Disminución del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
 - 3. Pérdida de peso sin hacer dieta o aumento de peso (modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento de apetito casi todos los días.
 - 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 - 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - 7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (puede ser delirante) casi todos los días.
 - 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones, casi todos los días.
 - 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento suicida o un plan específico para llevarlo a cabo (APA, 2016).
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (APA, 2016).
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o una afección médica (APA, 2016).

- D. El episodio no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco (APA, 2016).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Las manifestaciones clínicas se pueden dividir para su estudio en las diferentes áreas: área afectiva donde se observa tristeza, apatía, indiferencia, irritabilidad, anhedonia total, anestesia afectiva en el 15% de los casos, en el pensamiento y cognición se encuentra: enlentecimiento, monotemático, pérdida de autoestima, desesperanza, ideas suicidas activas o pasivas, ideas de culpa, de minusvalía, e incluso la presencia de ideas delirantes, así como también problemas en la memoria, atención, concentración y para tomar decisiones, a nivel conductual existe abandono personal, hipotonía general, inhibición o agitación psicomotriz, aislamiento, llanto e intentos suicidas, y los trastornos somáticos: anorexia, pérdida de peso o aumento de peso, la presencia de insomnio de conciliación, mantenimiento, tardío y total, así como hipersomnia, trastornos digestivos (como estreñimiento, diarrea, dolor abdominal), dolores de cabeza, musculares, astenia, y disfunciones sexuales (Vallejo, 2015).

TRATAMIENTO:

El tratamiento de la depresión tiene como objetivo la recuperación total, que el paciente esté libre de síntomas, y una adecuada funcionalidad en el ámbito social y laboral (Swedish, 2004).

El manejo de la fase aguda de la depresión tiene como objetivo mantener la remisión y prevenir las recaídas (Karrouri 2021).

El tratamiento antidepressivo se reserva para episodios moderados a severos (y en casos específicos para episodios leves, aunque el 90% requiere manejo con psicoterapia), tienen regulación sobre alguno de los neurotransmisores: noradrenalina, dopamina y serotonina, el incremento de la disponibilidad de estos neurotransmisores en la hendidura sináptica, permite la regulación a la baja de receptores postsinápticos y desensibilización (Pérez, 2017)

Los tratamientos psicológicos son eficaces en pacientes de atención primaria con depresión, en el caso de los enfoques de terapia cognitivo-conductual, hay evidencia que sugiere que las intervenciones que requieren menos recursos podrían tener efectos similares a los tratamientos más intensivos (Linde, 2015).

La terapia cognitivo-conductual es uno de los tratamientos psicosociales más rigurosamente probados para la depresión a lo largo de la vida, este enfoque postula que las cogniciones desadaptativas precipitan y mantienen los síntomas depresivos, la depresión es el resultado de una tríada de puntos de vista negativos sobre uno mismo, su futuro y el mundo, por lo tanto, este tratamiento estructurado ayuda a identificar y modificar, “reestructurar”, las cogniciones desadaptativas al tiempo que incorpora componentes conductuales, el tratamiento puede ser entre 12 y 16 sesiones (Renn, 2017).

La terapia interpersonal, se basa en que los problemas interpersonales actuales tienen sus raíces en una relación disfuncional más precoz y estos problemas precipitan o perpetúan los síntomas depresivos actuales, puede ser el método más eficaz para los episodios depresivos mayores graves cuando el tratamiento de elección, suele consistir en 12 a 16 sesiones semanales, se abordan los comportamientos como la falta de seguridad en uno mismo, el deterioro de las habilidades sociales y el pensamiento distorsionado, pero en el contexto de su significado o su efecto en las relaciones interpersonales (Boland, 2022).

PRONÓSTICO:

Tiende a cronificarse y a recidivar, los pacientes que han sido hospitalizados por un primer episodio depresivo tienen un 50% de posibilidades de recuperarse en el primer año, un 25% de los pacientes presentan una recurrencia en los primeros 6 meses después de ser dado de alta, entre un 30 a 50% recurren en los 2 años siguientes, y alrededor del 50 a 75% tiene una recurrencia del 50 al 75% (Boland, 2022).

Indicadores de pronóstico para la depresión:

Indicadores positivos: se puede dividir en indicadores clínicos los cuales son gravedad leve, sin presencia de síntomas psicóticos, estancia hospitalaria corta, sin enfermedad comórbida (médicas/ psiquiátricas), no más de una hospitalización, edad aparición avanzada y los indicadores psicosociales, amistades sólidas durante la adolescencia, funcionamiento familiar estable, y buen funcionamiento social y laboral en los últimos cinco años (Boland, 2022).

Indicadores Negativos: la presencia de trastorno distímico comórbido y trastorno depresivo mayor, trastorno por consumo de sustancias, síntomas de ansiedad, más de un episodio previamente, sexo masculino (Boland, 2022).

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS:

SINTOMAS NEGATIVOS:

Se refieren al debilitamiento o la ausencia de pensamientos, emociones o comportamiento normales en pacientes con esquizofrenia. Su prevalencia en los primeros episodios de psicosis es alta, del 50 al 90% y del 20% al 40% de los pacientes presentan síntomas negativos persistentes. Los síntomas negativos durante las primeras etapas predicen un mal pronóstico (Mäkinen, 2009).

Pueden agrupar en dos dominios: la reducción de la motivación y del placer (que incluye asociabilidad, abulia y anhedonia) y otro que representa la reducción de la expresividad (afecto aplanado y alogia) (Mäkinen, 2009).

El dominio de los síntomas negativos consta de cinco constructos: afectividad embotada o aplanada, alogia (reducción de la cantidad de palabras habladas), abulia (actividad dirigida a un objetivo reducida debido a una motivación reducida), asociabilidad y anhedonia (experiencia reducida del placer), hasta el 60% de los pacientes pueden tener síntomas negativos que requieren tratamiento (Correll, 2020).

Los síntomas negativos pueden ser síntomas primarios, son intrínsecos a la fisiopatología subyacente de la enfermedad o síntomas secundarios, relacionados con

comorbilidades psiquiátricas o médicas, efectos adversos de los medicamentos o factores ambientales (Correll, 2020).

Las causas de síntomas negativos secundarios son la ansiedad, la depresión, el abuso crónico de drogas ilegales y alcohol, una dosis alta de medicamentos, la privación social, la falta de estimulación y la hospitalización (Veerman, 2017).

Se ha visto, que la pérdida de materia gris en la corteza cingulada, insular y temporal en pacientes con síntomas negativos graves (Stephen, 2023).

Las tres escalas que pueden usarse para detectar y evaluar síntomas negativos en pacientes con esquizofrenia son la subescala de síntomas negativos de la escala de síndrome positivo y negativos (PANSS) (Ver anexo 3), la escala de síntomas negativos de 16 ítems (NSA-16) y la escala para la evaluación de síntomas negativos (SANS), se pueden usar para establecer la presencia y gravedad de los síntomas (Möller, 2007).

La Escala de síndrome positivo y negativo (PANSS) fue la primera en incorporar los síntomas negativos; La escala breve de síntomas negativos (BNSS) y Entrevista de evaluación clínica de síntomas negativos (CAINS) miden con precisión la anhedonia y déficits expresivos, tanto a nivel hospitalarios y ambulatorio (Stephen, 2023).

La Asociación Europea de Psiquiatría recomienda combinar herramientas de heteroevaluación como la Escala breve de Síndrome Negativo (BNSS) o Entrevista de Evaluación clínica de síntomas negativos (CAINS), con escalas de autoevaluación como la autoevaluación de Síntomas negativos (SNS) o el autoinforme de motivación y placer (MAP-SR) (Métivier, 2025).

Se ha estudiado la relación con el tratamiento de los síntomas negativos son: la modulación del sistema glutamatérgico, del sistema serotoninérgico, del sistema histaminérgico, dopaminérgico e influencia de antioxidantes y hormonas, se ha demostrado la eficacia son sólo moderados (Jiawan, 2010).

Dentro de los antipsicóticos de segunda generación, los más eficaces son amisulprida, clozapina y risperidona en el tratamiento de síntomas negativos, asociado con un menor deterioro cognitivo y mejores resultados funcionales (Cerveri, 2019).

La Fluoxetina, paroxetina, seliglina, citalopram, reboxetina, fluvoxamina y mirtazapina son eficaz para reducir los síntomas negativos (Cerveri, 2019).

Se ha encontrado que el tratamiento temprano de la psicosis, la terapia complementaria con aripiprazol, antidepresivos o topiramato, la musicoterapia y el ejercicio son útiles para los síntomas negativos no especificados (Veerman, 2017).

Las intervenciones psicosociales y conductuales se usan para reducir la carga de los síntomas negativos, sin embargo, solo tienen un efecto entre pequeño y moderado y buenos niveles de aceptabilidad (Cella, 2023).

DIFERENCIA ENTRE SÍNTOMAS NEGATIVOS Y DEPRESIÓN:

Aproximadamente, la prevalencia de los síntomas depresivos en las personas con esquizofrenia está alrededor del 40%, aparentemente los episodios agudos, las tasas son hasta el 60%, en la enfermedad crónica, la tasa de depresión de moderada a severa es del 20% hasta el 50% (Krynicky, 2018).

En la esquizofrenia, la evidencia sugiere que los síntomas de bajo estado de ánimo, ideación suicida y pesimismo tiene mayor especificidad para la depresión, mientras que la presencia de alogia y embotamiento afectivo tienen mayor especificidad como síntomas negativos. La anhedonia, la anergia y abulia pueden ser comunes a ambos (Krynicky, 2018).

Cualquier déficit del sistema de recompensa (por ejemplo, la anhedonia anticipatoria o motivacional, caracterizada por dificultad para experimentar placer en anticipación de eventos gratificantes y podría presentarse como anhedonia consumatoria, se refiere a la dificultad para experimentar placer durante las actividades placenteras (o secundaria), hay hallazgos que indican que los pacientes con depresión experimentan anhedonia consumatoria y anticipatoria, mientras que los pacientes con esquizofrenia muestran principalmente un déficit en la anhedonia anticipatoria (Richter, 2020).

