

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**“FRECUENCIA DE ALÉRGENOS EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
HOSPITALIZADOS”**

Por

DRA. NORMA ALICIA PEÑA ALBA

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

DICIEMBRE, 2024

**“FRECUENCIA DE ALÉRGENOS EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
HOSPITALIZADOS”**

Aprobación de la tesis:



**Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe
Director de la tesis**



**Dr. Alfredo Bernardo Cuellar Barboza
Coordinador de Enseñanza**



**Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación**



**Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Servicio o Departamento**



**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado**

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero amor y agradecimiento a mi familia: a mi mamá, a mi papá y a mis hermanas, Anahí, Mariana y Dennyse. Ustedes han sido mi pilar, mi fortaleza y la fuente constante de inspiración en este largo camino. Gracias por su paciencia, su comprensión y su apoyo incondicional, por estar a mi lado en cada paso, por apoyarme en cada decisión y por motivarme a dar siempre lo mejor de mí. Sin su respaldo, literalmente nada de esto habría sido posible.

A mis amigos, tanto a quienes siguen acompañándome en este viaje como a aquellos que, en algún momento, formaron parte de él. Su compañía, sus palabras de aliento y su contención han sido invaluable. Gracias por enseñarme y ayudarme a ser mejor persona, y por compartir conmigo cada logro y aprendizaje. Finalmente, a todas aquellas personas que, de alguna forma, han estado conmigo en este camino, regalándome una palabra de aliento o algún detalle que hicieron más llevaderos mis momentos difíciles y más plenos los fáciles. Cada gesto y cada muestra de apoyo han hecho que este recorrido sea más llevadero y significativo.

¡Gracias!

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I. RESUMEN	6
CAPÍTULO II. INTRODUCCIÓN.....	9
ALÉRGENOS	11
ENFERMEDADES ALÉRGICAS.....	13
SALUD MENTAL Y PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.....	14
Depresión	15
Ansiedad generalizada.....	17
Esquizofrenia.....	18
Trastorno bipolar.....	20
Trastorno obsesivo-compulsivo.....	21
Trastorno límite de la personalidad.....	22
ALÉRGENOS, ALERGIAS Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.....	24
CAPÍTULO III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	30
JUSTIFICACIÓN.....	30
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	31
CAPÍTULO IV. OBJETIVOS	32
OBJETIVO PRINCIPAL.....	33
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
CAPÍTULO V. MATERIALES Y MÉTODOS	34
DISEÑO METODOLÓGICO.....	35
PERIODO DE ESTUDIO	35
LUGAR DE REFERENCIA Y RECLUTAMIENTO.....	35
TAMAÑO DE MUESTRA.....	36
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.....	36

Criterios de inclusión:.....	36
Criterios de exclusión:.....	36
CONSIDERACIONES ÉTICAS, PROTECCIÓN DE LOS DATOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	37
DESCRIPCIÓN DEL DISEÑO.....	38
DESCRIPCIÓN DE ESCALAS.....	39
Escala de depresión de Hamilton (HAM-D).....	39
Escala de ansiedad de Hamilton (HAM-A).....	41
Escala de Young para manía (YMRS).....	42
Escala de Yale-Brown (Y-BOCS).....	43
Impresión Clínica Global para Esquizofrenia (CGI-Esq).....	44
Escala de Impresión Clínica Global (CGI).....	45
Borderline Symptom List 23 (BSL-23).....	46
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	47
CAPÍTULO VI. RESULTADOS	48
CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN.....	59
CAPÍTULO VIII. CONCLUSIÓN	64
CAPÍTULO IX. ANEXOS	67
ANEXO 1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	68
ANEXO 2. ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD.....	69
ANEXO 3. ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN	70
ANEXO 4. ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL- VERSIÓN ESQUIZOFRENIA (ICG-ESQ)	73
ANEXO 5. ESCALA DE YALE-BROWN	74
ANEXO 6. ESCALA DE YOUNG	76
ANEXO 7. ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL (CGI).....	78
ANEXO 8. BORDERLINE SYMPTOM LIST 23 (BSL-23)	79
ANEXO 9. RESULTADOS DE PRUEBAS CUTÁNEAS.....	80
CAPÍTULO X. REFERENCIAS.....	81
CAPÍTULO XI. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.....	95

Capítulo I. **Resumen**

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia de sensibilización a alérgenos en pacientes psiquiátricos hospitalizados y explorar la posible relación entre la presencia de alérgenos y la severidad de los trastornos psiquiátricos. Se evaluaron un total de 46 pacientes con una media de edad de 24.52 años (DE = 5.841), siendo mayoritariamente mujeres (84.8%) y con predominancia de diagnósticos de Trastorno Límite de la Personalidad (57.1%), seguido por el Trastorno Depresivo Mayor (20.6%) y el Trastorno de Ansiedad Generalizada (9.5%). Los alérgenos más comunes en la muestra fueron alimentos (55.2%), seguidos de polen y plantas (28.4%) y ácaros (16.4%).

A través de diversas escalas clínicas, se midió la severidad de los síntomas psiquiátricos, encontrando que la mayoría de los pacientes presentaban síntomas de moderada a grave intensidad. Sin embargo, no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la presencia de alérgenos y la severidad de los síntomas psiquiátricos, lo cual contrasta con investigaciones previas que han sugerido una posible relación entre alergias y trastornos mentales. Los análisis tampoco evidenciaron una relación significativa entre el número de alérgenos a los que los pacientes estaban expuestos y la gravedad de sus síntomas.

Este estudio aporta nueva evidencia sobre la relación entre sensibilización a alérgenos y trastornos psiquiátricos, destacando que, a pesar de la alta prevalencia de alérgenos en esta población, no se encontraron asociaciones claras con la severidad de los trastornos psiquiátricos. Entre las limitaciones de este estudio se incluye el tamaño reducido de la muestra y el diseño transversal, que impide establecer relaciones causales. Futuros estudios con muestras más

grandes y diseños longitudinales podrán esclarecer mejor esta relación y su impacto en el manejo clínico de los pacientes psiquiátricos.

Capítulo II. **Introducción**

En los últimos años, la investigación psiquiátrica ha puesto más atención en cómo la salud mental puede verse influenciada por diversas condiciones físicas, incluyendo las enfermedades alérgicas. Algunos estudios sugieren que los trastornos mentales, como la ansiedad y la depresión, no solo son consecuencia de factores internos o emocionales, sino que también pueden verse afectados por agentes ambientales, entre ellos los alérgenos. Estas sustancias, al desencadenar reacciones del sistema inmunológico, impactan tanto el cuerpo como la mente, deteriorando el bienestar integral de quienes las padecen.

Entre las enfermedades alérgicas más comunes se encuentran la rinitis alérgica, el asma y la dermatitis atópica, presentes tanto en niños como en adultos. Estas condiciones surgen debido a una respuesta exagerada del sistema inmunológico ante sustancias que, en la mayoría de las personas, no provocan reacción alguna. Sin embargo, en quienes son sensibles, la exposición a alérgenos puede generar síntomas que afectan significativamente su calidad de vida: desde dificultades respiratorias hasta molestias en la piel, acompañadas de fatiga y malestar general. Todo esto, a su vez, puede influir en el estado anímico, fomentando la aparición o el agravamiento de trastornos mentales.

Este vínculo entre las alergias y la salud mental sugiere que ambas dimensiones —la física y la emocional— están profundamente interconectadas. La exploración detallada de estos temas permitirá comprender mejor cómo ciertos factores ambientales contribuyen al desarrollo de problemas psiquiátricos, brindando así herramientas para una atención más integral en las personas afectadas. En esta sección se abordarán en profundidad los conceptos de alérgenos, las enfermedades alérgicas más frecuentes y su posible conexión con la salud mental,

con el propósito de ofrecer una comprensión integral sobre cómo estos factores pueden estar interrelacionados en la población psiquiátrica.

ALÉRGENOS

Los alérgenos son moléculas que provienen de diversas fuentes y desencadenan respuestas inmunológicas cuando se unen a la inmunoglobulina E (IgE), provocando reacciones alérgicas en individuos sensibilizados (San Juan et al., 1998). Los alérgenos comúnmente son sustancias ambientales no infecciosas, cuya exposición inicial induce la producción de IgE. Este proceso sensibiliza al sujeto, lo que significa que una reexposición a la misma sustancia puede activar una cascada de respuestas inmunitarias, conocidas como reacciones alérgicas (Bousquet et al., 2020).

Entre los alérgenos más prevalentes se encuentran el polen, los ácaros, los hongos, los animales domésticos, el polvo, el humo, ciertos alimentos, picaduras de insectos, fármacos, y algunas sustancias de contacto (Pawankar, 2014). La alergia al polen, por ejemplo, es una reacción alérgica estacional frecuente que se produce cuando el polen de plantas como pastos, árboles o flores ingresa en las vías respiratorias de una persona sensibilizada, lo que desencadena una respuesta inflamatoria a nivel de las mucosas (Ziska et al., 2019).

Los ácaros del polvo doméstico son otra fuente de alérgenos importantes. Estos pequeños artrópodos habitan en ambientes húmedos, como almohadas, colchones y muebles tapizados, y la exposición a sus proteínas, especialmente aquellas presentes en sus excrementos, puede generar una reacción inmunitaria

que afecta principalmente a las vías respiratorias. En estudios recientes, se ha demostrado que la exposición prolongada a los ácaros en los primeros años de vida aumenta considerablemente el riesgo de desarrollar enfermedades alérgicas como el asma (Arlan & Platts-Mills, 2001).

De igual manera, los alérgenos de origen animal, como los presentes en la caspa, saliva, orina y epitelios de mascotas como gatos y perros, son una fuente frecuente de sensibilización. Las proteínas derivadas de estos animales pueden permanecer en el aire o adherirse a superficies, provocando síntomas en personas alérgicas, incluso cuando ya no están en contacto directo con el animal (Platts-Mills et al., 2006)

En el caso de las alergias alimentarias, los principales alérgenos son proteínas específicas presentes en alimentos como la leche de vaca, los huevos, los mariscos, los cacahuetes, las nueces, el trigo, la soya y los cítricos (González, 2014). Estas reacciones suelen manifestarse de manera rápida tras la ingestión del alimento, afectando tanto el sistema gastrointestinal como el respiratorio y la piel. La prevalencia de alergias alimentarias ha mostrado un aumento significativo en las últimas décadas, particularmente en poblaciones pediátricas, y se ha sugerido que factores ambientales y de estilo de vida juegan un papel relevante en este incremento (Tang & Mullins, 2017).

Es importante subrayar que las reacciones alérgicas no son uniformes; pueden variar desde síntomas leves, como urticaria o rinitis, hasta reacciones graves y potencialmente mortales, como el shock anafiláctico. El tratamiento de las alergias implica, en primer lugar, la identificación y evitación de los alérgenos

responsables, aunque en algunos casos se recurre a la inmunoterapia para disminuir la sensibilidad del sistema inmunológico a dichos alérgenos (Dhami et al., 2017).

ENFERMEDADES ALÉRGICAS

Las enfermedades alérgicas, como la rinitis alérgica, el asma, la dermatitis atópica, y las alergias a medicamentos y alimentos, constituyen algunas de las afecciones inmunológicas crónicas más frecuentes tanto en la niñez como en la adultez (Akhtari & Mahmoudi, 2019). Estas patologías son complejas y multifactoriales, resultado de la interacción de factores genéticos, ambientales y socioeconómicos, los cuales influyen en la aparición y evolución de la enfermedad. Aunque existen diferentes mecanismos subyacentes, la mayoría de los pacientes experimentan respuestas alérgicas mediadas por la IgE. lo que desencadena la reacción inmunitaria (Pinart et al., 2015).

La rinitis alérgica es una de las enfermedades crónicas más frecuentes tanto en México como en Estados Unidos. En México, los estudios han reportado una prevalencia que varía significativamente, con cifras que van del 5% al 48%, dependiendo de la región y la metodología utilizada (Mancilla-Hernández et al., 2021). Esta condición se caracteriza por una inflamación del revestimiento nasal como respuesta a alérgenos, mediada por IgE. Los síntomas típicos incluyen congestión nasal, secreción nasal y prurito, lo que afecta considerablemente la calidad de vida de los pacientes (Seidman et al., 2015).

En cuanto al asma, estudios realizados en México han revelado que su prevalencia se encuentra entre el 7% y el 17% de la población. Esta enfermedad inflamatoria crónica afecta las vías respiratorias y se desencadena por la exposición a alérgenos o irritantes ambientales, lo que provoca cambios estructurales en las vías aéreas y genera síntomas como sibilancias y dificultad respiratoria (Hough et al., 2020; Mancilla-Hernández et al., 2019).

La dermatitis atópica, aunque menos estudiada en México, tiene una prevalencia en niños que se estima entre el 1.2% y el 6.8% (Ramírez-Soto et al., 2018). Esta enfermedad inflamatoria crónica de la piel es recurrente y suele activarse por la exposición a pequeñas cantidades de alérgenos ambientales, como el polen y los ácaros del polvo. Los síntomas principales incluyen prurito, sequedad de la piel, palidez cutánea, dermatografismo y la aparición del pliegue de Dennie-Morgan en los párpados (Thomsen, 2014).

SALUD MENTAL Y PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018), la salud mental se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (párr.1). Se considera que la misma está determinada por diversos factores biopsicosociales.