En un estudio, se valoraron la presencia de síntomas negativos y depresivos en usuarios con riesgo ultra alto, y se obtuvieron los siguientes resultados: el factor de

síntomas negativos consistió en los siguientes ítems: anhedonia, retraimiento social, disminución de la expresión de la emoción, disminución de la experiencia de las emociones y del yo, y puede ser validado con la subescala de síntomas negativos de la Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS), el factor depresivo estuvo compuesto por estado de ánimo disfórico, tolerancia deteriorada al estrés normal, higiene personal y atención social y pudo ser validado por el inventario de depresión de Beck (Klaassen, 2011).

La Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia, (Ver anexo 2) se usa para evaluar la depresión de manera distinta a los síntomas negativos, con mayor peso a los informes subjetivos de desesperanza, culpa e ideación suicida, se basa en la distinción entre síntomas negativos primarios y secundarios (son anergia, alogia y afecto aplanado), como resultado de la depresión (An der Heiden, 2016).

Las tasas de prevalencia del 90% para la presentación de al menos un síntoma negativo y del 60% para la presentación de al menos un síntoma depresivo, en el primer episodio psicótico, tras la remisión de la psicosis, las tasas descendieron al 50% (síntomas negativos) y hasta el 40% (síntomas depresivos) en un período de 5 años, manteniéndose estables a partir de entonces (An der Heiden, 2016).

JUSTIFICACIÓN:

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico crónico y grave, en México las citas reportadas son del 1% de la población a lo largo de la vida, lo que corresponde a más de 1 millón de afectados en todo el territorio nacional, a escala mundial afecta aproximadamente a 24 millones de personas (1 de cada 300 personas).

La importancia de este estudio es:

Contribución al diagnóstico diferencial: los síntomas negativos de la esquizofrenia, como la apatía, aislamiento social, anhedonia, disminución de la psicomotricidad, alogia, embotamiento y aplanamiento afectivo, puede ser similares a los síntomas depresivos, es esencial diferenciarlos para establecer un adecuada tratamiento, en este estudio se

permiten analizar las características específicas y la frecuencia en pacientes de 18 a 75 años, una población clave por encontrarse en etapa productiva de la vida.

Revelación clínica y terapéutica: Identificar la prevalencia y la relación de los síntomas negativos y depresivos, contribuirá a mejorar las estrategias de intervención en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano”, un manejo adecuado reduce las tasas de recaídas, hospitalizaciones y mejorar la funcionalidad general de los usuarios.

Aporte a la literatura científica: Existe poca literatura sobre la comparación de los síntomas depresivos y negativos de la esquizofrenia, en población mexicana, este estudio pretende generar información que puede ser útil para futuras investigaciones y para la creación de guías clínicas adaptadas al contexto.

Optimización de recursos de salud: Diferenciar entre los síntomas negativos o depresivos en la esquizofrenia podría mejorar la precisión diagnóstica, reducir el tiempo y costos asociados con tratamientos inadecuados, se podrían desarrollar programas de intervención temprana más efectivos en función de las necesidades específicas de los usuarios.

Impacto en la calidad de vida de los usuarios: Se podrán diseñar programas de rehabilitación psicosocial más específicos, fomentando la reintegración social y laboral de los usuarios, promoviendo una vida más plena y funcional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La esquizofrenia es un trastorno mental que afecta al 1% de la población en general, uno de los aspectos más complejos de esta enfermedad es su amplia gama de síntomas, las cuales se pueden dividir en síntomas positivos, negativos y cognitivos. Uno de los mayores retos en el manejo de los usuarios con esquizofrenia es la coexistencia de síntomas negativos y depresivos, son relevantes por su impacto en el pronóstico, funcionalidad y calidad de vida de los usuarios.

En el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, se atienden a una gran cantidad de pacientes con esquizofrenia, es crucial entender mejor las diferencias en la frecuencia

de esos dos tipos de síntomas para optimizar los enfoques terapéuticos y mejorar la calidad de vida de los usuarios. Sin embargo, en la práctica clínica resulta difícil diferenciarlos, lo que lleva a diagnósticos imprecisos e intervenciones terapéuticas inadecuadas, esta confusión diagnóstica es crítica, ya que la sintomatología negativa está relacionada con un deterioro funcional persistente, y los síntomas depresivos requieren un abordaje específico.

A pesar de la relevancia clínica de dichos síntomas, no se cuenta con datos locales que permitan establecer la frecuencia diferencial de los síntomas en usuarios con esquizofrenia en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano; esta ausencia de información limita la toma de decisiones clínicas informadas, la planificación terapéutica y el diseño de estrategias de intervención personalizadas.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es la frecuencia de síntomas negativos y depresivos en usuarios con esquizofrenia en el hospital psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano”?

HIPÓTESIS:

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:

En los usuarios con esquizofrenia en el hospital psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” existe una determinada frecuencia de síntomas negativos y depresivos.

HIPÓTESIS NULA:

En los usuarios con esquizofrenia en el hospital psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” no existe una determinada frecuencia de síntomas negativos y depresivos.

OBJETIVO GENERAL:

- Describir la frecuencia de síntomas negativos y depresivos en pacientes con esquizofrenia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar la presencia de síntomas negativos en pacientes con esquizofrenia por sexo y por edad.
- Identificar la presencia de síntomas depresivos en pacientes con esquizofrenia por sexo y por edad.
- Determinar la comorbilidad de síntomas negativos con síntomas depresivos en pacientes con esquizofrenia.

MATERIALES Y MÉTODOS:

DISEÑO DEL ESTUDIO:

- Enfoque cuantitativo: el estudio se centra en medir y cuantificar la frecuencia de síntomas negativos y depresivos en usuarios con esquizofrenia, permitiendo describir su distribución por sexo, edad y comorbilidades entre síntomas.
- Tipo de investigación: No experimental (hipotético-deductivo): son aquellos estudios en los que no se manipulan variables ni se establece un control sobre el entorno o los participantes, se busca explorar, describir e interpretar la frecuencia de síntomas negativos y depresivos en pacientes con esquizofrenia de 18 a 75 años.
- Diseño de la investigación: Estudio transversal, es un tipo de diseño de investigación que usa para analizar datos de una población en un solo momento o en un corto período de tiempo, permite identificar relaciones o asociaciones entre variables, puede ser descriptivo (se describen las características de un grupo) o analítico (se comparan grupos y se busca relaciones entre variables).

UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL:

- La investigación será realizada en el Hospital Psiquiátrico de Puebla Doctor Rafael Serrano “El Batán” y abarcará el periodo del mes de marzo al mes de septiembre del 2025.

ESTRATEGIA DE TRABAJO:

ESTRATEGIA DE TRABAJO:

El siguiente trabajo se desarrolló en varias etapas:

- Etapa 1. Planteamiento y Justificación del estudio: En el cual se implementó el objetivo general, los objetivos específicos y la justificación del estudio.
- Revisión bibliográfica: se realizó la revisión de literatura, investigar concepto de la esquizofrenia, epidemiología, diagnóstico, diagnósticos diferenciales y el manejo, así como la presencia de síntomas depresivos y negativos, y estudios que hayan comparada la prevalencia de los síntomas.
- Diseño de la investigación: En esta sección se analizó el tipo de estudio, selección de la muestra (criterios de inclusión, exclusión y eliminación), se determinó el tamaño de la muestra, los métodos de recolección de datos que se usan, así como la aprobación de ética.
- Etapa 2. Trabajo de campo:
Recolección de datos: Se seleccionó a los participantes que cumplían los criterios de inclusión, se invitó al estudio y se les proporcionó información sobre el mismo, así como entregar el consentimiento informado; se revisaron los expedientes para obtener información sobre la evolución de la enfermedad, la aparición de los síntomas depresivos o síntomas negativos.
- Aplicación de instrumentos: Tanto en consulta externa como en hospitalización, se acudió con el/la usuario/a, posteriormente se les presentó con el paciente y se explicó sobre la importancia y los objetivos del estudio, se les invitó a participar y en caso de aceptar, se procedió firmar el consentimiento informado (Ver anexo 1),

posteriormente se aplicaron la escala de depresión Calgary y la escala de síntomas positivos y negativos en la subescala de síntomas negativos.

- Etapa 3. Análisis de datos: El presente trabajo fue un protocolo descriptivo ya que solo se abordó la frecuencia de los síntomas negativos y depresivos en pacientes con esquizofrenia de 18 a 75 años, por lo que solo se empleó estadística descriptiva.
- Etapa 4: Redacción de resultados, discusión y conclusiones: Se discutieron los datos encontrados en la frecuencia de síntomas negativos y depresivos, se reflexionó sobre la relevancia de estos hallazgos para el manejo de la esquizofrenia en la práctica clínica, se reconocieron las limitaciones del estudio, como el tamaño de la muestra, el diseño u otro factor que pudieron influir en los resultados y se propusieron futuras líneas de investigación para profundizar en dicho tema.
- Etapa 5. Preparación del examen de grado y productos científicos: Consiste en un proceso formativo integral, el cual incluyó la revisión y actualización sobre la esquizofrenia, síntomas negativos, síntomas depresivos para la preparación oral de la tesis, para el examen profesional para obtener el título de la especialidad en psiquiatría y la elaboración de un artículo científico para publicación en una revista académica nacional.

MUESTREO:

Se trata de una población de aproximadamente 1802 usuarios, de los cuales está conformado por 686 usuarias y 1116 usuarios atendidos durante el periodo 2024, en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, lo cual se realizará la fórmula para obtener la muestra, necesaria, con un intervalo de confianza del 95% y un error del 5%.

DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN:

La unidad de población del presente estudio está conformada por todos los usuarios diagnosticados con esquizofrenia que reciben atención en el Hospital

Psiquiátrico Doctor Rafael Serrano en Puebla, ya sea en modalidad de hospitalización o tratamiento ambulatorio, durante el período establecido para la recolección de datos.

Estos usuarios constituyen la base a partir de la cual se obtuvo la muestra del estudio y representa el grupo de interés para analizar la diferencia entre la frecuencia de síntomas negativos y depresivos.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Todos los usuarios con diagnóstico de Esquizofrenia, atendidos en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, que cumplan los criterios de selección y acepten a participar en el estudio de manera voluntaria.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREOS:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Usuarios atendidos en el Hospital Psiquiátrico Doctor Rafael Serrano “el Batán”
- Usuarios con diagnóstico de Esquizofrenia
- Usuarios/as entre 18 a 75 años
- Usuarios atendidos durante el periodo de marzo a septiembre de 2025.
- Usuarios con presencia de síntomas negativos y depresivos

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Usuarios con diagnóstico diferente a Esquizofrenia

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Usuarios con derechohabencia del ISSSTE o IMSS
- Usuario que no quieran participar en el estudio o que, aun habiendo aceptado, no hayan firmado el consentimiento informado.

DISEÑO DE MUESTREO:

TIPO DE MUESTREO:

No probabilístico: Este tipo de muestreo es el que la selección de los participantes no depende de métodos aleatorios, sino que se basa en los usuarios que cumplan los criterios de inclusión: usuarios atendidos en la clínica de trastorno psicóticos del Hospital Psiquiátrico Doctor Rafael Serrano “el Batán”, con diagnóstico de Esquizofrenia, edades entre 18 a 75 años, atendidos durante el periodo de marzo a septiembre del 2025, con presencia de síntomas negativos y depresivos; las muestras se eligen por selección no aleatoria: por conveniencia, según los objetivos del estudio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para calcular el tamaño de la muestra, se aplicarán los siguientes pasos los cuales son:

- Definir la población: Son los usuarios entre 18 a 75 años, atendidos durante el periodo de enero a diciembre del 2024 en el Hospital Psiquiátrico Doctor Rafael Serrano; Se solicitó a la dirección del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, el número de personas atendidas en el año 2024, los cuales fueron 686 usuarias y 1116 usuarios, obteniendo **1802 usuarios**
- Nivel de confianza (Z): representa la probabilidad de que los resultados de la muestra reflejen los resultados de la población, en la investigación médica se usa un nivel de confianza del **95%**.
- Margen de error (E): es el rango dentro del cual se espera que estén los resultados, suele expresarse en porcentaje, se usa un margen de error del **5%** (0.05).
- Proporción estimada (p): Representa la parte que cumple con una determinada característica, basadas en una muestra; posteriormente de agregar los datos en la calculadora de muestras vía online se obtiene el siguiente resultado: **317 usuarios**

- Fórmula del tamaño de la muestra:

$$\text{Tamaño de la Muestra} = \frac{Z^2 p(1-p)}{e^2}$$

Sin embargo, la muestra final efectiva incluida en el estudio fue de 150 participantes; esta reducción se debió a razones operativas: rechazo a participar, exclusiones por criterios de eliminación, pérdida de datos, limitaciones logísticas y temporales durante la recolección.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escalas de medición	Valor o medida
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Conjunto de valores: femenino o masculino	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.-Hombre 2.-Mujer
Edad	Tiempo transcurrido a partir de la fecha de un individuo	Rango de edades: 18-42 años, de 43 a 75 años	Cuantitativa	Ordinal	Años
Estado civil	Condición legal o social de una persona respecto al matrimonio	Se mide clasificando a cada persona en una de las categorías:	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.-Con pareja 2.- Sin pareja

		con o sin pareja			
Profesión	Actividad o trabajo especializado que una persona realiza	Se mide clasificando según la actividad laboral que desempeña	Cualitativa	Nominal	1.- Desempleado 2.-Labores del hogar 3.-Empleado
Síntomas negativos	Puntuación obtenida es una escala validada como la PANSS (subescala negativa)	Se valorará la presencia o ausencia de síntomas negativos	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.-Presente 2.- Ausente
Síntomas depresivos	Puntuación total en la escala de Calgary de depresión	Se valorará la presencia o ausencia de síntomas depresivos	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.-Presente 2.-Ausente

ESCALAS DE MEDICIÓN:

Se realizará la escala de depresión de Calgary para la esquizofrenia (es un instrumento válido para la medición de los síntomas depresivos tanto en primeros episodios y descompensaciones agudas como pacientes estables, Valora la frecuencia de síntomas depresivos los cuales son: depresión, desesperanza, Autodepreciación, ideas culpables de referencia, culpa patológica: ideas culpables de referencia, depresión matutina, despertar precoz, suicidio, depresión observada. Es la escala que tiene alta validez y fiabilidad, y es la de referencia más usada en investigación y práctica clínica, su punto de corte es 6 puntos (paciente con depresión), con un alfa de Cronbach es entre 0.70 y 0.85 lo que indica que tiene

buena consistencia interna, con una sensibilidad entre 75% a 90% lo que indica que detecta adecuadamente la mayoría de pacientes con esquizofrenia con depresión, y una especificidad alrededor del 80%, permite distinguir bien a los que no presentan síntomas depresivos.

La escala de evaluación de síntomas negativos es una entrevista semi estructurada que contiene 16 ítems que evalúan de manera comprensiva el síndrome negativo de la esquizofrenia, valorar la frecuencia y gravedad de los síntomas negativos los cuales son: embotamiento afectivo, retracción emocional, pobre relación, retracción social, apatía pasiva, dificultad de pensamiento abstracto, falta de espontaneidad y fluidez de la conversación, pensamiento estereotipado. Ha sido validada internacionalmente y cuenta con adecuados índices de fiabilidad, se usó generalizado en investigación permite comparaciones transversales entre estudios y poblaciones, es la escala de referencia en ensayos clínicos de nuevos antipsicóticos, su sensibilidad al cambio permite monitorear la evolución de los síntomas a lo largo del tiempo; con un alfa de Cronbach entre 0.70 y 0.85, con una sensibilidad alrededor del 70-80% para identificar síntomas negativos y especificidad cerca del 75-85% distingue entre la presencia y ausencia de síntomas negativos.

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La recolección de datos se realizará a través de una encuesta en línea en formato de GOOGLE FORMS del correo personal.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS:

El procedimiento se llevará a cabo en las siguientes etapas: 1. Selección de la muestra, el cual consiste en identificar a los usuarios con diagnóstico de esquizofrenia que cumplan con los criterios de inclusión, se invitará a participar en el estudio de forma voluntaria, explicando los objetivos y solicitando la firma del consentimiento informado. 2. Aplicación de instrumentos: a cada participante se aplicará las escalas clínicas validadas para identificar la presencia de síntomas negativos y depresivos, las entrevistas fueron realizadas de forma individual por profesional entrenado, en un

ambiente confidencial y tranquilo. 3. Registro y codificación de datos, los resultados serán registrados en una base de datos diseñada para el estudio, garantizado el anonimato de los participantes. 4. Análisis estadístico, los datos serán sometidos a análisis estadístico descriptivo con el objetivo de identificar diferencias entre la frecuencia de síntomas negativos y depresivos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Un Análisis Estadístico Descriptivo es un conjunto de métodos y técnicas que permiten resumir, organizar y presentar los datos de forma comprensible, sin hacer inferencias o predicciones; suele usarse como primer paso en cualquier estudio estadístico; facilita la comprensión de grandes datos, ayuda a detectar errores o valores atípicos y permite visualizar patrones, tendencias y distribuciones. Este protocolo es un análisis estadístico descriptivo ya que solo se va a describir la frecuencia de los síntomas negativos y depresivos en pacientes con esquizofrenia de 18 a 75 años, no se aplicará pruebas estadísticas.

DISEÑO ESTADÍSTICO:

Las muestras se eligen por selección no aleatoria: por conveniencia, según los objetivos del estudio y los criterios de inclusión.

LOGISTICA:

RECURSO HUMANOS:

- Investigador: Médico Residente Luis Alberto Esquivel Palacios
- Asesor experto: Dr. Marco Antonio Puente López
- Asesor metodológico: Dra. Cristina Montserrath Flores Guerrero

RECURSOS MATERIALES:

- Computadora marca Lenovo

- Libros y artículos de psiquiatría
- Expedientes de los usuarios del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano

RECURSOS FINANCIEROS: Número de beca 57763:

Recursos	Precio
Luz	\$200.00
Internet	\$250.00
Traslados	\$200.00
Precio Total	\$650.00

GRÁFICA DE GANTT:

Mes Año 2025	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Actividades												
Revisión Bibliográfica												
Diseño del protocolo												
Aprobación del protocolo												
Recolección de datos												
Análisis de datos												
Redacción de resultados y discusión												
Revisión final y entrega												

BIOÉTICA:

Este protocolo cumple con los principios éticos que protegen la dignidad, derechos y bienestar de los participantes, tiene su base en los siguientes documentos:

La declaración de Helsinki el cual es un documento que regular la investigación médica, el cual el principio básico es el Respeto al individuo, su derecho a la auto determinación, a tomar decisiones una vez que se informa sobre beneficios y riesgos de su participación en un estudio de investigación.

La Norma Mexicana 004-SSA3-2012 del expediente clínico, menciona que el expediente clínico debe incluir información derivada de la participación del paciente en un protocolo de investigación, cuando este ocurre dentro del establecimiento de salud, debe contener el consentimiento informado para participar en el estudio, intervenciones, procedimiento o tratamientos realizados como parte del protocolo, eventos adversos o efectos secundarios documentados; toda información obtenida del expediente relacionada con la investigación está protegida por la Ley General de salud.

La norma mexicana 012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, dicta que todo proyecto debe contar con: protocolo de investigación bien definido, aprobación por un comité de ética en investigación, consentimiento firmado por cada participante, registro institucional y seguimiento.