Los trastornos mentales, también conocidos como trastornos psiquiátricos, comprenden un amplio conjunto de condiciones que afectan el pensamiento, el comportamiento, las percepciones y las emociones de las personas (Gómez-Restrepo et al., 2016). Entre estos trastornos se encuentran diversas afecciones,

tales como los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés postraumático y los trastornos de la personalidad, entre otros. Estos padecimientos pueden tener un impacto significativo en la vida cotidiana de quienes los sufren, interfiriendo en sus relaciones interpersonales, su capacidad de trabajo y su bienestar general (Kessler et al., 2007).

En cuanto a la prevalencia de los trastornos mentales en México, aunque no se dispone de cifras recientes que reflejen la situación actual de manera precisa, se estima que aproximadamente el 18% de la población urbana en edad productiva padece algún tipo de trastorno del estado de ánimo. Entre los trastornos más comunes se destacan la fobia específica, el consumo problemático de sustancias y la depresión, que representan una carga importante para la salud pública en el país (Rentería, 2018).

Depresión

La depresión es descrita por la Organización Mundial de la Salud (2017) como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (párr. 1). Este trastorno impacta negativamente en las actividades diarias de las personas que lo padecen, interfiriendo en su bienestar general. El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5) especifica los criterios diagnósticos para el trastorno de depresión mayor, los cuales incluyen: un estado

de ánimo persistentemente deprimido, pérdida de interés en actividades que antes resultaban placenteras, alteraciones en el apetito y el peso, trastornos del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga constante, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultades para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (American Psychiatric Association, 2014).

Entre las causas y factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la depresión se encuentran tanto elementos genéticos como ambientales. En cuanto a los factores genéticos, se ha identificado que una reducción en los niveles de los neurotransmisores cerebrales, como la serotonina, la norepinefrina y la dopamina, juega un papel clave en la aparición de esta enfermedad. Estudios post mortem y análisis del líquido cefalorraquídeo han demostrado una disminución en la actividad de las neuronas serotoninérgicas en personas con depresión, especialmente en aquellos que se han suicidado (Saveanu & Nemeroff, 2012). En individuos vulnerables, esta alteración neuroquímica, combinada con la exposición al estrés en etapas tempranas de la vida, puede desencadenar episodios depresivos. La norepinefrina, que regula el estado de ánimo, el sueño, la alerta y la respuesta al estrés, también disminuye en personas con depresión, lo que contribuye a la sintomatología (Goodale, 2007). Asimismo, la reducción de dopamina se ha vinculado a síntomas como la anhedonia, la falta de motivación y la pérdida de interés en actividades que antes generaban placer, síntomas típicos de la depresión.

En lo que respecta a los factores ambientales, la exposición a eventos traumáticos durante la infancia ha sido señalada como un desencadenante importante de la depresión en etapas posteriores de la vida. Un metaanálisis realizado por

Mandelli, Petrelli y Serratti (2015) encontró que el abuso emocional y la negligencia infantil están significativamente asociados con la depresión en la adultez. Otros factores, como el abuso sexual, el abuso físico y la violencia intrafamiliar, también se identificaron como riesgos inespecíficos que aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos mentales en general.

Además, la presencia de enfermedades físicas puede contribuir al desarrollo de síntomas depresivos. Se ha documentado una relación significativa entre la depresión y enfermedades crónicas como las cardiovasculares, infecciones de transmisión sexual, patologías respiratorias, y enfermedades neurológicas como el Parkinson y los accidentes cerebrovasculares (Hirschfeld & Weissman, 2002).

Estas condiciones médicas, al afectar la calidad de vida de los pacientes, pueden agravar o incluso desencadenar episodios depresivos.

Ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación persistente y excesiva sobre diversos aspectos de la vida cotidiana, lo que afecta considerablemente la calidad de vida de quienes lo padecen (Llera & Newman, 2015). Este trastorno se manifiesta no solo como una preocupación incontrolable, sino también a través de síntomas físicos y emocionales que incluyen inquietud, irritabilidad, dificultad para concentrarse, fatiga, tensión muscular y alteraciones en el sueño, tal como lo describe el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). Aunque las causas específicas del trastorno de ansiedad generalizada aún no se comprenden completamente, se cree que resultan de una interacción entre

factores genéticos, ambientales y temperamentales. En términos neurobiológicos, se ha sugerido que un desequilibrio en neurotransmisores como el ácido gamma-aminobutírico (GABA), la serotonina y la norepinefrina podría desempeñar un papel importante en el desarrollo de la ansiedad crónica. Este desbalance afecta los mecanismos cerebrales que regulan el estado de ánimo y la respuesta al estrés, lo que contribuye a los síntomas del trastorno (Rector et al., 2008).

Además, factores como la predisposición genética, experiencias traumáticas tempranas y estilos de afrontamiento disfuncionales también se han identificado como contribuyentes al desarrollo de este trastorno (Craske & Stein, 2016).

El impacto del trastorno de ansiedad generalizada en la vida diaria es significativo, ya que interfiere tanto en el funcionamiento laboral como en las relaciones interpersonales, y está asociado con una alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, como la depresión mayor (Behar et al., 2009). La detección temprana y el tratamiento adecuado, que puede incluir tanto intervenciones psicoterapéuticas como farmacológicas, son fundamentales para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico complejo que se caracteriza por una amplia variedad de síntomas heterogéneos. Las personas que padecen esta enfermedad pueden experimentar tres tipos principales de síntomas: positivos, negativos y cognitivos. Entre los síntomas positivos se incluyen los delirios, alucinaciones, y el lenguaje y comportamiento desorganizado, mientras que los

síntomas negativos abarcan el aislamiento social, la aplanación afectiva, la anhedonia y la falta de energía. Los síntomas cognitivos, por su parte, afectan funciones como la memoria, la atención y el pensamiento lógico (Kahn et al., 2015).

La esquizofrenia es considerada el resultado de una interacción compleja entre factores genéticos y ambientales, especialmente aquellos que influyen en el desarrollo temprano del cerebro y en cómo este se adapta a las experiencias vitales (Howes et al., 2014). La investigación ha demostrado la implicación de varios neurotransmisores, entre ellos la dopamina, el glutamato y GABA, en la fisiopatología de la esquizofrenia. En particular, se ha propuesto que la disfunción en la transmisión dopaminérgica juega un papel central en los síntomas positivos del trastorno, mientras que alteraciones en los sistemas glutamatérgico y GABAérgico contribuyen a los síntomas negativos y cognitivos (Ruiz et al., 2010). Además, estudios epidemiológicos han proporcionado evidencia de que ciertos genes relacionados con la esquizofrenia muestran una expresión activa durante el desarrollo fetal, lo que sugiere una asociación entre complicaciones obstétricas y un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad (Cannon et al., 2002; Kahn et al., 2015). Estas complicaciones incluyen factores como la hipoxia neonatal, infecciones maternas y otros eventos que afectan negativamente el desarrollo cerebral en etapas críticas (Brown, 2011).

La comprensión de la esquizofrenia ha avanzado considerablemente, pero sigue siendo una enfermedad de etiología multifactorial, en la que tanto las predisposiciones genéticas como los factores ambientales juegan roles fundamentales en su desarrollo y manifestación.

Trastorno bipolar

El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de episodios bifásicos en el estado de ánimo, que incluyen tanto manía o hipomanía como depresión. Estos episodios recurrentes se manifiestan mediante fluctuaciones en los niveles de energía, comportamiento y estado de ánimo, lo que provoca cambios notables en la funcionalidad del individuo. Asimismo, los pacientes suelen presentar síntomas cognitivos, tales como alteraciones en el tiempo de reacción, problemas en la memoria visual y verbal, así como en las funciones ejecutivas (Vieta et al., 2018). Durante los episodios de manía, los pacientes pueden exhibir hiperactividad, una autoestima elevada, grandiosidad, una notable reducción en la necesidad de dormir, y un estado de ánimo expansivo. En los casos más graves, también se observan síntomas psicóticos, como delirios o alucinaciones. Por otro lado, los episodios depresivos se caracterizan por una baja energía, tristeza profunda, aislamiento social, hipersomnia y una baja autoestima. Los episodios de hipomanía, a diferencia de la manía, son más leves y de menor duración, y generalmente no implican alteraciones significativas en el juicio o la funcionalidad diaria (American Psychiatric Association, 2014; Vieta et al., 2018).

Las causas del trastorno bipolar se atribuyen principalmente a una interacción compleja de factores genéticos, neuroquímicos y neuroanatómicos. En particular, se ha sugerido que un desequilibrio en los neurotransmisores monoamínicos, como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, desempeña un papel crucial en el desarrollo de esta enfermedad. Además, estudios recientes han enfocado su

atención en la modulación de la plasticidad sináptica y neuronal en diversas regiones cerebrales, como la corteza prefrontal, el hipocampo y la amígdala. Investigaciones postmortem han revelado una pérdida de la columna dendrítica en la corteza prefrontal, lo que sugiere alteraciones estructurales en esta región implicada en la regulación del estado de ánimo. Asimismo, estudios emergentes están explorando alteraciones celulares y mitocondriales que afectan la interconectividad neuronal. Estos incluyen disfunciones mitocondriales, estrés en el retículo endoplasmático, neuroinflamación, estrés oxidativo, apoptosis y cambios epigenéticos, todos los cuales podrían contribuir a la disfunción neuronal observada en pacientes con trastorno bipolar (Gómez Ayala, 2008; Vieta et al., 2018).

Trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una patología mental compleja que se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes intrusivas y recurrentes que son experimentadas como no deseadas y que generan una considerable angustia o malestar en la persona que las padece. Las compulsiones, por su parte, son comportamientos repetitivos o actos mentales que el individuo se siente obligado a realizar en respuesta a una obsesión o conforme a reglas estrictas que la persona percibe como necesarias para prevenir un evento temido o reducir la ansiedad (American Psychiatric Association, 2014; Salcedo et al., 2011). Estas conductas,

aunque alivian el malestar a corto plazo, a menudo perpetúan el ciclo obsesivo-compulsivo y pueden interferir significativamente en la vida diaria del individuo. El origen del TOC es multifactorial, involucrando tanto factores biológicos como ambientales. Desde un punto de vista neurobiológico, se han identificado disfunciones neuroanatómicas en áreas específicas del cerebro como la corteza orbitofrontal, la corteza cingulada anterior y el cuerpo estriado, todas ellas implicadas en la regulación del control inhibitorio y la toma de decisiones, procesos que se ven alterados en el TOC (Stein et al., 2019). Además, estudios neuroquímicos sugieren que el desequilibrio en neurotransmisores, particularmente en el sistema serotoninérgico, también juega un papel crucial en el desarrollo del trastorno (Pittenger & Bloch, 2014).

Trastorno límite de la personalidad

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se distingue por un patrón persistente de inestabilidad emocional, distorsión de la autoimagen y comportamientos impulsivos, lo que conduce a dificultades significativas en la interacción social. De acuerdo con el DSM-5 (2014), personas con este trastorno presentan relaciones interpersonales inestables, una identidad cambiante y una impulsividad que puede manifestarse en conductas autodestructivas, como amenazas o intentos suicidas. Además, los pacientes con TLP suelen experimentar una inestabilidad afectiva pronunciada, un sentimiento crónico de vacío, ira desproporcionada o inadecuada, y pueden tener episodios transitorios de paranoia o disociación.

El origen del trastorno límite de la personalidad es complejo y se cree que involucra una interacción de factores genéticos y ambientales. Los estudios sugieren que la disfunción en las áreas del cerebro responsables de la regulación emocional, como el sistema prefronto-límbico, es una de las alteraciones neurológicas más comúnmente observadas en estos pacientes (Gunderson et al., 2018). Esta disfunción afecta la capacidad de las personas para controlar sus respuestas emocionales y comportamentales en situaciones estresantes. Además, investigaciones recientes han señalado que experiencias tempranas adversas, como el maltrato infantil o el abuso emocional, pueden influir en la expresión genética, modificando tanto la estructura como las funciones cerebrales a través de mecanismos epigenéticos (Lieb et al., 2004; Steuwe et al., 2015).

El impacto de estas experiencias tempranas no solo se limita a cambios neurobiológicos, sino que también puede interferir con el desarrollo de mecanismos de apego y autorregulación emocional. La calidad del cuidado en la infancia, particularmente en las primeras etapas del desarrollo, juega un papel crucial en la configuración de las respuestas emocionales y la estabilidad afectiva en la vida adulta (Fonagy, 2018). Además, las alteraciones en la regulación de hormonas y neuropéptidos, como el cortisol y la oxitocina, pueden agravar las dificultades emocionales en los individuos con TLP, exacerbando la impulsividad y la inestabilidad afectiva (di Giacomo et al., 2024; Perez-Rodriguez et al., 2018).