Ley General de Salud título quinto: Investigación para la salud, artículo 100: la investigación en seres humanos solo puede realizarse si: se obtiene consentimiento informado del participante, se cuenta con la aprobación de un Comité de ética e investigación, se respeta la dignidad, seguridad y bienestar del sujeto de investigación.

Previamente antes de solicitar a los usuarios participar en este estudio se les pedirá que firmen el consentimiento informado el cual es un documento detallado y claro (se proporcionara información sobre el objetivo del estudio, los procedimientos, los riesgo y beneficios y el derecho a retirarse en cualquier momento).

Los datos recolectados se manejan con estricta confidencialidad, se garantiza que lo resultados sean presentados sin revelar identidades de los participantes, se utiliza sistemas seguros para el almacenamiento y análisis de datos.

El protocolo del estudio debe ser revisado y aprobado por el Comité de ética, del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano

RESULTADOS:

TABLA I FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:

Edad	43 (min 18, máx 75)
Sexo (%)	55.3 (H) 44.7 (M)
Profesión (%) Ninguna	48
Labores del hogar	24.7
Con empleo	27.3
Estado Civil (%) Soltero	89.3
Con pareja	10.7

De los 150 participantes, la muestra presentó una mediana de edad de 43 años, como edad mínima de 18 años y máximo de 75 años. Esto indica que los participantes se concentran principalmente en la etapa adulta media, aunque también se incluyen jóvenes y adultos mayores, lo que aporta diversidad etaria a la población estudiada.

En cuanto al sexo, se encontró una distribución relativamente equilibrada: 67 mujeres (44.7%) y 83 hombres (55.3%). Siendo la proporción masculina ligeramente mayor, ambos sexos estuvieron bien representados en la muestra, lo que permite análisis comparativos con suficiente poder estadístico.

Se observó que la categoría con mayor representación fue la de personas desempleadas (72; 48%), seguida por quienes se dedicaban a labores del hogar (37; 24.7%) y finalmente aquellos con empleo (41; 27.3%). Estos resultados sugieren que una parte importante de la población estudiada enfrenta limitaciones en la inserción laboral formal.

En relación con el estado civil, la mayoría de los participantes reportó estar solteros (134; 89.3%), mientras que una proporción considerablemente menor indicó vivir en pareja (16; 10.7%). Esta distribución muestra un predominio claro de personas sin pareja estable dentro de la muestra analizada.

TABLA II SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN LAS MUJERES:

Síntomas Depresivos	Frecuencia	%	<i>p</i>
Depresión	9	13.4%	<.001
Desesperanza	4	7.5%	<.001
Autodepreciación	3	4.5%	<.001
Ideas culpables de referencia	4	6%	<.001
Culpa patológica	4	6%	<.001
Depresión matutina	4	6%	<.001
Despertar precoz	4	6%	<.001
Suicidio	2	3%	<.001
Depresión observada	2	3%	<.001

Se observó que el 13.4% de los pacientes presentó depresión. La desesperanza se identificó en el 7.5%, la auto depreciación en el 4.5%, mientras que las ideas de culpa de referencia, la culpa patológica, la depresión matutina y el despertar precoz tuvieron cada uno una prevalencia del 6%. Finalmente, el suicidio y la depresión observada se reportaron en el 3% de los casos. Todos estos síntomas resultaron estadísticamente significativos ($p < .001$).

TABLA III SÍNTOMAS NEGATIVOS EN LAS MUJERES:

Síntomas Negativos	Frecuencia	%	<i>p</i>
Embotamiento afectivo	53	79.1%	<.001
Retracción emocional	38	56.7%	.328
Pobre relación	36	53.7%	.625
Retracción social	33	49.3%	1
Dificultad de pensamiento abstracto	37	55.2%	.464
Falta de espontaneidad y fluidez	38	56.7%	.328
Pensamiento estereotipado	8	11.9%	<.001

Dentro del grupo femenino, el embotamiento afectivo fue el síntoma más frecuente, presente en el 79.1% de las pacientes. También se reportó falta de espontaneidad y fluidez (56.7%), así como retracción social (56.7%). Otros síntomas comunes fueron la dificultad para el pensamiento abstracto (55.2%) y la pobre relación (53.7%). El pensamiento estereotipado fue menos prevalente, con un 11.9%, pero mostró significancia estadística ($p < .001$).

TABLA IV SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN LOS HOMBRES:

Síntomas Depresivos	Frecuencias	%	p
Depresión	11	13.3%	<.001
Desesperanza	9	10.8%	<.001
Autodepreciación	3	3.6%	<.001
Ideas culpables de referencia	4	4.8%	<.001
Culpa patológica	2	2.4%	<.001
Depresión matutina	14	16.9%	<.001
Despertar precoz	3	3.6%	<.001
Suicidio	1	1.2%	<.001
Depresión observada	2	2.4%	<.001

En este subgrupo se encontró que el 13.3% presentó depresión. La desesperanza fue reportada por el 10.8%, la depresión matutina por el 16.9%, y en menor proporción aparecieron síntomas como auto depreciación (3.6%), ideas de culpa de referencia (4.8%), culpa patológica (2.4%), despertar precoz (3.6%), suicidio (1.2%) y depresión observada (2.4%). Todos los valores fueron estadísticamente significativos ($p < .001$).

TABLA V SÍNTOMAS NEGATIVOS EN LOS HOMBRES:

Síntomas Negativos	Frecuencia	%	<i>p</i>
Embotamiento afectivo	58	69.9%	<.001
Retracción emocional	49	59%	.124
Pobre relación	49	59%	.124
Retracción social	49	59%	.124
Dificultad de pensamiento abstracto	45	54.2%	.510
Falta de espontaneidad y fluidez	45	54.2%	.510
Pensamiento estereotipado	13	15.7%	<.001

En los pacientes masculinos, el embotamiento afectivo también fue el síntoma más reportado (69.9%). La retracción social y la pobre relación alcanzaron un 59%, mientras que la dificultad en el pensamiento abstracto y la falta de espontaneidad y fluidez se encontraron en el 54.2%. El pensamiento estereotipado estuvo presente en el 15.7%, siendo significativo ($p < .001$).

TABLA VI SÍNTOMAS DEPRESIVOS DE 18 A 42 AÑOS:

Síntomas Depresivos	Frecuencias	%	<i>p</i>
Depresión	6	8.7%	<.001
Desesperanza	5	7.2%	<.001
Autodepreciación	2	2.9%	<.001
Ideas culpables de referencia	2	2.9%	<.001
Culpa patológica	3	4.3%	<.001
Depresión matutina	6	8.7%	<.001
Despertar precoz	2	2.9%	<.001
Suicidio	0	0%	<.001
Depresión observada	0	0%	<.001

En este rango de edad, los síntomas depresivos fueron menos prevalentes, destacando la depresión (8.7%), la desesperanza (7.2%) y la depresión matutina (8.7%). No se reportaron casos de suicidio ni depresión observada.

TABLA VII SÍNTOMAS NEGATIVOS DE 18 A 42 AÑOS

Síntomas Negativos	Frecuencia	%	<i>p</i>
Embotamiento afectivo	55	79.7%	<.001
Retracción emocional	41	59.4%	.148
Pobre relación	40	58%	.228
Retracción social	39	56.5%	.336
Dificultad de pensamiento abstracto	41	59.4%	.148
Falta de espontaneidad y fluidez	42	60.9%	.091
Pensamiento estereotipado	9	13%	<.001

Respecto a los síntomas negativos, los más comunes fueron el embotamiento afectivo (79.7%), la falta de espontaneidad y fluidez (60.9%) y la retracción emocional (59.4%). El pensamiento estereotipado apareció en 13% de los casos

TABLA VIII SÍNTOMAS DEPRESIVOS DE 43 A 75 AÑOS:

Síntomas Depresivos	Frecuencias	%	<i>p</i>
Depresión	14	17.3%	<.001
Desesperanza	9	11.1%	<.001
Autodepreciación	4	4.9%	<.001
Ideas culpables de referencia	6	7.4%	<.001
Culpa patológica	3	3.7%	<.001
Depresión matutina	12	14.8%	<.001
Despertar precoz	5	6.2%	<.001
Suicidio	3	3.7%	<.001
Depresión observada	4	4.9%	<.001

En los adultos de mayor edad, los síntomas depresivos fueron más frecuentes: depresión (17.3%), depresión matutina (14.8%) y desesperanza (11.1%). También se registraron casos de suicidio (3.7%) y depresión observada (4.9%).

TABLA IX SÍNTOMAS NEGATIVOS DE 43 A 75 AÑOS:

Síntomas Negativos	Frecuencia	%	<i>p</i>
Embotamiento afectivo	56	69.1%	<.001
Retracción emocional	46	56.8%	.266
Pobre relación	45	55.6%	.374
Retracción social	43	53.1%	.657
Dificultad de pensamiento abstracto	41	50.6%	1
Falta de espontaneidad y fluidez	41	50.6%	1
Pensamiento estereotipado	12	14.6%	<.001

En cuanto a los síntomas negativos, los más frecuentes fueron el embotamiento afectivo (69.1%), la retracción social (56.8%), pobre relación (55.6%) y dificultad en el pensamiento abstracto (50.6%). El pensamiento estereotipado estuvo presente en 14.8%

TABLA X SÍNTOMAS DEPRESIVOS COMÓRBIDOS CON SINTOMAS NEGATIVOS:

	DEPRESIÓN	P	DESESPERANZA	P	AUTODEPRECIACIÓN	P	IDEAS CULPABLES DE REFERENCIA	P	CULPA PATOLÓGICA	P
EMBOTAMIENTO AFECTIVO	20	.324	14	.384	6	.171	8	.016	6	.171
RETRACCIÓN EMOCIONAL	20	.206	14	.524	6	.212	8	.227	6	.685
POBRE RELACIÓN	20	.106	14	.273	6	.239	8	.261	6	.737
RETRACCIÓN SOCIAL	20	.157	14	.351	6	.284	8	.316	6	.815
DIFICULTAD DE PENSAMIENTO ABSTRACTO	20	.017	14	.135	6	.056	8	.316	6	.284

FALTA DE ESPONTANEIDAD	20	.014	14	.121	6	.052	8	.297	6	.269
PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO	20	.053	14	.113	6	.313	8	.9	6	.313

DEPRESIÓN MATUTINA	P	DESPERTAR PRECOZ	P	SUICIDIO	P	DEPRESIÓN OBSERVADA	P
18	.855	7	.874	3	.779	4	.024
18	.776	7	.962	3	.759	4	.175
18	.685	7	.979	3	.724	4	.195
18	.558	7	.893	3	.673	4	.227
18	.936	7	.155	3	.453	4	.026
18	.984	7	.145	3	.439	4	.024
18	.707	7	.274	3	.480	4	.413

Los síntomas negativos analizados incluyen: embotamiento afectivo, retracción emocional, pobre relación, retracción social, dificultad de pensamiento abstracto, falta de espontaneidad y pensamiento estereotipado.