ALÉRGENOS, ALERGIAS Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Las enfermedades alérgicas son el resultado de una respuesta exagerada del sistema inmunológico frente a sustancias normalmente inofensivas, conocidas como alérgenos. Estos alérgenos, procedentes de diversas fuentes, se unen a la inmunoglobulina E (IgE), lo que provoca reacciones alérgicas (San Juan et al., 1998). La exposición inicial a un alérgeno sensibiliza al individuo, lo que genera una respuesta inmune exagerada cuando se produce una nueva exposición, desencadenando así una reacción alérgica. En los pacientes sensibilizados, esta exposición recurrente induce la liberación de citocinas proinflamatorias, que no solo afectan a la periferia sino que pueden interactuar con el sistema nervioso central. Estudios sugieren que estas citocinas periféricas pueden cruzar la barrera hematoencefálica (BHE) y alterar procesos neurológicos, como el metabolismo de neurotransmisores, la regulación neuroendocrina y el ciclo del sueño, contribuyendo a la aparición de síntomas psiquiátricos como la ansiedad y la depresión. Por otra parte, algunos estudios han demostrado que las moléculas inflamatorias, tanto exógenas como endógenas, pueden alcanzar el cerebro a través de la vía olfativa o el nervio trigémino, sin necesidad de cruzar directamente la BHE. Estas observaciones en modelos animales sugieren que estos mecanismos neuroinmunitarios desempeñan un papel crucial en la relación entre la inflamación sistémica y los síntomas psiquiátricos (Raison et al., 2006). Estos hallazgos apoyan la idea de que los mecanismos neuroinmunológicos desempeñan un papel crucial en la relación entre la inflamación periférica y los

síntomas psiquiátricos, destacando la importancia de la investigación en este campo emergente.

Desde hace algunos años, ha surgido la hipótesis de una posible relación entre las alergias y los trastornos psiquiátricos, aunque esta área de investigación sigue siendo relativamente reciente. Los estudios más significativos han encontrado correlaciones entre las alergias y trastornos como la depresión, la ansiedad y el suicidio (Patten & Williams, 2007; Slattery, 2005; Weber & Gadow, 2017). En particular, se ha observado que los aumentos en las tasas de suicidio coinciden con los picos estacionales de aeroalérgenos, lo que sugiere un vínculo entre la exposición a alérgenos y el riesgo suicida (Postolache et al., 2005). Una investigación realizada en Dinamarca halló que los pacientes con antecedentes de alergias presentaban un mayor riesgo de suicidio, especialmente aquellos que no tenían trastornos del estado de ánimo previos, mientras que este riesgo se eliminaba en personas con antecedentes de trastornos del estado de ánimo (Qin et al., 2011). Un estudio realizado en Japón por Hidese et al. (2019) encontró una relación significativa entre las alergias alimentarias y la depresión o el estrés psicológico. Los pacientes con depresión presentaron un número considerablemente mayor de alérgenos en comparación con el grupo control. En particular, fue más común que los pacientes con alergias alimentarias tuvieran entre dos y cuatro o más alérgenos que aquellos en el grupo control. Entre los alérgenos más frecuentes identificados en el estudio se encontraban el camarón, el huevo, la caballa, el cangrejo, el kiwi, la leche, el plátano y el calamar. Además, se observó que el número de alérgenos estaba directamente relacionado con la

gravedad de los síntomas presentados, sugiriendo una posible correlación entre la cantidad de alérgenos y la severidad del padecimiento.

Por otro lado, la investigación también ha revelado una relación entre los alérgenos y los trastornos de ansiedad. De Sousa et al. (2017) encontraron una correlación estadísticamente significativa entre la presencia de alergias y la ansiedad en una población de adultos mayores. Kovalenko et al. (2001) sugieren que la hipersensibilidad del sistema inmunológico en algunos pacientes podría contribuir al desarrollo de trastornos de pánico, destacando la importancia de considerar estos trastornos en pacientes con alergias que no presentan causas orgánicas evidentes.

En un estudio realizado por Aberle et al. (2017), se demostró que los pacientes con alergias presentan el doble de probabilidad de tener un diagnóstico psiquiátrico preexistente. Entre las patologías identificadas se incluyen el trastorno depresivo mayor, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de adaptación, diversos trastornos de la personalidad, el trastorno delirante, y la dependencia del alcohol.

En relación con otros trastornos psiquiátricos, un estudio investigó la prevalencia y gravedad de las enfermedades alérgicas en niños y adolescentes que padecían trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y/o trastornos de tics. Los resultados mostraron que los pacientes con TOC presentaron tasas significativamente más altas de resultados positivos en la prueba de Prick en comparación con el grupo control, y que los niveles de inmunoglobulina E (IgE) eran considerablemente más elevados tanto en los pacientes con TOC como en aquellos con trastornos de tics. Estos hallazgos sugieren una fuerte asociación entre estas enfermedades

alérgicas y los trastornos psiquiátricos en estas edades (Karabekiroglu et al., 2012).

Además, se ha explorado la posible relación entre la sensibilización a alérgenos, las enfermedades alérgicas y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Diversos estudios han concluido que condiciones alérgicas como la dermatitis atópica y el asma, junto con la sensibilización a alérgenos, están asociadas con un mayor riesgo de desarrollar TDAH en niños. Asimismo, se sugiere que el control temprano de la exposición ambiental en individuos sensibilizados podría reducir la carga del TDAH en estos pacientes (M. H. Chen et al., 2013; Miyazaki et al., 2017; Suwan et al., 2011; Yang et al., 2018).

Por otro lado, un estudio poblacional tuvo como objetivo examinar la prevalencia y el riesgo de desarrollar trastornos atópicos en pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Los resultados mostraron una comorbilidad del 20%, lo que significa que uno de cada cinco pacientes con esquizofrenia también presentaba trastornos atópicos. Entre estos trastornos, el asma fue el más prevalente, mientras que el riesgo de padecer rinitis alérgica y urticaria fue menor (Y. H. Chen et al., 2009).

Otro estudio similar corroboró estos resultados, encontrando una relación entre los trastornos atópicos en general, y el asma en particular, con un mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia (Kage et al., 2020; Pedersen et al., 2012). Además, una investigación de Tzeng et al. (2018) encontró que los pacientes con enfermedades alérgicas, como el asma y la dermatitis atópica, presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar trastornos psiquiátricos, incluyendo ansiedad, depresión y trastornos psicóticos, lo que refuerza la conexión entre las enfermedades inflamatorias y las alteraciones en la salud mental.

A pesar de que la investigación en este campo es limitada, varios estudios han demostrado que enfermedades alérgicas, como la rinitis, presentan una incidencia significativamente mayor en pacientes que desarrollan trastorno bipolar a lo largo de su vida (M. H. Chen et al., 2015). Por su parte, un estudio realizado por Goodwin et al. (2012a) identificó una asociación entre las enfermedades alérgicas y una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos, incluyendo trastornos de ansiedad, trastorno de pánico, trastornos del estado de ánimo, depresión y trastorno bipolar. Sin embargo, a diferencia de estos hallazgos, una investigación realizada en los Estados Unidos no encontró diferencias significativas entre pacientes con sensibilidad a alérgenos y aquellos sin esta sensibilidad en cuanto a la prevalencia de trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar (Postolache et al., 2008).

Capítulo III. Planteamiento del problema

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Diversas investigaciones han sugerido una posible relación entre la exposición a alérgenos, el desarrollo de enfermedades alérgicas y la aparición de trastornos psiquiátricos. No obstante, existe una falta significativa de estudios que exploren específicamente la frecuencia de alérgenos en la población psiquiátrica hospitalizada. La mayoría de los estudios disponibles se han enfocado en patologías específicas, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), la depresión y la ansiedad, y generalmente se centran en pacientes con enfermedades alérgicas ya diagnosticadas. Esta limitación crea un vacío en el conocimiento sobre la prevalencia y el impacto de los alérgenos en pacientes psiquiátricos con diferentes diagnósticos, lo que dificulta la comprensión integral de esta relación.

JUSTIFICACIÓN

Es necesario categorizar y clasificar la frecuencia de alérgenos en la población psiquiátrica hospitalizada, con el fin de abrir un campo de estudio y discusión sobre el impacto de estos alérgenos en diversas patologías psiquiátricas. Este análisis permitirá explorar su influencia en la severidad, evolución y desenlaces de los trastornos mentales. Hasta el momento, no existen estudios de este tipo en la población mexicana que abarquen una amplia gama de enfermedades psiquiátricas.

Los resultados obtenidos en este estudio podrían aportar un conocimiento novedoso y relevante, que contribuiría a mejorar el abordaje terapéutico de los

pacientes psiquiátricos. Este nuevo enfoque podría facilitar la identificación de posibles factores alérgicos que influyen en la evolución de las enfermedades mentales, promoviendo tratamientos más integrales y personalizados.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de alérgenos en pacientes psiquiátricos hospitalizados en la población mexicana, y cómo se relaciona esta con los diferentes trastornos psiquiátricos diagnosticados?

Capítulo IV. **Objetivos**

OBJETIVO PRINCIPAL

Determinar la frecuencia de alérgenos en pacientes psiquiátricos hospitalizados en una población mexicana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la frecuencia de exposición a diferentes alérgenos en pacientes con distintos trastornos psiquiátricos.
2. Evaluar si existe una relación entre la cantidad de alérgenos a los que están expuestos los pacientes y la severidad de sus trastornos psiquiátricos.
3. Analizar la severidad de las patologías psiquiátricas en la población hospitalizada.
4. Explorar la relación entre la exposición a alérgenos y las variables sociodemográficas de los pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Capítulo V. **Materiales y Métodos**

DISEÑO METODOLÓGICO

El estudio tendrá un diseño transversal, descriptivo y observacional, con enfoque prospectivo. Se recopilarán datos en un momento determinado para analizar la frecuencia de alérgenos en pacientes psiquiátricos hospitalizados, describiendo la relación entre la exposición a alérgenos y las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes. Además, se analizará la relación entre la cantidad de alérgenos y la severidad de los trastornos psiquiátricos presentes en la muestra.

PERIODO DE ESTUDIO

El estudio se llevará a cabo entre septiembre de 2022 y julio de 2024. Durante este periodo, se recolectarán los datos de la población psiquiátrica hospitalizada para analizar la frecuencia de alérgenos y su relación con las características clínicas y sociodemográficas, así como con la severidad de los trastornos psiquiátricos presentes en los pacientes.

LUGAR DE REFERENCIA Y RECLUTAMIENTO

El reclutamiento de los participantes se realizará en el área de internamiento de la sala de agudos y en la comunidad del Departamento de Psiquiatría del “Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González”. A los pacientes hospitalizados en estas áreas se les invitará a participar en el presente estudio. Aquellos que acepten serán evaluados mediante el llenado de escalas específicas y contarán con el apoyo del Departamento de Alergias para la aplicación de pruebas con alérgenos.

TAMAÑO DE MUESTRA

El estudio será de tipo poblacional, utilizando un muestreo a conveniencia. Se incluirán en la evaluación todos los individuos que cumplan con los criterios de internamiento en el área de agudos o de comunidad. Dado que se trata de un estudio poblacional, no será necesario realizar un cálculo formal del tamaño de muestra, ya que se invitará a participar a todos los pacientes hospitalizados durante el periodo del estudio.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes de entre 18 y 60 años de edad.
- Diagnóstico clínico de trastorno psiquiátrico basado en los criterios diagnósticos del DSM-5.
- Pacientes con capacidad cognitiva suficiente para otorgar su consentimiento informado y responder a los cuestionarios de manera adecuada.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años.
- Presencia de un cuadro psicótico o discapacidad intelectual que interfiera con la comprensión de los cuestionarios o los procedimientos del estudio.

- Pacientes bajo tratamiento farmacológico que incluya antidepresivos con efecto antihistamínico, como algunos antidepresivos tricíclicos (imipramina, amitriptilina, doxepina, entre otros).
- Pacientes en tratamiento con antihistamínicos y/o corticosteroides.

CONSIDERACIONES ÉTICAS, PROTECCIÓN DE LOS DATOS Y

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este estudio fue sometido a revisión y aprobación por el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Se garantizará la confidencialidad de los participantes de acuerdo con las normativas vigentes. Solo los investigadores que forman parte de este protocolo tendrán acceso a los datos de los sujetos de estudio. La información, tanto física como digital (resultados, expedientes y bases de datos), será recopilada y almacenada de manera segura en una base de datos del Departamento de Psiquiatría y el Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la UANL en Monterrey, N.L. El acceso a esta información estará restringido exclusivamente a los investigadores del estudio.

Se obtendrá el consentimiento informado de todos los pacientes que participen en el estudio, quienes recibirán una copia del documento firmado. Este consentimiento describirá claramente los objetivos del estudio, los criterios de inclusión y exclusión, así como los procedimientos a seguir, incluyendo las escalas que deberán completar los participantes. También se informará a los pacientes

sobre los posibles riesgos o incomodidades que podrían surgir, así como los beneficios que podrían derivarse de su participación. Asimismo, se detallarán los derechos de los participantes, las condiciones para retirarse del estudio si así lo desean y las medidas que se implementarán para garantizar la confidencialidad de los resultados. El consentimiento será explicado verbalmente, se resolverán dudas, y se proporcionará una copia por escrito a cada participante. Este proceso se llevará a cabo en presencia de dos testigos y el tesista.

DESCRIPCIÓN DEL DISEÑO

Se reclutarán pacientes hospitalizados en el área de internamiento que hayan sido diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico conforme al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), específicamente aquellos con diagnóstico de ansiedad, depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno límite de la personalidad. Tras invitar a los pacientes a participar en el estudio, se revisarán los criterios de inclusión, y aquellos que cumplan con los requisitos podrán firmar el consentimiento informado.

Posteriormente, se procederá a recolectar datos mediante un formulario, recopilando variables como la edad, el género y el sexo de los participantes para describir las características demográficas de la muestra. También se aplicarán escalas específicas para evaluar la severidad de cada patología psiquiátrica. Después de identificar a los participantes, se realizarán pruebas cutáneas para detectar sensibilización a aeroalérgenos y alimentos. Este procedimiento sigue el

protocolo estándar del Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica.

Inicialmente, se verificará la reactividad de la piel mediante la aplicación de histamina en el antebrazo para asegurar una respuesta adecuada. Si se confirma la reactividad cutánea, se procederá con la prueba completa en el antebrazo o espalda (según sea el caso), donde se aplicarán los alérgenos mediante escarificaciones superficiales utilizando un dispositivo especializado. Se esperarán 15 minutos para evaluar la respuesta cutánea.

La prueba se considerará positiva si el diámetro de la roncha es igual o mayor a 3 mm en comparación con el testigo negativo. Tras la evaluación de los resultados de las pruebas cutáneas, se concluirá la participación del paciente en el estudio.

Los datos recopilados, junto con las variables demográficas, se ingresarán en una base de datos y se analizarán utilizando el software estadístico SPSS versión 25.

Se planifican aproximadamente tres visitas para cada participante, con una duración estimada de una hora por visita. En la primera visita se invitará al paciente a participar y se firmará el consentimiento informado. En la segunda visita se aplicarán las escalas y las pruebas cutáneas. Si es necesario, en la última visita se completarán las escalas restantes y se entregarán los resultados de las pruebas cutáneas.

DESCRIPCIÓN DE ESCALAS

Escala de depresión de Hamilton (HAM-D)

Es una herramienta utilizada para medir la gravedad de los síntomas depresivos en pacientes previamente diagnosticados con depresión. Esta escala es

heteroaplicada, lo que significa que es administrada por un profesional de la salud a través de una entrevista clínica. Su objetivo es cuantificar de manera objetiva la intensidad de la depresión y evaluar los cambios en el estado del paciente a lo largo del tratamiento. Originalmente, la escala constaba de 21 ítems, aunque la versión más comúnmente utilizada es la reducida de 17 ítems, recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) debido a su mayor practicidad en contextos clínicos.

Cada ítem se puntúa de acuerdo con la información obtenida durante la entrevista clínica, con opciones de respuesta que oscilan entre puntuaciones de 0-2 o 0-4, dependiendo del ítem. Las puntuaciones se suman para obtener una puntuación global que clasifica la gravedad de la depresión del paciente en diferentes niveles:

- **No deprimido:** 0-7
- **Depresión leve:** 8-13
- **Depresión moderada:** 14-18
- **Depresión severa:** 19-22
- **Depresión muy severa:** >23

La validación de la versión en español de esta escala fue realizada en 1986 por Ramos-Brieva, lo que garantiza su aplicabilidad en poblaciones hispanohablantes. Este instrumento es ampliamente utilizado en estudios clínicos y ensayos terapéuticos, y ha demostrado ser una herramienta fiable para el seguimiento de la evolución de los pacientes con depresión (Hamilton, 1960; Ramos-Brieva & Cordero Villafáfila, 1986).

Escala de ansiedad de Hamilton (HAM-A)

Es una herramienta heteroaplicada utilizada para medir la severidad de la ansiedad en pacientes reúnan criterios. Fue desarrollada para evaluar la gravedad de la ansiedad tanto en sus manifestaciones psíquicas como somáticas. La escala está compuesta por 14 ítems, de los cuales 13 están relacionados con signos y síntomas de ansiedad, y el último ítem evalúa el comportamiento del paciente durante la entrevista clínica. Es administrada por el terapeuta tras una entrevista estructurada, en la que el clínico puntúa cada ítem de 0 a 4, basándose en la intensidad y la frecuencia de los síntomas observados.

El rango total de puntuaciones varía de 0 a 56 puntos. Además de la puntuación global, la escala permite obtener puntuaciones específicas para ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13), lo que facilita una evaluación más detallada de los tipos de ansiedad experimentados por el paciente.

Puntos de corte recomendados:

- 17 o menos: Ansiedad leve.
- Entre 18 y 24: Ansiedad moderada.
- Entre 25 y 30: Ansiedad severa.

Estos puntos de corte proporcionan una guía clínica para la evaluación y manejo de la ansiedad, ayudando a determinar la gravedad de los síntomas y a adaptar las intervenciones terapéuticas según la necesidad del paciente (Hamilton, 1959)

Escala de Young para manía (YMRS)

Es una herramienta ampliamente utilizada en la evaluación de los síntomas maníacos en pacientes con trastorno bipolar. Está compuesta por 11 ítems que valoran la intensidad de los síntomas de la manía, con opciones de respuesta que varían en función de la gravedad. Los ítems son puntuados por el clínico basándose tanto en el relato del paciente como en su propia observación durante la entrevista. La escala cuantifica los síntomas mediante un sistema de puntuación que oscila entre 0 y 4 en la mayoría de los ítems, mientras que en los ítems 5, 6, 8 y 9 la puntuación varía entre 0 y 8, para compensar la posible escasa cooperación de los pacientes maníacos graves.

El valor 0 indica la ausencia del síntoma, mientras que el valor máximo refleja la presencia del síntoma en su máxima severidad. La suma total de los 11 ítems proporciona una puntuación global, que oscila entre 0 y 60 puntos. En general se acepta que una puntuación: menor o igual a 6 es compatible con eutimia; entre 7 y 20 es compatible con episodio mixto; mayor de 20 es compatible con episodio maníaco. A mayor puntuación, mayor gravedad del cuadro maníaco.

Puntos de corte:

- Menor o igual a 12: Remisión
- Entre 13 y 19: Síntomas mínimos
- Entre 20 y 25: Manía leve
- Entre 26 y 37: Manía moderada
- Entre 38 y 60: Manía grave

Los puntos de corte ayudan a clasificar la severidad del episodio maníaco, facilitando el seguimiento clínico del paciente y la toma de decisiones terapéuticas (Young et al., 1978).

Escala de Yale-Brown (Y-BOCS)

Es una herramienta clínica utilizada para evaluar la severidad de las obsesiones y compulsiones en pacientes previamente diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). La escala es administrada por el terapeuta a través de una entrevista semiestructurada que permite un análisis detallado de los síntomas del paciente. Consta de 10 ítems: los primeros 5 evalúan las obsesiones, mientras que los otros 5 se centran en las compulsiones. Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 4, donde 0 representa la ausencia del síntoma y 4 indica la presencia del síntoma en su máxima gravedad.

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 40 puntos, con los siguientes puntos de corte para clasificar la severidad del TOC:

- 0-7: Subclínico.
- 8-15: Leve.
- 16-23: Moderado.
- 24-31: Grave.
- 32-40: Muy grave.

Cada ítem incluye instrucciones detalladas para guiar al entrevistador en la correcta valoración de la gravedad de los síntomas, lo que asegura una evaluación uniforme y precisa. La Y-BOCS es ampliamente utilizada en la práctica clínica y en

la investigación debido a su fiabilidad y validez en la evaluación de los síntomas del TOC (Goodman, 1989).

Impresión Clínica Global para Esquizofrenia (CGI-Esq)

es un instrumento clínico diseñado para evaluar la gravedad de los síntomas en pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Esta escala se enfoca en medir cuatro dominios sintomáticos principales: síntomas positivos, síntomas negativos, síntomas cognitivos y síntomas depresivos. Además, permite una valoración global de la gravedad de la enfermedad, proporcionando al clínico una visión general de la evolución del paciente.

La escala consta de 5 ítems, y se aplica tras la realización de una entrevista clínica estructurada. Los puntos de anclaje para cada ítem permiten categorizar al paciente de acuerdo con la gravedad de los síntomas, con las siguientes clasificaciones:

- Normal, no enfermo.
- Mínimamente enfermo.
- Medianamente enfermo.
- Moderadamente enfermo.
- Marcadamente enfermo.
- Gravemente enfermo.
- Entre los pacientes más graves.

Este sistema de puntuación es útil para monitorizar el curso de la esquizofrenia a lo largo del tiempo y para evaluar la respuesta al tratamiento. La simplicidad y la

claridad de la escala la han convertido en una herramienta estándar en la investigación clínica sobre esquizofrenia, así como en la práctica médica (Haro et al., 2003).

Escala de Impresión Clínica Global (CGI)

Es una herramienta breve y sencilla utilizada para evaluar la gravedad de un trastorno mental y los cambios clínicos a lo largo del tiempo, en respuesta a intervenciones terapéuticas. La escala consta de dos subescalas principales:

1. Gravedad de la Enfermedad (CGI-S): Esta subescala mide la severidad del cuadro clínico en el momento de la evaluación. Utiliza un único ítem que se puntúa en una escala de Likert de 8 valores, desde 0 (*no evaluado*) hasta 7 (*extremadamente enfermo*). El clínico utiliza esta escala para clasificar la gravedad de la enfermedad con base en la observación y la entrevista clínica.
2. Mejoría Global (CGI-I): La segunda subescala evalúa la mejoría del paciente como resultado de las intervenciones terapéuticas. También se puntúa mediante un único ítem en una escala de Likert de 8 valores, que va desde 0 (*no evaluado*) hasta 7 (*mucho peor*). Esta subescala permite al clínico valorar la respuesta del paciente al tratamiento, comparando el estado clínico actual con el del inicio del tratamiento.

Ambas subescalas son fáciles de aplicar y permiten una valoración rápida, lo que hace que la CGI sea muy utilizada en entornos clínicos y ensayos terapéuticos

para monitorizar el progreso del paciente y la efectividad de las intervenciones (Busner & Targum, 2007).

Borderline Symptom List 23 (BSL-23)

Escala autoadministrada diseñada específicamente para evaluar la gravedad de los síntomas en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP). Esta herramienta permite medir de manera cuantitativa la sintomatología clínica experimentada por el paciente durante la última semana. La escala está compuesta por 23 ítems, cada uno de los cuales se puntúa en una escala Likert de 5 puntos, donde 0 significa *nunca* y 4 significa *muchísimo*. Los ítems están diseñados para evaluar una amplia gama de síntomas característicos del TLP, como la impulsividad, las emociones inestables, los problemas en las relaciones interpersonales y los comportamientos autodestructivos.

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 92 puntos, y los puntos de corte se dividen de la siguiente manera para clasificar la gravedad de los síntomas:

- 0-48: Síntomas leves.
- 49-62: Síntomas graves.
- 63 o más: Síntomas muy graves.

La BSL-23 ha sido validada en diversas investigaciones y es ampliamente utilizada en la evaluación clínica y en estudios sobre trastorno límite de la personalidad, proporcionando una herramienta precisa y fiable para la valoración de los síntomas a lo largo del tiempo (Bohus et al., 2009).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos recopilados serán registrados en una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel, para su posterior análisis en el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 21. Para las variables cuantitativas, se calcularán las medidas descriptivas tradicionales, como las medidas de tendencia central, de dispersión, y de posición. En cuanto a las variables cualitativas, se presentarán las frecuencias observadas.

Las variables serán segmentadas de acuerdo con los factores de interés del estudio. Para el contraste de hipótesis, se aplicará la **prueba Z para proporciones**, con un nivel de confianza del 95%, con el fin de determinar si existen diferencias significativas entre las proporciones de los grupos estudiados. Asimismo, se evaluarán las relaciones entre las variables cuantitativas mediante el **coeficiente de correlación de Pearson**, utilizando el mismo nivel de confianza del 95%.

Este análisis permitirá identificar patrones, correlaciones y diferencias significativas que serán clave para interpretar los resultados del estudio y generar conclusiones basadas en evidencia.

Capítulo VI. **Resultados**

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Se evaluaron un total de 46 pacientes psiquiátricos hospitalizados, con una media de edad de 24.52 años (DE = 5.841), siendo la edad mínima 18 años y la máxima 41 años. La distribución por edad mostró que la mayoría de los pacientes (67.4%) se encontraban en el grupo etario de 18-25 años, seguido del 23.9% en el grupo de 26-33 años, y un 8.7% en el grupo de 34-41 años. En cuanto al sexo, el 84.8% de los pacientes fueron mujeres y el 15.2% hombres. El estado civil predominante fue el de solteros con un 78.3%, seguido de unión libre (8.7%), divorciados (6.5%), casados (4.3%), y separados (2.2%).

En cuanto al nivel educativo, el 69.6% de los pacientes contaban con estudios de bachillerato, el 23.9% con licenciatura, y el 6.5% con maestría. En términos del nivel económico, el 50% de los pacientes reportaron un nivel medio, seguido de un 37% con nivel medio-bajo, 8.7% con nivel medio-alto, y un 4.3% con nivel bajo. Respecto a la ocupación, la mitad de los pacientes eran desempleados (50%), el 32.6% empleados, el 10.9% estudiantes, y un pequeño porcentaje dedicado a negocios propios (4.3%) y otros (2.2%). La mayoría de los pacientes provenían del norte del país (86.9%), mientras que el 10.9% eran del centro y el 2.2% del sur.

DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS

El diagnóstico psiquiátrico predominante en la muestra fue el trastorno límite de la personalidad (TLP), con un 57.1% de los pacientes, seguido del trastorno depresivo mayor (20.6%) y el trastorno de ansiedad generalizada (9.5%). Otros diagnósticos menos frecuentes fueron esquizofrenia (4.8%), trastorno bipolar tipo 1 (4.8%) y trastorno obsesivo-compulsivo (3.2%)

PRESENCIA DE ALÉRGENOS

En cuanto a la sensibilización a alérgenos, el 54.3% de los pacientes resultaron positivos, mientras que el 45.7% no presentaron sensibilización. Los alérgenos más comunes fueron los alimentos, con un 55.2%, seguidos de polen y plantas (28.4%) y ácaros (16.4%).

SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS

La severidad de los síntomas psiquiátricos fue evaluada utilizando diversas escalas clínicas, cada una adaptada a los distintos trastornos psiquiátricos presentes en los pacientes. Los resultados se distribuyeron de la siguiente manera:

- **Gravedad global (CGI):** La *Escala de Impresión Clínica Global (CGI)*, que mide la severidad de los síntomas de forma general en todos los pacientes, mostró que el 54.3% de los pacientes se encontraba en un nivel moderadamente severo, mientras que el 23.9% se clasificó como marcadamente enfermo. Un 17.4% de los pacientes presentaban un estado gravemente enfermo, y un 4.3% se ubicó en la categoría de extremadamente enfermos.
- **Depresión (HAM-D):** Los resultados obtenidos a través de la *Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D)* indicaron que el 61.5% de los pacientes presentaban depresión severa, mientras que el 23.1% mostraba una depresión muy grave. Solo el 15.4% de los pacientes presentó una depresión de intensidad moderada.

- **Ansiedad (HAM-A):** En cuanto a la *Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)*, el 50% de los pacientes se ubicaron en la categoría de ansiedad moderada. Un 33.3% presentó ansiedad severa, y un 16.7% de los pacientes fue diagnosticado con ansiedad leve.
- **Esquizofrenia (CGI-Esq):** La *Escala de Impresión Global para Esquizofrenia (CGI-Esq)* mostró que el 66.7% de los pacientes con esquizofrenia estaban clasificados como gravemente enfermos, mientras que el 33.3% fue considerado marcadamente enfermo.
- **Trastorno Límite de la Personalidad (TLP, BSL-23):** La severidad del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) fue evaluada mediante la *Escala BSL-23*. Los resultados indicaron que el 58.3% de los pacientes presentaban síntomas leves, el 22.2% síntomas graves, y el 19.4% síntomas muy graves.

Además, se calcularon las puntuaciones promedio y los rangos de las escalas clínicas, proporcionando una visión más detallada de la distribución de los síntomas en la población estudiada:

- **Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A):** Media de 21.83 (DE = 5.345), con un rango entre 13 y 27 puntos.
- **Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D):** Media de 21.77 (DE = 3.919), con un rango de 16 a 30 puntos.
- **Impresión Clínica Global para Esquizofrenia (ICG-Esq):** Media de 5.67 (DE = 0.577), con un rango entre 5 y 6 puntos.
- **Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Y-BOCS):** Media de 29.00 (DE = 4.243), con un rango entre 26 y 32 puntos.

- **Escala de Manía de Young (YMRS):** Media de 29.67 (DE = 1.528), con un rango entre 28 y 31 puntos.
- **Borderline Symptom List 23 (BSL-23):** Media de 44.31 (DE = 18.624), con un rango entre 7 y 77 puntos.

ALÉRGENOS Y SEVERIDAD DE SÍNTOMAS

Se realizaron dos análisis principales para explorar la relación entre la presencia de alérgenos y la severidad de los trastornos psiquiátricos, evaluada a través de la Escala Clínica Global (CGI).

En primer lugar, se investigó si la presencia de alérgenos estaba relacionada con la severidad del trastorno. El coeficiente de correlación obtenido fue $r = 0.003$, con un valor $p = 0.983$. Este resultado indica que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la presencia de alérgenos y la severidad clínica de los pacientes.

En segundo lugar, se examinó la correlación entre la severidad del trastorno, medida por el CGI, y el número total de alérgenos presentes en cada paciente. El coeficiente de correlación fue $r = -0.150$, con un valor $p = 0.320$, lo que sugiere una leve correlación negativa. Sin embargo, este resultado tampoco fue estadísticamente significativo, lo que implica que no existe una relación clara entre el número total de alérgenos y la severidad del trastorno en esta muestra de pacientes.

El análisis de la relación entre la presencia de alérgenos y los trastornos psiquiátricos no mostró diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los diagnósticos evaluados.

El diagnóstico con mayor prevalencia de alérgenos fue el trastorno límite de la personalidad, donde el 80% de los pacientes con alérgenos presentes fueron diagnosticados con este trastorno, en comparación con el 71.4% de los pacientes sin alérgenos. Aunque esta diferencia en prevalencia fue notable, no alcanzó significancia estadística ($p > 0.05$).

En los pacientes con esquizofrenia, la prevalencia fue similar entre aquellos con alérgenos presentes (8%) y aquellos sin alérgenos (4.8%), sin diferencias significativas ($p > 0.05$).

Por otro lado, los diagnósticos de trastorno bipolar tipo 1 y trastorno depresivo mayor mostraron una leve tendencia inversa, donde los pacientes sin alérgenos tenían una prevalencia ligeramente mayor de estos trastornos, pero nuevamente, sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$).

El trastorno obsesivo compulsivo solo se presentó en pacientes con alérgenos (4%), pero debido al tamaño reducido de esta submuestra, no se encontraron diferencias significativas ($p > 0.05$).

Asimismo, se analizaron las variables para ver si hay una correlación entre la severidad del trastorno específico y el número de alérgenos. El análisis mostró que, aunque el número promedio de alérgenos varió entre los diferentes diagnósticos psiquiátricos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la relación entre el número de alérgenos y la severidad de los trastornos ($p > 0.05$ en todos los casos). Los pacientes con trastorno límite de la personalidad presentaron el mayor promedio de alérgenos (9), mientras que en otros trastornos, como esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo, el promedio fue menor, sin que estas diferencias fueran significativas.

ALÉRGENOS Y DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

Se evaluó la relación entre la severidad de los trastornos psiquiátricos y la presencia de alérgenos, agrupados en tres categorías: alimentos, polen y plantas, y ácaros. En cuanto a los **alérgenos alimentarios**, los pacientes con trastorno límite de la personalidad y trastorno depresivo mayor mostraron una prevalencia significativa de alérgenos alimentarios. En el caso del trastorno límite de la personalidad, aproximadamente el 50% de los pacientes presentó entre 1 y 2 alérgenos alimentarios, con algunos presentando hasta 6. Este patrón fue similar en el trastorno depresivo mayor, donde también se observaron hasta 4 alérgenos alimentarios en algunos pacientes. En contraste, los pacientes con trastorno bipolar tipo 1 no presentaron alérgenos alimentarios, y en los pacientes con esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo, la prevalencia de estos alérgenos fue limitada a 1 o 2 por paciente.

Respecto a los **alérgenos de polen y plantas**, estuvieron presentes en un número moderado de pacientes con trastorno límite de la personalidad y trastorno depresivo mayor, con algunos presentando hasta 4 alérgenos. Sin embargo, la mayoría de los pacientes presentó entre 0 y 1 alérgeno de este tipo. En el trastorno de ansiedad generalizada, se observaron hasta 3 alérgenos de polen en algunos pacientes, lo que refleja una ligera tendencia a la presencia de estos alérgenos en este grupo, pero sin una prevalencia abrumadora en comparación con otros diagnósticos.

Por otro lado, los **ácaros** fueron más comunes en los pacientes con trastorno límite de la personalidad, aunque la mayoría de estos individuos presentaron solo

entre 0 y 1 alérgeno. Algunos pacientes con trastorno depresivo mayor también reportaron entre 1 y 2 alérgenos de ácaros. En los pacientes con esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo, la presencia de ácaros fue limitada, con solo un alérgeno presente por paciente. En contraste, los pacientes con trastorno bipolar tipo 1 no mostraron ningún alérgeno relacionado con ácaros, lo que marca una diferencia en comparación con los otros diagnósticos evaluados.

A pesar de las diferencias en la frecuencia de alérgenos entre los distintos diagnósticos, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas que sugieran que la presencia de un tipo específico de alérgeno esté directamente relacionada con la severidad del trastorno en los pacientes evaluados ($p > 0.05$ en todos los cruces).

ALÉRGENOS Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Se realizaron cruces estadísticos para determinar si las características sociodemográficas de la muestra evaluada estaban relacionadas con la prevalencia de alérgenos. A pesar de las variaciones en la distribución de alérgenos dentro de los diferentes grupos, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas en ninguno de los casos ($p > 0.05$).

En cuanto al grupo etario, los pacientes de 18 a 25 años mostraron una prevalencia ligeramente mayor de alérgenos (64%) en comparación con los grupos de 26 a 33 años (28%) y 34 a 41 años (8%). Sin embargo, estas diferencias no alcanzaron significancia estadística.

Con respecto al sexo, los hombres presentaron una prevalencia de alérgenos del 12.0%, mientras que en las mujeres esta prevalencia fue más alta, alcanzando el

88.0%. Aunque parece haber una diferencia notable entre ambos sexos, esta tampoco fue significativa.

En relación con la zona geográfica, los pacientes del norte del país tuvieron una prevalencia de alérgenos del 88%, en comparación con los del centro (12%) y el sur (0%). Esta variación, aunque destacable, tampoco presentó diferencias significativas en términos estadísticos.

El análisis del estado civil mostró que los pacientes solteros presentaron una prevalencia de alérgenos del 84%, mientras que los casados no reportaron prevalencia alguna. Los pacientes separados presentaron una prevalencia del 4%, los divorciados del 12%, y aquellos en unión libre no mostraron alérgenos presentes.

En cuanto al nivel educativo, los pacientes con bachillerato mostraron una prevalencia de alérgenos del 64%, mientras que aquellos con licenciatura reportaron un 28%. Los pacientes con maestría tuvieron una prevalencia ligeramente mayor (8%).

Finalmente, en lo que respecta al nivel económico, los pacientes de nivel económico medio mostraron la mayor prevalencia de alérgenos (56%), mientras que los de nivel medio-alto presentaron una prevalencia del 12%. Los pacientes de nivel medio-bajo del 32%, mientras que los de nivel bajo no reportaron alérgenos presentes.

A pesar de estas diferencias descriptivas entre los grupos sociodemográficos, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas que vinculen alguna de estas variables con la prevalencia de alérgenos en la muestra evaluada.

El análisis de la prevalencia de los diferentes trastornos psiquiátricos según los grupos etarios mostró algunas tendencias, aunque ninguna de las diferencias observadas fue estadísticamente significativa ($p > 0.05$ en todos los casos).

En el grupo de 18 a 25 años, el trastorno más prevalente fue el trastorno límite de la personalidad, que afectó al 77.4% de los pacientes. Los otros trastornos tuvieron una prevalencia considerablemente menor: el 6.5% de los pacientes fueron diagnosticados con esquizofrenia, trastorno bipolar tipo 1 o trastorno depresivo mayor, y el 3.2% presentó trastorno obsesivo compulsivo.

En el grupo de 26 a 33 años, el trastorno límite de la personalidad continuó siendo el más prevalente, con una afectación del 81.8%. El trastorno depresivo mayor y la esquizofrenia se presentaron en el 9.1% de los pacientes, mientras que no se observaron casos de trastorno obsesivo compulsivo ni de trastorno bipolar tipo 1 en este grupo.

En el grupo de 34 a 41 años, el trastorno límite de la personalidad mostró una disminución en la prevalencia, afectando al 50% de los pacientes. En este grupo, la prevalencia del trastorno depresivo mayor y del trastorno bipolar tipo 1 fue del 25%, mientras que no se reportaron casos de esquizofrenia ni de trastorno obsesivo compulsivo.

En resumen, el trastorno límite de la personalidad fue el diagnóstico más prevalente en todos los grupos etarios, especialmente en los grupos más jóvenes.

En los grupos de mayor edad, la prevalencia del trastorno depresivo mayor y del trastorno bipolar tipo 1 aumentó, mientras que la esquizofrenia y el trastorno obsesivo compulsivo fueron menos comunes en general. A pesar de estas

variaciones, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas que sugieran una relación entre la edad y la prevalencia de estos trastornos.

Se realizó un análisis para identificar si la prevalencia de alérgenos varía según la zona geográfica (centro, norte y sur) en relación con los alérgenos alimentarios, de polen y plantas, y ácaros. Aunque se observaron algunas diferencias descriptivas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$ en todos los cruces). Los pacientes del norte mostraron una mayor prevalencia de alérgenos alimentarios, de polen y plantas, y ácaros en comparación con los del centro y sur, donde la prevalencia fue notablemente más baja.

Capítulo VII. **Discusión**

Los resultados de este estudio muestran un predominio de diagnósticos de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) en pacientes psiquiátricos hospitalizados, una observación consistente con investigaciones previas que reportan una alta prevalencia de este trastorno en poblaciones jóvenes hospitalizadas, especialmente en mujeres. Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2001), el TLP tiene una prevalencia significativamente mayor en mujeres y tiende a ser diagnosticado principalmente en adultos jóvenes, lo que coincide con la mayoría de los pacientes de nuestro estudio, quienes pertenecen al grupo etario de 18 a 25 años y son predominantemente mujeres (84.8%) . Este hallazgo resalta la importancia de un enfoque de género y edad en la evaluación y tratamiento de los trastornos de la personalidad.

Además, el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) fue el segundo diagnóstico más común en nuestra muestra, lo que también se alinea con la literatura actual. Investigaciones previas han demostrado que la comorbilidad entre TLP y TDM es frecuente, con hasta un 83% de los pacientes con TLP presentando episodios depresivos a lo largo de su vida (Beatson & Rao, 2012; Biskin & Paris, 2012). Este dato es relevante en el contexto de nuestro estudio, donde el 20.6% de los pacientes fueron diagnosticados con TDM, sugiriendo que esta co-ocurrencia debe considerarse en el tratamiento y manejo clínico de los pacientes con TLP.