- Embotamiento afectivo: mostró una correlación moderada con la desesperanza (.324) y la autodepreciación (.171), mientras que con la culpa patológica y las ideas de referencia la asociación fue mínima.
- Retracción emocional: presentó la correlación más alta con ideas culpables de referencia (.524) y también se asoció con desesperanza (.206).
- Pobre relación: la asociación fue baja en todos los indicadores depresivos (máx. .273 con ideas de referencia).

- Retracción social: se relacionó de manera leve a moderada con autodepreciación (.284) y culpa patológica (.316).
- Dificultad de pensamiento abstracto y falta de espontaneidad: mostraron correlaciones muy bajas en general ($\leq .135$), con cierta asociación con culpa patológica y desesperanza.
- Pensamiento estereotipado: tuvo correlaciones altas y significativas con ideas de referencia (.900) y autodepreciación (.313).

En conjunto, los resultados sugieren que los síntomas negativos más relacionados con la sintomatología depresiva son la retracción emocional y el pensamiento estereotipado, mientras que la falta de espontaneidad y la dificultad en el pensamiento abstracto apenas guardan relación.

La segunda tabla refleja los síntomas depresivos nucleares (depresión matutina, despertar precoz, suicidio, depresión observada) y su correspondencia con los síntomas negativos.

- Las correlaciones más elevadas se observan entre desesperanza, autodepreciación y depresión observada con valores superiores a .85 en algunos casos (por ejemplo, desesperanza con depresión matutina = .855; despertar precoz = .776).
- Ideas de suicidio también mostraron correlaciones altas con los síntomas negativos, especialmente con embotamiento afectivo (.779) y retracción social (.673).
- Culpa patológica e ideas de referencia alcanzaron correlaciones moderadas con retracción emocional y retracción social, reflejando que el aislamiento y la dificultad en relaciones sociales intensifican la vivencia depresiva.

En general, los síntomas depresivos centrales tienen una fuerte asociación con la presencia de síntomas negativos, en especial con el aislamiento social, la retracción emocional y el embotamiento afectivo.

DISCUSIÓN:

Según Ling-Yeh donde analiza 102, 964 pacientes con esquizofrenia, confirma que la edad media está por encima de los 40 años; de acuerdo a Baba Kenji quién analizó a 178 pacientes en una encuesta de bienestar, encontró que la edad media de la muestra en los pacientes fue de 42.7 años; Matsunaga Massaki realiza un estudio en personas con esquizofrenia viviendo en comunidades, obtuvieron una edad media de 48 años para hombres y 44 años para las mujeres; estos ejemplos muestran que una media de años alrededor de los 43 años, es concordante con los resultados obtenidos en la tesis. (Ling-Yeh, Baba Kenji, 2025).

Ramin Tabea (2024), afirma que la prevalencia a lo largo de la vida es similar entre hombres y mujeres, pero antes de los 40 años, es más prevalente en los hombres; Orrico-Sánchez A. (2020), en la población de 15-64 años, encontró que los casos prevalentes de esquizofrenia eran del 64.3% de los casos y en mujeres eran del 35.7%; Moniem Ivi (2025), los hombres presentan una mayor incidencia de esquizofrenia (relación hombre:mujer- 1.4:1) y tienden a desarrollar la enfermedad a una edad más temprana, y las mujeres suelen experimentar un inicio más tardío y en promedio, con un mejor funcionamiento social premórbido; De acuerdo a Zhan Zhonghua (2025) la esquizofrenia tiene una incidencia aproximadamente 1.4 veces mayor en hombres que en mujeres;

El artículo The Hypothalamic-Pituitary Gonadal axis in men with schizophrenia (2023), señala que los hombres tienden a tener un curso más precoz, síntomas negativos más severos y peor respuesta terapéutica, relacionado con niveles de testosterona, disfunción del eje hormonal; en el artículo Estrogen and psychosis a review and future directions (2024), resalta que los estrógenos tienen efectos protector en mujeres vulnerables, su disminución en la menopausia se asocia a riesgo de inicio o recaídas; Sex differences in schizophrenia: symptomatology, treatment efficacy and adverse effects los hombres suelen presentar más anomalías estructurales cerebrales y deterioro cognitivo.

En Reino Unido, en un estudio del 2024, reveló que el 84.9% de las personas con enfermedades mentales graves, incluyendo esquizofrenia, habían experimentado

desempleo; en España en 2020, la tasa de empleo de personas con problemas de salud mental fue del 17.1% lo que implica que más del 80% estaban desempleadas; un estudio de 2022 en Estados Unidos indicó que la esquizofrenia se asocia con tasas de desempleo del 90% en pacientes con edad laboral; según un estudio del 2025 en Estados Unidos, las limitaciones cognitivas en personas con esquizofrenia elevan significativamente las tasas de desempleo; aquellos con dificultades cognitivas tienen un 83.5% más de probabilidades de estar desempleados; En Reino Unido, un informe de Timewise destaca que 2.5% logran encontrar empleo cada año; el 54% de estos duran menos de 4 meses; una revisión sistemática publicada en 2024, muestra que las primeras etapas de la esquizofrenia se asocian con tasas de desempleo significativamente más altas que oscilan entre el 10% y casi el 90%.

Se han destacado los principales factores identificados:

1.- Estigma y discriminación social: es una de las principales barreras para el empleo; enfrentan prejuicios que cuestionan su capacidad para el trabajo, lo que limita sus oportunidades laborales. Un estudio de 2025 destaca que la discriminación y la falta de apoyo son obstáculos reales para el empleo.

2.- Deterioro funcional y cognitivo: afecta diversas funciones cognitivas como la memoria, atención y toma de decisiones, un estudio del 2025 encontró que las limitaciones cognitivas elevaban significativamente las tasas de desempleo entre los pacientes.

3.- Falta de apoyo en el entorno laboral: las ausencias de adaptaciones razonables en el lugar de trabajo y la falta de programas de apoyo laboral dificultan la integración de las personas con esquizofrenia;

4.- Comorbilidades psiquiátricas y sociales: como trastorno de uso de sustancias o depresión, complica más la situación laboral. Un estudio de 2024 encontró que la esquizofrenia en etapas tempranas se asocia con tasas de desempleo significativamente más altas entre el 10 y el 90% de los afectados.

5.-Falta de políticas públicas efectivas: Según datos del NHS del Reino Unido, menos del 10% están empleadas, esto indica que las políticas públicas actuales no satisfacen adecuadamente las necesidades de empleo de esta población.

Estudio en Colombia (2020), se observó que el 94.2% de los pacientes con esquizofrenia estaban solteros, en comparación con el 55.2% de los pacientes con trastorno bipolar; estudio en San diego (2023) aproximadamente el 59% de las personas con esquizofrenia se casaron en algún momento de su vida, solo el 13% de estos matrimonios continuaron, mientras que el 46% terminó en divorcio o separación

Según varios autores: Mannarini Stefania, Murrihy Sean, M. Merrill Ray, Chilman Natasha: las razones por las cuales los pacientes con esquizofrenia permanecen solteras son la presencia de síntomas negativos y deterioro del funcionamiento social: reducen la motivación para buscar pareja, la expresividad afectiva y para mantener relaciones, asociándose a peor funcionamiento social; el déficit cognitivo social presentando dificultad para interpretar señales sociales; el estigma externo e internalizado; desempleos, bajos ingresos y discapacidad reduciendo las oportunidades de relaciones; curso temprano y recaídas: el inicio en edades jóvenes y episodios agudos interrumpen las relaciones, el debut de la esquizofrenia es un factor importante para el rompimiento de relaciones amorosas; carga percibida por la pareja: mayor estrés, ansiedad y temores sobre las recaídas.

Según Li Xin, señala que los hombres tienen mayor riesgo de manifestar síntomas negativos prominentes, mientras que las mujeres tienden a mostrar más síntomas afectivos (no concordando con los resultados de este trabajo), entre las posibles causas se encuentran correlación entre testosterona elevada y mayor gravedad de síntomas negativos en hombres, con diferencias en maduración cerebral, neurodesarrollo y conexiones neuronales que predisponen a presentar deterior más temprano e intenso en los hombres, tienen un inicio más temprano, uso de sustancias, mayor carga de factores estresores o exposiciones a situaciones de mayor adversidad podrían exacerbar los síntomas negativos.

Según Amoretti Silvia menciona que los hombres con esquizofrenia exhiben síntomas negativos más severos en promedio, como aplanamiento afectivo, abolición y

aislamiento social, y son más propensos al subtipo déficit (caracterizado por síntomas negativos primarios persistentes)

La mayoría de los estudios que usan la Calgary Depression Scale for Schizophrenia, se han reportado que los síntomas depresivos más comunes son: desesperanza: reportado como el síntoma depresivo más prevalente y clínicamente significativo en esquizofrenia, asociándose con riesgo suicida y peor pronóstico, es el marcador afectivo más sensible en esta población; depresión matutina/ánimo deprimido: aparece con frecuencia, en pacientes en fases crónicas o edades avanzadas, estudios multicéntricos recientes (2023-2025) señalan que la sintomatología depresiva en esquizofrenia se manifiestan de forma más somática y matutina; culpa patológica y Autodepreciación: los menos frecuentes, realizar diagnóstico diferencial con los síntomas negativos; de acuerdo a los resultados obtenidos en esta tesis: en mujeres el síntoma depresivo más común fue depresión y desesperanza coincidiendo con la literatura; en hombres el más frecuente fue la depresión matutina, depresión y desesperanza.

Los síntomas negativos más frecuentes comórbidos con depresión son: anhedonia, embotamiento afectivo, y asocialidad; los síntomas depresivos más frecuentes comórbidos con negativos son: desesperanza, depresión matutina, Autodepreciación y culpa; los síntomas negativos favorecen la aparición de depresión, que a su vez potencializa o limita los síntomas negativos, generando cuadros clínicos de difícil diferenciación. La presencia de síntomas negativos y depresión se asocian con: peor pronóstico funcional y social, mayor cronicidad y recaídas, mala adherencia terapéutica, aumento de riesgo suicida.

LIMITACIONES:

La proporción estimada según el tamaño de la muestra era de 317, solamente se reclutó a 150 pacientes, el cual representa el 45% del tamaño de la muestra; al contar con pocos participantes, los resultados pueden no representar a toda la población de pacientes con esquizofrenia; un tamaño pequeño aumentó la probabilidad de errores tipo 1 (falsos positivos) o tipo II (falsos negativos), es más probable que la muestra pequeña tenga características específicas que no reflejan la diversidad real de la población.

El estudio es transversal, se puede observar asociaciones, pero no se puede determinar qué causa qué; la información refleja solo un momento en el tiempo, no permite ver cambios en la evolución de la enfermedad ni fluctuaciones en síntomas; algunos factores pueden haber cambiado antes o después de la evaluación, afectando los resultados; no permite evaluar cómo los síntomas evolucionan a lo largo del tiempo.

La selección de la muestra fue no probabilística por conveniencia, constituye una limitación metodológica, ya que los participantes no fueron seleccionados al azar, sino de acuerdo con disponibilidad y cumplimiento de los criterios de inclusión.

No se tomó en cuenta factores no controlados como por ejemplo las comorbilidades médicas como diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, que puede afectar el estado funcional y emocional del paciente; comorbilidades psiquiátricas como el consumo de sustancias, trastorno de ansiedad o de personalidad que alteran el curso clínico de la esquizofrenia y pueden confundirse con síntomas negativos o depresivos; tratamiento farmacológico como variaciones en el tipo, dosis y adherencia, que impactan tanto en la reducción como en la exacerbación de los síntomas; variables contextuales como ambientes hospitalario contra ambulatorio, grado de estigmatización, red de apoyo social.

PERSPECTIVAS A FUTURO:

El presente estudio permitió describir la frecuencia de síntomas negativos y depresivos en usuarios con esquizofrenia atendidos en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, aportando datos relevantes para la práctica clínica local; los hallazgos obtenidos abren diversas líneas de investigación y acción que pueden fortalecerse en el futuro.

Es necesario realizar estudios longitudinales que permitan dar seguimiento a los pacientes en distintos momentos de la evolución de la enfermedad, permitiendo analizar la persistencia o fluctuación de los síntomas negativos y depresivos, así como su relación con recaídas, hospitalizaciones y respuesta terapéutica, los diseños prospectivos ofrecen mayor solidez para establecer asociaciones causales y detectar factores pronósticos.

Se sugiere ampliar la investigación mediante muestras probabilísticas y multicéntricas, incluyendo hospitales de diferentes regiones de la ciudad, aumentando la representatividad de los resultados y facilitar la elaboración de comparaciones entre contextos rurales y urbanos, o entre poblaciones con distintos niveles de acceso a los servicios de salud.

Incorporar variables clínicas y sociales adicionales que no fueron analizadas en este estudio; como comorbilidades médicas y psiquiátricas, consumo de sustancias, tipo y adherencia terapéutica, variables socioeconómicas y redes de apoyo para comprender de manera más integral el impacto de la esquizofrenia en la vida de los pacientes.

En la salud pública, sienta las bases para la generación de guías clínicas mexicanas, permitiendo homogenizar el diagnóstico diferencial entre síntomas negativos y depresivos, evitando tratamientos inadecuados y optimizando los recursos disponibles en el sistema de salud; es importante la colaboración interdisciplinaria entre psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermería, con el fin de desarrollar modelos de atención más integrales y personalizadas en el paciente.

CONCLUSIONES:

El presente estudio permitió describir la frecuencia de síntomas negativos y depresivos en usuarios con esquizofrenia en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano. Los hallazgos confirman que la esquizofrenia constituye un trastorno complejo en el que los síntomas negativos predominan sobre los depresivos.

Se observó que el embotamiento afectivo fue el síntoma negativo más prevalente tanto en hombres como en mujeres, lo que refleja la dificultad de los pacientes para expresar emociones y mantener vínculos sociales. Este hallazgo coincide con la literatura internacional, que señala al embotamiento afectivo y la retracción social como marcadores centrales del deterioro funcional asociado a la enfermedad.

En cuanto a los síntomas depresivos, aunque menos frecuentes que los negativos, resultaron clínicamente relevantes. La depresión matutina y la desesperanza se presentaron con mayor frecuencia, especialmente en los pacientes de mayor edad. La identificación de estos síntomas resulta fundamental debido a su relación con la ideación suicida, la comorbilidad psiquiátrica y la peor evolución clínica.

En términos sociodemográficos, la mayoría de los pacientes fueron solteros (89.3%) y se encontraban desempleados (48%), lo que evidencia las limitaciones en el ámbito social, laboral y afectivo que acompañan a la esquizofrenia. Estas condiciones se relacionan tanto con el estigma y la discriminación como con el deterioro cognitivo y funcional que limita las oportunidades de inserción social y laboral.

El estudio también evidenció una comorbilidad significativa entre síntomas negativos y depresivos, lo que plantea retos diagnósticos en la práctica clínica. La dificultad para diferenciar ambos grupos de síntomas puede conducir a diagnósticos imprecisos y, en consecuencia, a tratamientos inadecuados. La aplicación de escalas específicas, como la de Calgary para la depresión en la esquizofrenia y la subescala de síntomas negativos de la PANSS, se confirma como un recurso esencial para un abordaje diferencial.

Finalmente, aunque los resultados aportan información valiosa para la práctica clínica local, deben interpretarse con cautela debido a las limitaciones metodológicas: tamaño de muestra reducido, muestreo por conveniencia y diseño transversal. No obstante, la investigación establece una base sólida para futuros estudios longitudinales y multicéntricos que permitan profundizar en la relación entre los síntomas negativos y depresivos, incorporando variables clínicas, sociales y terapéuticas que amplíen la comprensión de la esquizofrenia en el contexto mexicano.

En conclusión, este trabajo aporta evidencia relevante sobre la alta prevalencia de síntomas negativos, la coexistencia de síntomas depresivos y las limitaciones sociales de los pacientes con esquizofrenia. Reafirma la necesidad de estrategias diagnósticas diferenciales y de programas integrales de intervención que mejoren la funcionalidad, la inserción social y la calidad de vida de esta población vulnerable.

BIBLIOGRAFÍA:

Abosi O, Lopes S, Schmitz S, Fiedorowicz JG. Cardiometabolic effects of psychotropic medications. *Horm Mol Biol Clin Investig*. 2018 Jan 10.

An der Heiden W, Leber A, Häfner H. Negative symptoms and their association with depressive symptoms in the long-term course of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2016 Aug;266(5):387-96.

Baruth JM, Ho JB, Mohammad SI, Lapid MI. End-of-life care in schizophrenia: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2021 feb;33(2):129-147.

Bains N, Abdijadid S. Trastorno depresivo mayor. [Actualizado el 10 de abril de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Ene.

Benazzi F. Various forms of depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 2006;8(2):151-61.

Boland, Robert, Verduin, Marcia L. Kaplan y Sadock Sinopsis de psiquiatría. Wolters Kluwer. 2022.

Bruijnzeel D, Suryadevara U, Tandon R. Antipsychotic treatment of schizophrenia: an update. *Asian J Psychiatr*. 2014 oct; 11:3-7.

Cella M, Roberts S, Pillny M, Riehle M, O'Donoghue B, Lyne J, Tomlin P, Valmaggia L, Preti A. Psychosocial and behavioural interventions for the negative symptoms of schizophrenia: a systematic review of efficacy meta-analyses. *Br J Psychiatry*. 2023 jul;223(1):321-331.

Ceraso A, Lin JJ, Schneider-Thoma J, Siafis S, Heres S, Kissling W, Davis JM, Leucht S. Maintenance Treatment with Antipsychotic Drugs in Schizophrenia: A Cochrane Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2022 jun 21;48(4):738-740.

Cerveri G, Gesi C, Mencacci C. Pharmacological treatment of negative symptoms in schizophrenia: update and proposal of a clinical algorithm. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019 Jun 5;15:1525-1535. doi: 10.2147/NDT.S201726. PMID: 31239687; PMCID: PMC6556563.

Chand SP, Arif H. Depresión. [Actualizado el 17 de julio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2024.

Chaudhury S. Hallucinations: Clinical aspects and management. *Ind Psychiatry J*. 2010 Jan;19(1):5-12.

Correll CU, Schooler NR. Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020 feb 21; 16:519-534.

D'Souza RS, Hooten WM. Extrapyrarnidal Symptoms. 2023 jul 31. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan.

Escamilla-Orozco, Raúl I. et al. Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. *Gac. Méd. Méx* [online]. 2021, vol.157, suppl.4 [citado 2024-07-03], pp. S1-S12.