En cuanto a la relación entre la presencia de alérgenos y la severidad de los síntomas psiquiátricos, nuestros resultados no mostraron una correlación significativa entre la presencia de alérgenos y la severidad de los síntomas psiquiátricos. Este hallazgo contrasta con investigaciones previas que han señalado una posible relación entre alergias y síntomas psiquiátricos,

particularmente en la exacerbación de síntomas depresivos y ansiosos. Por ejemplo, Goodwin et al. (2012b) que las personas con trastornos alérgicos tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos, como ansiedad y depresión, debido al impacto inflamatorio que las alergias pueden tener sobre el sistema nervioso central. De manera similar, Timonen et al. (2003) observaron que la relación entre trastornos atópicos y depresión era significativa en mujeres, sobre todo cuando los síntomas depresivos eran graves, mientras que en hombres solo se observaba esta correlación en casos de depresión severa. Estos hallazgos sugieren que la severidad de los síntomas psiquiátricos podría influir en la relación con las alergias, lo que no fue evidenciado en nuestra muestra.

Al mismo tiempo, nuestros resultados son consistentes con estudios que sugieren que la relación entre alergias y trastornos psiquiátricos podría depender de factores metodológicos. Gregory et al. (2009) encontraron que, si bien las alergias autoinformadas se asociaban con trastornos de ansiedad, no se observó una correlación significativa cuando las alergias se evaluaban objetivamente mediante pruebas de IgE. Esto indica que la conexión entre alergias y ansiedad podría ser un artefacto de la autopercepción más que una realidad biológica.

Por otro lado, el estudio de Postolache et al. (2008) refuerza la falta de asociación significativa entre la sensibilización a los alérgenos y la inestabilidad del estado de ánimo o los intentos de suicidio en pacientes con trastornos del estado de ánimo recurrentes. En su investigación, no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes sensibilizados y no sensibilizados en cuanto al número o momento de los intentos de suicidio. Esto sugiere que la relación entre alergias y trastornos psiquiátricos no es concluyente y puede depender de

diversos factores como el método de evaluación, el género o la severidad de los síntomas psiquiátricos.

En este estudio se trató de proporcionar información relevante sobre la presencia de alérgenos en pacientes psiquiátricos hospitalizados y su relación con la severidad de los trastornos psiquiátricos, por lo que es necesario señalar algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, el tamaño de la muestra, que incluyó solo a 46 pacientes, limita la generalización de los hallazgos a otras poblaciones psiquiátricas. Un tamaño de muestra mayor permitiría obtener conclusiones más sólidas y aumentar el poder estadístico para detectar relaciones significativas entre los alérgenos y la severidad de los síntomas psiquiátricos. Otra limitación importante es el diseño transversal del estudio, lo que significa que los datos fueron recogidos en un solo momento. Este tipo de diseño dificulta establecer relaciones causales entre la presencia de alérgenos y la severidad de los trastornos psiquiátricos. Un diseño longitudinal en estudios futuros podría ayudar a observar la evolución de los síntomas psiquiátricos en función de la exposición a alérgenos a lo largo del tiempo. Además, las pruebas utilizadas para detectar la sensibilización a alérgenos incluyeron únicamente 23 tipos de alérgenos, cuando en la vida diaria los pacientes pueden estar expuestos a muchos más. Esto limita la capacidad del estudio para reflejar completamente la variedad de sensibilizaciones alérgicas posibles en la población evaluada. El sesgo de selección también representa una limitación importante en este estudio. La muestra fue no aleatoria, lo que puede introducir sesgos significativos en los resultados. Este tipo de muestreo puede haber influido en la concentración de ciertos diagnósticos en nuestra muestra,

como el predominio de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. Debido a que los participantes fueron reclutados de una única institución hospitalaria, donde los pacientes hospitalizados suelen presentar una mayor severidad en sus trastornos en comparación con aquellos que reciben tratamiento ambulatorio, la aplicabilidad de estos hallazgos a otras poblaciones psiquiátricas menos graves es limitada. Adicionalmente, las escalas aplicadas para evaluar la severidad de los síntomas psiquiátricos, pueden estar sujetas a interpretaciones subjetivas tanto por parte del evaluador como del paciente. Esto podría introducir variabilidad en los resultados debido a la percepción individual de los síntomas y a la experiencia clínica del evaluador. Además, no se controló el tiempo de internamiento en el momento de la aplicación de las escalas, lo que podría haber influido en la forma en que los pacientes experimentaban y reportaban sus síntomas.

Finalmente, aunque se excluyeron a los pacientes que utilizaban medicación antihistamínica, corticoesteroides u otros tratamientos que pudieran influir en la sensibilización a alérgenos, es posible que otros factores no considerados en este estudio, como la variabilidad individual en la respuesta inmune, hayan influido en los resultados. Esto subraya la importancia de explorar más a fondo estos factores en futuras investigaciones.

Capítulo VIII. **Conclusión**

Este estudio aporta evidencia al explorar la relación entre la sensibilización a alérgenos y la severidad de los síntomas psiquiátricos en una muestra de pacientes hospitalizados. A pesar de la alta prevalencia de sensibilización a diversos alérgenos en esta población, no se hallaron asociaciones significativas que indicaran que la presencia de estos alérgenos tenga un efecto directo sobre la gravedad de los síntomas psiquiátricos. Aunque algunas investigaciones previas han sugerido una posible conexión entre alergias y alteraciones en el estado de ánimo, particularmente en la exacerbación de síntomas depresivos y ansiosos, nuestros resultados sugieren que esta interacción puede depender de variables no consideradas o bien de la metodología utilizada.

La disparidad de nuestros hallazgos con estudios anteriores puede señalar la influencia de factores subjetivos, sociodemográficos o incluso metodológicos en la interpretación de esta relación, lo que plantea la necesidad de un enfoque más amplio en futuros estudios. Por ejemplo, en algunas investigaciones, la autopercepción de las alergias se ha vinculado más estrechamente con síntomas de ansiedad que los resultados de pruebas clínicas objetivas, lo cual apunta a que factores subjetivos podrían jugar un rol importante en la percepción de síntomas psiquiátricos relacionados con alergias.

Este estudio presenta algunas limitaciones, entre ellas el tamaño de muestra y su diseño transversal, lo cual restringe la capacidad de generalizar los resultados y establecer relaciones causales. Por tal motivo, investigaciones futuras que incluyan muestras más amplias y enfoques longitudinales serán esenciales para clarificar la naturaleza y el alcance de cualquier interacción entre alergias y trastornos psiquiátricos. Esto podría abrir nuevas oportunidades para diseñar

intervenciones clínicas que tomen en cuenta tanto la salud mental como los factores alérgicos de forma integral.

Capítulo IX. **Anexos**

ANEXO 1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad	
Lugar de nacimiento	
Sexo	1. Masculino 2. Femenino
Estado civil	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Separado 6. Unión libre
Nivel de estudios completados	1. Primaria incompleta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura 6. Maestría 7. Doctorado 8. Otros
Nivel económico	1. Alto 2. Medio-alto 3. Medio 4. Medio-bajo 5. Bajo
Ocupación	1. Ama de casa 2. Jubilado 3. Estudiante 4. Empleado 5. Negocio propio 6. Otros
Alergias conocidas	1. Si. Especificar: 2. No
Diagnóstico psiquiátrico previo	1. Si. Especificar: 2. No

ANEXO 2. ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

Definición operativa de los ítems	Puntos				
	0	1	2	3	4
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolorantes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

ANEXO 3. ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse

	<ol style="list-style-type: none"> 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamientos y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuía)	<ol style="list-style-type: none"> 0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc. 3. No puede estar quieto durante la entrevista; se levanta de la silla 4. La entrevista se desarrolla “corriendo”, con el paciente de un lado a otro; el paciente parece desconcertado
10. Ansiedad psíquica	<ol style="list-style-type: none"> 0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle
11. Ansiedad somática	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros

	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Débil 2. Grave Incapacitante Síntomas como <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<ol style="list-style-type: none"> 0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<ol style="list-style-type: none"> A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) <ol style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) <ol style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	<ol style="list-style-type: none"> 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

ANEXO 4. ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL- VERSIÓN

ESQUIZOFRENIA (ICG-ESQ)

I. GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD								
Considerando su experiencia clínica total con pacientes con esquizofrenia, en qué grado ha estado enfermo el paciente durante la última semana?								
	Normal, no enfermo	Mínimamente enfermo	Medianamente enfermo	Moderadamente enfermo	Marcadamente enfermo	Gravemente enfermo	Entre los pacientes más graves	
<u>C1. Síntomas POSITIVOS</u> (p.e. alucinaciones, delirios, conducta bizarra)	1	2	3	4	5	6	7	
<u>C2. Síntomas NEGATIVOS</u> (p.e. aplanamiento afectivo, abulia o anhedonia)	1	2	3	4	5	6	7	
<u>C3. Síntomas DEPRESIVOS</u> (p.e. tristeza, ánimo deprimido o desesperanza)	1	2	3	4	5	6	7	
<u>C4. Síntomas COGNITIVOS</u> (p.e. deterioro de la atención, concentración o memoria)	1	2	3	4	5	6	7	
<u>C5. GRAVEDAD GLOBAL</u>	1	2	3	4	5	6	7	
II. GRADO DE CAMBIO								
Comparado con la evaluación previa*, ¿cuánto ha cambiado el paciente? Evalúe la mejora independientemente de si es o no, en su juicio, debida totalmente al tratamiento.								
	Muchísimo mejor	Mucho mejor	Mínimamente mejor	Sin cambios	Mínimamente peor	Mucho peor	Muchísimo peor	N/A
<u>C1. Síntomas POSITIVOS</u> (p.e. alucinaciones, delirios, conducta bizarra)	1	2	3	4	5	6	7	9
<u>C2. Síntomas NEGATIVOS</u> (p.e. aplanamiento afectivo, abulia o anhedonia)	1	2	3	4	5	6	7	9
<u>C3. Síntomas DEPRESIVOS</u> (p.e. tristeza, ánimo deprimido o desesperanza)	1	2	3	4	5	6	7	9
<u>C4. Síntomas COGNITIVOS</u> (p.e. deterioro de la atención, concentración o memoria)	1	2	3	4	5	6	7	9
<u>C5. GRAVEDAD GLOBAL</u>	1	2	3	4	5	6	7	

ANEXO 5. ESCALA DE YALE-BROWN

<p>1. ¿Cuánto de tu tiempo lo ocupas en pensamientos persistentes sobre un defecto o falla en tu apariencia?</p> <p>a) Ninguno b) Menos de 1 hora al día c) 1 a 3 horas al día d) 3 a 8 horas al día e) Más de 8 horas al día</p>	<p>2. ¿Cuánto interfieren los pensamientos persistentes de tus defectos corporales con tus funciones (roles) sociales, de trabajo u otros?</p> <p>a) Ninguno b) Pequeña interferencia, pero no hay impedimento. c) Hay interferencia definitiva pero manejable d) Impedimento substancial e) Interferencia extrema, incapacitante</p>
<p>3. ¿Cuánta angustia te causan los pensamientos persistentes sobre tus defectos corporales?</p> <p>a) Ninguna b) Ligera, no muy perturbadores c) Moderada, perturban, pero es manejable d) Severa, muy perturbadores e) Extrema, angustia incapacitante</p>	<p>4. ¿Cuánto te esfuerzas para resistirte a estos pensamientos persistentes?</p> <p>a) No necesita resistir b) Trata de resistir la mayor parte del tiempo c) Hace algún esfuerzo de resistir d) Cede a todos esos pensamientos persistentes e) Cede completa y voluntariamente a todos los pensamientos persistentes</p>
<p>5. ¿Cuánto control tienes sobre los pensamientos persistentes sobre tus defectos corporales?</p> <p>a) Control completo b) Mucho control, usualmente capaz de detener o desviar estos pensamientos persistentes con algo de esfuerzo y concentración c) Control moderado, algunas veces es capaz de detener o desviar estos pensamientos persistentes. d) Poco control, muy rara vez tiene éxito en detener los pensamientos persistentes. e) Ningún control, rara vez capaz de desviar aún por un momento la atención</p>	<p>6. ¿Cuánto tiempo le dedicas a realizar conductas repetitivas relacionadas a tu defecto o falla en tu apariencia?</p> <p>a) Ninguno b) Menos de 1 hora al día c) 1 - 3 horas al día d) 3 - 8 horas al día e) Más de 8 horas al día</p>

<p>7. ¿Cuánto interfieren las conductas repetitivas relacionadas a tus defectos corporales con tus funciones (roles) sociales, de trabajo u otros?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ninguna b) Pequeña interferencia, pero no hay impedimento. c) Hay interferencia definitiva pero manejable d) Impedimento substancial e) Interferencia extrema, incapacitante 	<p>8. ¿Cuán ansioso te pondrías si te impidieran realizar tus conductas repetitivas relacionadas a tus defectos corporales?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sin ansiedad b) Sólo ligeramente ansioso c) Poca ansiedad, pero manejable d) Ansiedad prominente y perturbadora e) Extrema, ansiedad incapacitante
<p>9. ¿Cuánto esfuerzo realizas para resistir estas conductas repetitivas?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) No necesita resistir b) Trata de resistir la mayor parte del tiempo c) Hace algún esfuerzo de resistir d) Cede a todas esas conductas repetitivas e) Cede completa y voluntariamente a todas las conductas repetitivas 	<p>10. ¿Cuánto control tienes sobre realizar tus conductas repetitivas relacionadas a tus defectos corporales?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Control completo b) Mucho control, usualmente capaz de detener o desviar estas conductas repetitivas con algo de esfuerzo y concentración c) Control moderado, algunas veces es capaz de detener o desviar estas conductas repetitivas d) Poca control, muy rara vez tiene éxito en detener las conductas repetitivas e) Ningún control, rara vez capaz de desviar aún por un momento la atención

ANEXO 6. ESCALA DE YOUNG

<p>1. <i>Euforia</i></p> <ul style="list-style-type: none">0. Ausente1. Posible o moderada, sólo cuando se le pregunta2. Clara aunque subjetiva y apropiada al contenido: optimista, seguro de sí mismo/a, alegre3. Elevada e inapropiada4. Claramente eufórico/a, risa inadecuada, canta durante la entrevista, etc.
<p>2. <i>Hiperactividad</i></p> <ul style="list-style-type: none">0. Ausente1. Subjetivamente aumentada2. Vigoroso/a, hipergestual3. Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud (puede ser calmado/a)4. Agitación o hiperactividad constante (no puede ser calmado/a)
<p>3. <i>Impulso sexual</i></p> <ul style="list-style-type: none">0. Normal, no aumentado1. Posible o moderadamente aumentado2. Claro aumento al preguntar3. Referido como elevado de forma espontánea, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales4. Actos o incitaciones sexuales evidentes (hacia pacientes, personal o entrevistador)
<p>4. <i>Sueño</i></p> <ul style="list-style-type: none">0. No reducido1. Disminución en menos de 1 hora2. Disminución en más de 1 hora3. Refiere disminución de la necesidad de dormir4. Niega necesidad de dormir
<p>5. <i>Irritabilidad</i></p> <ul style="list-style-type: none">0. Ausente2. Subjetivamente aumentada4. Irritabilidad fluctuante durante la entrevista, episodios recientes de rabia o enfado6. Predominantemente irritable durante la entrevista, brusco y cortante8. Hostil, no colaborador/a, entrevista imposible
<p>6. <i>Expresión verbal</i></p> <ul style="list-style-type: none">0. No aumentada2. Sensación de locuacidad4. Aumentada de forma fluctuante, verborrea ocasional6. Claramente aumentada en ritmo y cantidad, difícil de interrumpir, intrusiva8. Verborrea ininterrumpible y continua
<p>7. <i>Trastornos del curso del pensamiento y el lenguaje</i></p> <ul style="list-style-type: none">0. Ausentes1. Circunstancialidad, distraibilidad moderada, aceleración del pensamiento

<ul style="list-style-type: none"> 2. Distrabilidad clara, descarrilamiento, taquipsiquia 3. Fuga de ideas, tangencialidad, discurso difícil de seguir, rimas, ecolalia 4. Incoherencia, ininteligibilidad, comunicación imposible
<p>8. <i>Trastornos del contenido del pensamiento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausentes 2. Planes discutibles, nuevos intereses 4. Proyectos especiales, misticismo 6. Ideas grandiosas o paranoides, ideas de referencia 8. Delirios, alucinaciones
<p>9. <i>Agresividad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente, colaborador/a 2. Sarcástico/a, enfático/a, lacónico/a 4. Querulante, pone en guardia 6. Amenaza al entrevistador, habla a gritos, entrevista difícil 8. Claramente agresivo/a, destructivo/a, entrevista imposible
<p>10. <i>Apariencia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Higiene e indumentaria apropiada 1. Ligeramente descuidada 2. Mal arreglado/a, moderadamente despeinado/a, indumentaria sobrecargada 3. Despeinado/a, semidesnudo/a, maquillaje llamativo 4. Completamente desaseado/a, adornado/a, indumentaria extravagante
<p>11. <i>Conciencia de enfermedad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Presente, admite la enfermedad, acepta tratamiento 1. Según él/ella, posiblemente enfermo/a 2. Admite cambio de conducta, pero niega enfermedad 3. Admite posible cambio de conducta, niega enfermedad 4. Niega cualquier cambio de conducta

ANEXO 7. ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL (CGI)

Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

Mejoría global (CGI-GI)

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)

0. No evaluado
1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Mucho peor

ANEXO 8. BORDERLINE SYMPTOM LIST 23 (BSL-23)

Por favor, siga estas instrucciones cuando responda el cuestionario: En la siguiente tabla encontrará una serie de dificultades y problemas que podrían describirle. Por favor, lea detenidamente el cuestionario y decida en qué grado le afectó cada problema durante la semana pasada. En el caso de que no sienta nada en este momento, por favor responda de acuerdo a cómo piensa *que podría haberse sentido*. Por favor responda con sinceridad. **Todas las preguntas hacen referencia a la última semana. Si se ha sentido de diferente manera en diferentes momentos de la semana, haga una valoración promedio de cómo le fueron las cosas. Por favor asegúrese de responder a todas las preguntas.**

Durante la última semana...	Nunca	Algo	Bastante	Mucho	Muchísimo
1. Me resultaba difícil concentrarme	0	1	2	3	4
2. Me sentí indefenso	0	1	2	3	4
3. Estuve ausente e incapaz de recordar que estaba haciendo en realidad	0	1	2	3	4
4. Sentí asco	0	1	2	3	4
5. Pensé en hacerme daño	0	1	2	3	4
6. Desconfié de los demás	0	1	2	3	4
7. No creía que tuviera derecho a vivir	0	1	2	3	4
8. Me sentía solo	0	1	2	3	4
9. Sentí una tensión interna estresante	0	1	2	3	4
10. Sentí mucho miedo de imágenes que me vinieron a la cabeza	0	1	2	3	4
11. Me odié a mí mismo	0	1	2	3	4
12. Quise castigarme	0	1	2	3	4
13. Sufrí vergüenza	0	1	2	3	4
14. Mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión	0	1	2	3	4
15. Sufrí al oír voces y ruidos procedentes de dentro o fuera de mi cabeza	0	1	2	3	4
16. Las críticas tuvieron un efecto demoledor en mí	0	1	2	3	4
17. Me sentí vulnerable	0	1	2	3	4
18. La idea de morirme me causó una cierta fascinación	0	1	2	3	4
19. Nada parecía tener sentido para mí	0	1	2	3	4
20. Tuve miedo de perder el control	0	1	2	3	4
21. Me di asco a mí mismo	0	1	2	3	4
22. Tuve la sensación de salir de mí mismo	0	1	2	3	4
23. Sentí que no valía nada	0	1	2	3	4

ANEXO 9. RESULTADOS DE PRUEBAS CUTÁNEAS

Resultado de pruebas cutáneas:

EXTRACTO ALERGÉNICO	RONCHA	ERITEMA
Alimentos:		
Clara de huevo		
Yema de huevo		
Leche de vaca		
Caseína		
Queso		
Atun		
Robalo		
Camarón		
Nuez		
Almendra		
Cacahuate		
Soya		
Trigo		
Avena		
Cebada		
Mostaza		
Aeroalergenos:		
Cynodon dactylon (Pata de Gallo)		
Phleum pratense (Zacate Timoty)		
Ambrosia elatior (zuzón Pequeño)		
Atriplex canescens (Lengua de Vaca)		
Fraxinus americana (Fresno)		
Junglans regia (Nogal)		
Quercus spp. (Encino)		
Dermatophagoides		
Testigos		
Testigo Negativo		
Histamina		

Capítulo X. **Referencias**

- Aberle, D., Wu, S. E., Oklu, R., Erinjeri, J., & Deipolyi, A. R. (2017). Association Between Allergies and Psychiatric Disorders in Patients Undergoing Invasive Procedures. *Psychosomatics*, *58*(5), 490–495.
<https://doi.org/10.1016/j.psych.2017.03.015>
- Akhtari, M., & Mahmoudi, M. (2019). Epigenetic biomarkers of asthma and allergic disorders. In *Prognostic Epigenetics* (pp. 139–169).
<https://doi.org/10.1016/b978-0-12-814259-2.00007-8>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (5th ed.). Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association Practice Guidelines. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(10 Suppl), 1–52.
- Arlian, L. G., & Platts-Mills, T. A. E. (2001). The biology of dust mites and the remediation of mite allergens in allergic disease. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *107*(3), S406–S413. <https://doi.org/10.1067/mai.2001.113670>
- Beatson, J. A., & Rao, S. (2012). Depression and borderline personality disorder. *The Medical Journal of Australia*, *1*(4), 24–27.
<https://doi.org/10.5694/mjao12.10474>
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*(8), 1011–1023. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.006>

- Biskin, R. S., & Paris, J. (2012). Comorbidities in borderline personality disorder. *Psychiatric Times*, 30(1).
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., & Wolf, M. (2009). The Short Version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric Properties. *Psychopathology*, 42(1), 32–39.
<https://doi.org/10.1159/000173701>
- Bousquet, J., Anto, J. M., Bachert, C., Baiardini, I., Bosnic-Anticevich, S., Walter Canonica, G., Melén, E., Palomares, O., Scadding, G. K., Togias, A., & Toppila-Salmi, S. (2020). Allergic rhinitis. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 95. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00227-0>
- Brown, A. S. (2011). The environment and susceptibility to schizophrenia. *Progress in Neurobiology*, 93(1), 23–58. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2010.09.003>
- Busner, J., & Targum, S. D. (2007). The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, 4(7), 28–37.
- Cannon, M., Jones, P. B., & Murray, R. M. (2002). Obstetric complications and schizophrenia: Historical and meta-analytic review. In *American Journal of Psychiatry* (Vol. 159, Issue 7, pp. 1080–1092).
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.7.1080>
- Chen, M. H., Lan, W. H., Hsu, J. W., Huang, K. L., Chen, Y. S., Li, C. T., Lin, W. C., Chang, W. H., Chen, T. J., Pan, T. L., Su, T. P., & Bai, Y. M. (2015). Risk of bipolar disorder among adolescents with allergic rhinitis: A nationwide

longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(6), 533–536.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.08.009>

Chen, M. H., Su, T. P., Chen, Y. S., Hsu, J. W., Huang, K. L., Chang, W. H., & Bai, Y. M. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder, tic disorder, and allergy: Is there a link? A nationwide population-based study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(5), 545–551.

<https://doi.org/10.1111/jcpp.12018>

Chen, Y. H., Lee, H. C., & Lin, H. C. (2009). Prevalence and risk of atopic disorders among schizophrenia patients: A nationwide population based study.

Schizophrenia Research, 108(1–3), 191–196.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.12.021>

Craske, M. G., & Stein, M. B. (2016). Anxiety. *The Lancet*, 388(10063), 3048–3059.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6)

de Sousa, R. D., Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., Branco, J. D. C., Gouveia, M. J., Canhão, H., & Dias, S. S. (2017). Anxiety and depression in the portuguese older adults: Prevalence and associated factors. *Frontiers in Medicine*, 4(196), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00196>

Dhami, S., Kakourou, A., Asamoah, F., Agache, I., Lau, S., Jutel, M., Muraro, A., Roberts, G., Akdis, C. A., Bonini, M., Cavkaytar, O., Flood, B., Gajdanowicz, P., Izuhara, K., Kalayci, Ö., Mosges, R., Palomares, O., Pfaar, O., Smolinska, S., ... Sheikh, A. (2017). Allergen immunotherapy for allergic asthma: A systematic review and meta-analysis. *Allergy*, 72(12), 1825–1848.

<https://doi.org/10.1111/all.13208>

- di Giacomo, E., Andreini, E., Santambrogio, J., Arcara, A., & Clerici, M. (2024). The interplay between borderline personality disorder and oxytocin: a systematic narrative review on possible contribution and treatment options. *Frontiers in Psychiatry, 15*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1439615>
- Fonagy, P. (2018). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780429472060>
- Gómez-Restrepo, C., de Santacruz, C., Rodriguez, M. N., Rodriguez, V., Tamayo Martínez, N., Matallana, D., & Gonzalez, L. M. (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Colombia 2015 National Mental Health Survey. Study Protocol (English), 45(1)*, 1–348.
- González, L. (2014). Alergias y el sistema inmune: una revisión desde el aula. *Revista Facultad de Ciencias de La Salud UDES, 1(1)*, 43–51.
- Goodale, E. (2007). El papel de la norepinefrina y de la dopamina en la depresión. *Revista de Toxicomanías, 50*, 19–22.
- Goodman, W. K. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Archives of General Psychiatry, 46(11)*, 1006.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Goodwin, R. D., Galea, S., Perzanowski, M., & Jacobi, F. (2012a). Impact of allergy treatment on the association between allergies and mood and anxiety in a population sample. *Clinical and Experimental Allergy, 42(12)*, 1765–1771.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2222.2012.04042.x>
- Goodwin, R. D., Galea, S., Perzanowski, M., & Jacobi, F. (2012b). Impact of allergy treatment on the association between allergies and mood and anxiety in a

population sample. *Clinical & Experimental Allergy*, 42(12), 1765–1771.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2222.2012.04042.x>

Gregory, A. M., Caspi, A., Moffitt, T. E., Milne, B. J., Poulton, R., & Sears, M. R.

(2009). Links Between Anxiety and Allergies: Psychobiological Reality or Possible Methodological Bias? *Journal of Personality*, 77(2), 347–362.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00550.x>

Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C.