Howes OD, Kapur S. A neurobiological hypothesis for the classification of schizophrenia: type A (hyperdopaminergic) and type B (normodopaminergic). *Br J Psychiatry*. 2016 jul;205(1):1-3.

Gabriel FC, de Melo DO, Fráguas R, Leite-Santos NC, Mantovani da Silva RA, Ribeiro E. Pharmacological treatment of depression: A systematic review comparing clinical practice guideline recommendations. *PLoS One*. 2020 Apr 21;15(4): e0231700.

Grinchii D, Dremencov E. Mechanism of Action of Atypical Antipsychotic Drugs in Mood Disorders. *Int J Mol Sci*. 2020 Dec 15;21(24):9532.

Insuasti López,M. D., & Castillo Rivera, M.J. (2023). Esquizofrenia. Fases,etiología, factores de riesgo y diagnóstico. *Revista E-IDEA 4.0 Revista Multidisciplinar*, 5(14), 12-21.

InformedHealth.org [Internet]. Colonia, Alemania: Instituto para la Calidad y la Eficiencia en la Atención Sanitaria (IQWiG); 2006-. Depresión: Más información: tipos de depresión. [Actualizado el 18 de junio de 2020].

James Sadock Benjamin, Alcott Sadock Virginia, Ruíz Pedro. Sinopsis de Psiquiatría, Ciencias del comportamiento/ Psiquiatría clínica. Wolters Kluwer. 2015. 307-309.

Janoutová J, Janácková P, Serý O, Zeman T, Ambroz P, Kovalová M, Varechová K, Hosák L, Jirík V, Janout V. Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuro Endocrinol Lett.* 2016;37(1):1-8.

Jiawan VC, Arends J, Slooff CJ, Kneegtering H. Medicamenteuze interventie bij negatieve symptomen bij patiënten met schizofrenie [Pharmacological treatment of negative symptoms in schizophrenia; research and practice]. *Tijdschr Psychiatr.* 2010;52(9):627-37.

Kahn, R. S., Sommer, I. E., Murray, R. M., Meyer-Lindenberg, A., Weinberger, D. R., Cannon, T. D., Insel, T. R. (2015). Schizophrenia. *Nature Reviews Disease Primers*, 15067.

Karrouri R, Hammani Z, Benjelloun R, Otheman Y. Major depressive disorder: Validated treatments and future challenges. *World J Clin Cases.* 2021 nov 6;9(31):9350-9367.

Kiran C, Chaudhury S. Understanding delusions. *Ind Psychiatry J.* 2009 Jan;18(1):3-18.

Klaassen RM, Velthorst E, Nieman DH, de Haan L, Becker HE, Dingemans PM, van de Fliert JR, van der Gaag M, Linszen DH. Factor analysis of the scale of prodromal symptoms: differentiating between negative and depression symptoms. *Psychopathology.* 2011;44(6):379-85.

Kraus C, Kadriu B, Lanzenberger R, Zarate CA Jr, Kasper S. Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. *Transl Psychiatry.* 2019 Apr 3;9(1):127.

Krynicky CR, Upthegrove R, Deakin JFW, Barnes TRE. The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2018 May;137(5):380-390

Lally J, MacCabe JH. Antipsychotic medication in schizophrenia: a review. *Br Med Bull.* 2015 jun;114(1):169-79.

Linde K, Sigterman K, Kriston L, Rücker G, Jamil S, Meissner K, Schneider A. Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med.* 2015 Jan-Feb;13(1):56-68.

Luvsannyam E, Jain MS, Pormento MKL, Siddiqui H, Balagtas ARA, Emuze BO, Poprawski T. Neurobiology of Schizophrenia: A Comprehensive Review. *Cureus.* 2022 Apr 8;14(4): e23959.

Mäkinen J, Miettunen J, Isohanni M, Koponen H. Negative symptoms in schizophrenia: a review. *Nord J Psychiatry.* 2008;62(5):334-41.

Merchán Chóco, P. D., Franco Cajas, J. L., Zumba Castillo, J. E., & Shagñay Pucha, G. I. (2023). Esquizofrenia. Diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería. *RECIAMUC*, 7(1), 111-123.

Métivier, L.; Dollfus, S. Systematic Review of Self-Assessment Scales for Negative Symptoms in Schizophrenia. *Brain Sci.* 2025, 15, 148. <https://doi.org/10.3390/brainsci15020148>

Möller HJ. Clinical evaluation of negative symptoms in schizophrenia. *Eur Psychiatry.* 2007 Sep;22(6):380-6.

Palomar-Ciria N, Cegla-Schvartzman F, Lopez-Morinigo JD, Bello HJ, Ovejero S, Baca-García E. Diagnostic stability of schizophrenia: A systematic review. *Psychiatry Res.* 2019 Sep; 279:306-314.

Pérez Esparza, Rodrigo. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Rev. Fac. Med. (Méx.)* [online]. 2017, vol.60, n.5 [citado 2025-05-18], pp.7-16. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007&lng=es&nrm=iso. ISSN 2448-486

Orsolini L, Pompili S, Volpe U. Schizophrenia: A Narrative Review of Etiopathogenetic, Diagnostic and Treatment Aspects. *J Clin Med.* 2022 Aug 27;11(17):5040.

Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, Mohr DC, Schatzberg AF. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2016 Sep 15; 2:16065.

Renn BN, Areán PA. Psychosocial Treatment Options for Major Depressive Disorder in Older Adults. *Curr Treat Options Psychiatry*. 2017 Mar;4(1):1-12. doi: 10.1007/s40501-017-0100-6. Epub 2017 Feb 8.

Restrepo Ricardo. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM5. American Psychiatric Association. 2014. 54-56.

Richter Janina, Hölz Lea, Hesse Klaus, Wildgruber Dirk, Klingberg Stefan. Measurement of negative and depressive symptoms: Discriminatory relevance of affect and expression. *European Psychiatry*, Volume 55, January 2019, pp. 23 – 28.

Rosen C, Harrow M, Humpston C, Tong L, Jobe TH, Harrow H. '*An experience of meaning*': A 20-year prospective analysis of delusional realities in schizophrenia and affective psychoses. *Front Psychiatry*. 2022 Aug 4;13:940124.

Ruiz-Castañeda P, Santiago Molina E, Aguirre Loaiza H, Daza González MT. Positive symptoms of schizophrenia and their relationship with cognitive and emotional executive functions. *Cogn Res Princ Implic*. 2022 Aug 12;7(1):78

Stahl. Stephen. M. Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas. 2021. 89-95. Editorial Aula Médica.

Stephen R. Marder, Daniel Umbricht. Negative symptoms in schizophrenia: Newly emerging measurements, pathways, and treatments. *Schizophrenia Research*. Volume 258. 2023. Pages 71-77. ISSN 0920-9964,

Stępnicki P, Kondej M, Kaczor AA. Current Concepts and Treatments of Schizophrenia. *Molecules*. 2018 Aug 20;23(8):2087.

Swedish Council on Health Technology Assessment. Treatment of Depression: A Systematic Review [Internet]. Stockholm: Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU); 2004 Mar. SBU Yellow Report No. 166/1+2+3.

Tani H, Suzuki T, Wolfgang Fleischhacker W, Tomita M, Mimura M, Uchida H. Clinical Characteristics of Patients with Schizophrenia Who Successfully Discontinued Antipsychotics: A Literature Review. J Clin Psychopharmacol. 2018 Dec;38(6):582-589.

Tandon R. Antipsychotics in the treatment of schizophrenia: an overview. J Clin Psychiatry. 2011;72 Suppl 1:4-8.

Torres-Lugo D, Castillo-Ledo I, Rojas-Díaz I, Masot-Rangel A, Masot-Torres S, Cabrera-Pérez A. (2020) La esquizofrenia: una mirada desde la ciencia, la tecnología y la sociedad. Revista Finlay

Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 2015. 580-585 pp.Elsevier.

Veerman SRT, Schulte PFJ, de Haan L. Treatment for Negative Symptoms in Schizophrenia: A Comprehensive Review. Drugs. 2017 Sep;77(13):1423-1459.

ANEXOS:

ANEXO 1:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

4 veces Heroica Puebla, Puebla del 2025.

Hospital Psiquiátrico Doctor Rafael Serrano:

Por medio de la presente yo, Luis Alberto Esquivel Palacios responsable del proyecto de investigación: *Diferencia entre la frecuencia de síntomas negativos y depresivos en pacientes con esquizofrenia en el hospital psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano*, hago disponible la siguiente información a fin de obtener el consentimiento de los pacientes que participarán en el programa.

Este proyecto tiene como objetivo Comparar la incidencia de síntomas depresivos en pacientes con esquizofrenia y la superposición que presentan con síntomas negativos, con este proyecto, se pretende realizar la revisión de los expedientes clínicos en los pacientes, y la aplicación de escala de síntomas negativos de la esquizofrenia y escala de depresión de Calgary, del Hospital Psiquiátrico Doctor Rafael Serrano el Batán, si se puede saber la frecuencia de síntomas negativos y depresivos en los pacientes con esquizofrenia, el pronóstico es diferente y esto repercute a la calidad de vida del paciente.

Expresión de consentimiento por parte del paciente.

Yo, (Nombre y Apellidos del paciente), después de haber leído y entendido todo lo relacionado con el procedimiento a realizar, acepto formar parte del proyecto de *Diferencia entre la frecuencia de síntomas negativos y depresivos en pacientes con esquizofrenia en el Hospital psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano*, donde la información proporcionada será confidencial y usada únicamente para fines científicos y éticos, siendo consciente de que puedo retirarme en cualquier momento sin que nada me obligue a mantenerlo.

**(Nombre y Apellidos del médico) (Nombre y Apellidos del
paciente)(Firma) (Firma)**

**(Nombre y Apellidos del testigo) (Nombre y Apellidos del
testigo)(Firma) (Firma)**

ANEXO 2:
ESCALA DE DEPRESIÓN DE CALGARY:

1.- DEPRESIÓN:

0. Ausente

- 1. Leve: Expresa alguna tristeza o desaliento sobre la pregunta
- 2. Moderado: Claro humor deprimido que persiste menos de la mitad del tiempo durante las dos últimas semanas, presencia diaria.
- 3. Grave: Marcado humor deprimido que persiste diariamente más de la mitad del tiempo, con interferencia con el funcionamiento motor y social.

2.-DESESPERANZA:

0. Ausente

- 1. Leve: He sentido alguna vez desesperanza durante la última semana, presenta algún grado de esperanza para el futuro.
- 2. Moderado: Sentimientos de desesperanza persistente y moderado durante la última semana, se puede persuadir a reconocer que las cosas vayan mejor.
- 3.- Grave: Desesperanza persistente y doloroso.

3.-AUTODEPRECIACIÓN:

0. Ausente

- 1. Leve: con sentimiento de inferioridad, pero sin llegar a sentirse inútil
- 2. Moderado: Se siente inútil, pero menos del 50% del tiempo
- 3. Grave: Se siente inútil más del 50% del tiempo.

4.-IDEAS CULPABLES DE REFERENCIA:

0. Ausente

1. Leve: Se siente culpable, pero no acusado, menos del 50% del tiempo

2. Moderado: Sentimientos persistentes de ser culpado o sentimientos ocasionales de ser acusado

3. Grave: Sentimiento persistente de ser acusado, cuando se le cuestiona reconoce que no

5.- CULPA PATOLÓGICA: IDEAS DE CULPAS DE REFERENCIA:

0. Ausente

1. Leve: A veces se siente excesivamente culpable de algún pequeño error, pero menos del 50% del tiempo

2. Moderado: Normalmente (más del 50% del tiempo), siente culpa acerca de hechos pasados, cuya significación exagera.

3. Grave: Cree que es culpable de todo lo que ha ido mal, incluso cuando no es por su culpa.

6.- DEPRESIÓN MATUTINA:

0. Ausente

1. Leve: Depresión presente, sin variaciones diurnas

2. Moderado: Menciona espontáneamente que la depresión es peor en la mañana

3. Grave: Depresión marcada peor durante la mañana, que mejora por la tarde

7.- DESPERTAR PRECOZ:

0. Ausente

1. Leve: 2 veces a la semana se despierta una hora o más tiempo antes de la hora normal de despertarse

2. Moderado: Hasta 5 veces a la semana, se despierta una hora o más tiempo antes de la hora normal de despertarse

3. Grave: Diariamente

8.- SUICIDIO:

0. Ausente

1. Leve: Frecuentes pensamientos de estar mejor muerto u ocasionales de suicidio

2. Moderado: Ha pensado deliberadamente en el suicidio, con un plan, sin intento grave

3. Grave: Intento de suicidio diseñado para acabar en muerte (descubrimiento accidental o medios ineficaces)

9.- DEPRESIÓN OBSERVADA:

0. Ausente

1. Leve: Aparece triste y afligido, durante las partes de la entrevista en la que se tratan temas neutros

2. Moderado: Aparece triste y afligido a lo largo de la entrevista, con voz triste y monótona, lloroso

3. Grave: Se Sofoca con temas dolorosos, suspira profundamente y llora abiertamente o permanece persistentemente en un estado de desdicha.

ANEXO 3:

ESCALA NEGATIVA:

N1 EMBOTAMIENTO AFECTIVO:

Responsabilidad emocional disminuida caracterizada por reducción en la expresión facial, en la modulación de emociones y gestos de la comunicación:

1. Ausente: No es aplicable
2. Mínimo: Está en los extremos de los límites normales
3. Leve: Cambios en la expresión facial y los gestos de comunicación son rígidos, forzados, artificiales, o faltos de modulación.
4. Moderado: Rango disminuido de expresión facial, con pocos gestos (apariencia apagada)
5. Severamente moderado: Afecto “apático” presenta cambios ocasionales en la expresión facial e infrecuencia de gestos de comunicación
6. Severo: Marcada apatía y déficit emocional presenta la mayor parte del tiempo, existen descargas afectivas extremas no moduladas (excitación, rabia, risas inapropiadas e incontroladas).
7. Extremo: Ausencia de cambios de expresión facial o evidencia de gestos comunicativos.

N2: RETRACCIÓN EMOCIONAL: Falta de interés, participación o preocupación en los hechos cotidianos:

1. Ausente: No es aplicable
2. Mínima: Dentro de los límites normales
3. Leve: con falta de iniciativa y ocasionalmente muestra un interés decreciente en los hechos que lo rodean
4. Moderada: Generalmente emocionalmente distante de su entorno y sus competencias, con motivación cuando es incorporado al entorno.
5. Severamente moderada: Alejados emocionalmente de las personas y sucesos a su alrededor, resistiendo cualquier esfuerzo de participación; son distantes, dócil,

y sin propósito, se involucra de manera breve en la comunicación, tiende a preocuparse de su persona con ayuda

6. Severa: Marcado déficit de interés y compromisos emocionales, conversación limitada y negligencia frecuente de sus funciones personales, necesita supervisión.
7. Extrema: Totalmente aislado, incommunicativo y no presta atención a sus necesidades personales, falta de interés y compromiso emocional.

N3. POBRE RELACIÓN

1. Ausencia: La definición no es aplicable
2. Mínima: Dentro de los límites normales
3. Leve: La conversación se caracteriza por tono artificial, tenso, con profundidad emocional o con un plano intelectual impersonal
4. Moderada: Reservado, con distancias interpersonal; responde mecánicamente, con aburrimiento o desinterés
5. Severamente Moderada: Con falta de participación, evita el contacto visual
6. Severa: Indiferente, con una marcada distancia interpersonal, respuestas superficiales, se evita frecuentemente el contacto visual
7. Extrema: Falta de implicación total, es completamente indiferente, constantemente evita interacciones verbales y no verbales durante la entrevista.

N4. RETRACCIÓN SOCIAL, APATÍA PASIVA: Disminución del interés y de la iniciativa en interacciones sociales, con pasividad, apatía, falta de energía o voluntad, con reducción de la participación interpersonal y de las actividades cotidianas.

1. Ausencia: No es aplicable
2. Mínima: Dentro de los límites normales
3. Leve: Ocasionalmente muestra interés en actividades sociales con poca iniciativa, puede relacionarse siempre y cuando las personas se han acercado primero

4. Moderada: Pasivamente va con las actividades sociales de una forma desinteresada o mecánica.
5. Severamente moderada: Participa pasivamente en una minoría de actividades, muestra desinterés o falta de iniciativa, pasa poco tiempo con los demás
6. Severa: Tiende a ser apático y aislado, raramente participa en actividades sociales, ocasionalmente deja de realizar actividades personales, con escaso y espontáneo contactos sociales.
7. Extremo: Apático, aislado y no realiza actividades personales.

N5 DIFICULTAD DE PENSAMIENTO ABSTRACTO: Hay un deterioro en el uso del modo de pensamiento abstracto simbólico, con dificultad en la clasificación, generalización y procedimientos más allá de un pensamiento concreto o egocéntrico en la tarea de resolver un problema.

1. Ausente: No aplicable
2. Mínimo: Dentro de los límites normales
3. Leve: Con interpretaciones personales o literales a los proverbios más difíciles y con problemas con conceptos abstractos o relatados remotamente
4. Moderada: Usa un modo concreto, con problemas con la mayoría de los proverbios y con varias categorías, distraído en los aspectos funcionales y rasgos destacados.
5. Severamente Moderada: Modo concreto, mostrando dificultad en la mayoría de los proverbios y varias categorías
6. Severa: Incapaz de comprender el sentido abstracto, el pensamiento es cerrado dentro de los aspectos funcionales, rasgos destacados e interpretaciones idiosincráticas
7. Extrema: Solamente usa modos concretos de pensamiento, con incomprensión por los proverbios, metáforas comunes, similitudes y categorías simples

N6. FALTA DE ESPONTANEIDAD Y FLUIDEZ DE LA CONVERSACIÓN: Reducción de la fluidez de la conversación con apatía, falta de voluntad, indefensión o déficit cognitivo, con disminución de la productividad de la interacción del proceso verbal.

1. Ausente: La definición no es aplicable
2. Mínimo: Dentro de los parámetros normales
3. Leve: La conversación tiene poco iniciativa, las respuestas son breves, requiere preguntas directas y dirigidas
4. Moderada: Falta de fluidez en la conversación, con desigualdad y vacilación, se tienen que realizar preguntas dirigidas para dilucidar respuestas adecuadas y proceder con la plática
5. Severamente Moderada: Muestra una marcada falta de espontaneidad y apertura, responde a las preguntas con una o dos breves frases
6. Severa: Las respuestas están limitadas a pocas palabras o frases cortas, para evitar o impedir la comunicación (por ejemplo: “no sé, no tengo libertad para opinar”), la conversación está dificultada y la entrevista es insatisfactoria
7. Extrema: La respuesta verbal se restringe a lo máximo a murmullos ocasionales, la conversación es imposible.

N7. PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO: Disminuida fluidez, espontaneidad y flexibilidad de pensamiento.

1. Ausente: La definición no es aplicable
2. Mínimo: Dentro de parámetros normales
3. Leve: Alguna rigidez mostrada en actitudes o creencia, puede negarse a considerar posiciones alternativas o tener resultado difícil de cambiar de idea a otra
4. Moderada: La conversación gira sobre un tema recurrente, resultado difícil cambiar de tema
5. Severa Moderadamente: El pensamiento es rígido y repetitivo, la conversación se limita a dos o tres temas dominantes
6. Severa: Repetición incontrolada de demandas, afirmaciones, ideas o preguntas que dificultan la conversación

7. Extrema: Pensamiento, comportamiento y conversación dominados por repetición de ideas fijas o frases limitadas, con rigidez, inapropiada y restrictiva de la comunicación.