(2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 1–20. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>

Hamilton, M. (1959). THE ASSESSMENT OF ANXIETY STATES BY RATING.

British Journal of Medical Psychology, 32(1), 50–55.

<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>

Hamilton, M. (1960). A RATING SCALE FOR DEPRESSION. *Journal of Neurology,*

Neurosurgery & Psychiatry, 23(1), 56–62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>

Haro, J. M., Kamath, S. A., Ochoa, S., Novick, D., Rele, K., Fargas, A., Rodríguez,

M. J., Rele, R., Orta, J., Kharbeng, A., Araya, S., Gervin, M., Alonso, J.,

Mavreas, V., Lavrentzou, E., Lontos, N., Gregor, K., & Jones, P. B. (2003).

The Clinical Global Impression–Schizophrenia scale: a simple instrument to

measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatrica*

Scandinavica, 107(s416), 16–23. <https://doi.org/10.1034/j.1600->

[0447.107.s416.5.x](https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.107.s416.5.x)

Hidese, S., Nogawa, S., Saito, K., & Kunugi, H. (2019). Food allergy is associated

with depression and psychological distress: A web-based study in 11,876

Japanese. *Journal of Affective Disorders*, 245, 213–218.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.119>

Hirschfeld, R., & Weissman, M. (2002). Risk Factors For Major Depression And Bipolar Disorder. In K. Davis, D. Charney, J. Coyle, & C. Nemeroff (Eds.), *Neuropsychopharmacology – 5th Generation of Progress* (5th ed., pp. 1017–1025). Lippincott, Williams, & Wilkins.

Hough, K. P., Curtiss, M. L., Blain, T. J., Liu, R. M., Trevor, J., Deshane, J. S., & Thannickal, V. J. (2020). Airway Remodeling in Asthma. *Frontiers in Medicine*, 7(191), 1–16. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00191>

Howes, O. D., Bch, B., & Murray, R. M. (2014). Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model Schizophrenia: no longer a mystery, merely a puzzle. *Lancet*, 383(9929), 1677–1687.

Kage, P., Simon, J., & Treudler, R. (2020). Atopic dermatitis and psychosocial comorbidities. *JDDG: Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 18(2), 93–102. <https://doi.org/10.1111/ddg.14029>

Kahn, R., Sommer, I., Murray, R., Meyer-Lindenberg, A., Weinberger, D., Cannon, T., O'Donovan, M., Correll, C., Kane, J., van Os, J., & Insel, T. (2015). Schizophrenia. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 15067. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.67>

Karabekiroglu, K., Güner, S., Baykal, S., Kilic, M., Sancak, R., & Yüce, M. (2012). Obsessive-compulsive disorder and tic disorders have a robust association with allergic diseases in children and adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(5). <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.04.613>

- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., DE Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., ... Ustün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 168–176.
- Kovalenko, P. A., Hoven, C. W., Wu, P., Wicks, J., Mandell, D. J., & Tiet, Q. (2001). Association between allergy and anxiety disorders in youth. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 815–821.
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00961.x>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453–461.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Llera, S., & Newman, M. (2015). Generalized Anxiety Disorder. In *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (pp. 1341–1346).
<https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp161>
- Mancilla-Hernández, E., Hernández-Morales, M. D. R., & González-Solórzano, E. (2019). Prevalencia de asma y grado de asociación de los síntomas en población escolar de la sierra norte de Puebla. *Revista Alergia México*, 66(2), 178–183. <https://doi.org/10.29262/ram.v66i2.539>
- Mancilla-Hernández, E., Medina-Ávalos, M. A., Barnica-Alvarado, R. H., Soto-Candia, D., Guerrero-Venegas, R., & Zecua-Nájera, Y. (2021). Prevalencia de

rinitis alérgica en poblaciones de varios estados de México. *Revista Alergia México*, 62(3), 196–201. <https://doi.org/10.29262/ram.v62i3.107>

Mandelli, L., Petrelli, C., & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. *Childhood trauma and adult depression. European Psychiatry*, 30, 665–680. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.007>

Miyazaki, C., Koyama, M., Ota, E., Swa, T., Mlunde, L. B., Amiya, R. M., Tachibana, Y., Yamamoto-Hanada, K., & Mori, R. (2017). Allergic diseases in children with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1281-7>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. <https://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Centro de Prensa OMS. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Patten, S. B., & Williams, J. V. A. (2007). Self-reported allergies and their relationship to several axis I disorders in a community sample. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37(1), 11–22. <https://doi.org/10.2190/L811-0738-10NG-7157>

Pawankar, R. (2014). Allergic diseases and asthma: a global public health concern and a call to action. *World Allergy Organization Journal*, 7, 12–14. <https://doi.org/10.1186/1939-4551-7-12>

- Pedersen, M. S., Benros, M. E., Agerbo, E., Børghlum, A. D., & Mortensen, P. B. (2012). Schizophrenia in patients with atopic disorders with particular emphasis on asthma: A Danish population-based study. *Schizophrenia Research, 138*(1), 58–62. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.02.019>
- Perez-Rodriguez, M. M., Bulbena-Cabré, A., Bassir Nia, A., Zipursky, G., Goodman, M., & New, A. S. (2018). The Neurobiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 41*(4), 633–650. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.012>
- Pinart, M., Albang, R., Maier, Di., Duran-Tauleria, E., Mena, G., Gimeno-Santos, E., Solà, I., Garcia-Aymerich, J., Guerra, S., Stein, R. T. I. M. B., Carlsen, K. H., Herr, M., Jacquemin, B., Momas, I., Pin, I., Rancièrè, F., Smit, H. A., Varraso, R., Bonfill, X., ... Antó, J. M. (2015). Systematic review on the definition of allergic diseases in children: The medall study. *International Archives of Allergy and Immunology, 168*(2), 110–121. <https://doi.org/10.1159/000442414>
- Pittenger, C., & Bloch, M. H. (2014). Pharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 37*(3), 375–391. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.006>
- Platts-Mills, T. A. E., Erwin, E. A., Woodfolk, J. A., & Heymann, P. W. (2006). Environmental Factors Influencing Allergy and Asthma. *Allergy and Asthma in Modern Society: A Scientific Approach, 3–15*. <https://doi.org/10.1159/000090225>
- Postolache, T. T., Roberts, D. W., Langenberg, P., Muravitskaja, O., Stiller, J. W., Hamilton, R. G., & Tonelli, L. H. (2008). Allergen Specific IgE, Number and Timing of Past Suicide Attempts, and Instability in Patients with Recurrent

Mood Disorders. *International Journal of Child Health and Human Development : IJCHD*, 1(3), 297–304.

- Postolache, T. T., Stiller, J. W., Herrell, R., Goldstein, M. A., Shreeram, S. S., Zebrak, R., Thrower, C. M., Volkov, J., No, M. J., Volkov, I., Rohan, K. J., Redditt, J., Parmar, M., Mohyuddin, F., Olsen, C., Moca, M., Tonelli, L. H., Merikangas, K., & Komarow, H. D. (2005). Tree pollen peaks are associated with increased nonviolent suicide in women [1]. In *Molecular Psychiatry* (Vol. 10, Issue 3, pp. 232–235). <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001620>
- Qin, P., Mortensen, P. B., Waltoft, B. L., & Postolache, T. T. (2011). Allergy is associated with suicide completion with a possible mediating role of mood disorder - A population-based study. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 66(5), 658–664. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2010.02523.x>
- Raison, C. L., Capuron, L., & Miller, A. H. (2006). Cytokines sing the blues: Inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends in Immunology*, 27(1), 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.it.2005.11.006>
- Ramírez-Soto, M., Bedolla-Barajas, M., & González-Mendoza, T. (2018). Prevalencia de asma, rinitis alérgica y dermatitis atópica en niños escolares en el Bajío de México. *Revista Alergia México*, 65(4), 372–378. <https://doi.org/10.29262/ram.v65i4.527>
- Ramos-Brieva, J. A., & Cordero Villafáfila, A. (1986). Validation of the Castillian version of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Actas Luso-Espanolas de Neurologia, Psiquiatria y Ciencias Afines*, 14(4), 324–334.

- Rector, N., Bourdeau, D., Kitchen, K., & Joseph, L. (2008). Anxiety disorders An information guide. *Centre for Addiction and Mental Health*, 2, 1–51.
- Rentería, M. (2018). Salud Mental En Adultos. *INCyTU*, 52(55), 1–6.
- Ruiz, J. S., De La Vega Sánchez, D. C., & Sánchez Páez, P. (2010). Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia The Neurobiological Basis of Schizophrenia. *Clínica y Salud*, 21(3).
- Salcedo, M., Vásquez, R., & Manuel, C. G. (2011). Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 131–144. [https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60109-8](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60109-8)
- San Juan, H., Puerta, L., & Caraballo, L. (1998). Alergenos: relación entre función biológica y alergenicidad. *Biomédica*, 18(1), 68–88.
- Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatric Clinics of North America*, 35, 51–71. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.12.001>
- Seidman, M. D., Gurgel, R. K., Lin, S. Y., Schwartz, S. R., Baroody, F. M., Bonner, J. R., Dawson, D. E., Dykewicz, M. S., Hackell, J. M., Han, J. K., Ishman, S. L., Krouse, H. J., Malekzadeh, S., Mims, J. W., Omole, F. S., Reddy, W. D., Wallace, D. V., Walsh, S. A., Warren, B. E., ... Nnacheta, L. C. (2015). Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 152(1), 1–41. <https://doi.org/10.1177/0194599814561600>
- Slattery, M. J. (2005). Psychiatric comorbidity associated with atopic disorders in children and adolescents. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 25(2), 407–420. <https://doi.org/10.1016/j.iac.2005.02.007>

- Stein, D. J., Costa, D. L. C., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., Shavitt, R. G., van den Heuvel, O. A., & Simpson, H. B. (2019). Obsessive–compulsive disorder. In *Nature Reviews Disease Primers* (Vol. 5, Issue 1, pp. 1–21). <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>
- Steuwe, C., Daniels, J. K., Frewen, P. A., Densmore, M., Theberge, J., & Lanius, R. A. (2015). Effect of direct eye contact in women with PTSD related to interpersonal trauma: Psychophysiological interaction analysis of connectivity of an innate alarm system. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *232*(2), 162–167. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2015.02.010>
- Suwan, P., Akaramethathip, D., & Noipayak, P. (2011). Association between allergic sensitization and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology*, *29*(1), 57–65.
- Tang, M. L. K., & Mullins, R. J. (2017). Food allergy: is prevalence increasing? *Internal Medicine Journal*, *47*(3), 256–261. <https://doi.org/10.1111/imj.13362>
- Thomsen, S. F. (2014). Atopic Dermatitis: Natural History, Diagnosis, and Treatment. *ISRN Allergy*, *2014*, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2014/354250>
- Timonen, M., Jokelainen, J., Hakko, H., Silvennoinen-Kassinen, S., Meyer-Rochow, V. B., Herva, A., & Räsänen, P. (2003). Atopy and depression: results from the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Molecular Psychiatry*, *8*(8), 738–744. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001274>
- Vieta, E., Berk, M., Schulze, T. G., Carvalho, A. F., Suppes, T., Calabrese, J. R., Gao, K., Miskowiak, K. W., & Grande, I. (2018). Bipolar disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, *4*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.8>

- Weber, R. J., & Gadow, K. D. (2017). Relation of Psychiatric Symptoms with Epilepsy, Asthma, and Allergy in Youth with ASD vs. Psychiatry Referrals. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(6), 1247–1257. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0212-2>
- Yang, C. F., Yang, C. C., & Wang, I. J. (2018). Association between allergic diseases, allergic sensitization and attention-deficit/hyperactivity disorder in children: A large-scale, population-based study. *Journal of the Chinese Medical Association*, 81(3), 277–283. <https://doi.org/10.1016/j.jcma.2017.07.016>
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A Rating Scale for Mania: Reliability, Validity and Sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133(5), 429–435. <https://doi.org/10.1192/bjp.133.5.429>
- Ziska, L. H., Makra, L., Harry, S. K., Bruffaerts, N., Hendrickx, M., Coates, F., Saarto, A., Thibaudon, M., Oliver, G., Damialis, A., Charalampopoulos, A., Vokou, D., Heiðmarsson, S., Guðjohansen, E., Bonini, M., Oh, J.-W., Sullivan, K., Ford, L., Brooks, G. D., ... Crimmins, A. R. (2019). Temperature-related changes in airborne allergenic pollen abundance and seasonality across the northern hemisphere: a retrospective data analysis. *The Lancet Planetary Health*, 3(3), e124–e131. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30015-4](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30015-4)

Capítulo XI. **Resumen Autobiográfico**

Egresé de la Universidad de Monterrey con el título de Médico Cirujano y Partero en 2018. Posteriormente, orienté mi formación hacia el campo de la salud mental, completando una especialidad en Clínica Cognitivo Conductual en 2020 y una maestría en Psicología Clínica en 2021, obteniendo en ambas distinción Cum Laude por mérito académico. Desde 2021, he estado en formación como residente de Psiquiatría General y me encuentro actualmente en la fase final de mi posgrado. Comprometida con el aprendizaje y la atención psiquiátrica de calidad, mi siguiente objetivo es realizar una subespecialidad en Psiquiatría Infantil y del Adolescente, lo que me permitirá brindar una atención especializada y contribuir al bienestar integral de los pacientes en sus etapas más críticas de desarrollo.