



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Título

Correlación entre insight y depresión en pacientes con esquizofrenia

Presenta la Tesis para obtener el diploma

de Especialista en Psiquiatría :

Ana Yahaira Martínez López

Dr. Miguel Herrera

Asesor Teórico

Soc. Juana Freyre Galicia

Asesor metodológico

México DF a Mayo del 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mi padre Jose Manuel Martínez Silva, por tu alegría y apoyo, por acompañarme en este camino. A mi madre Ana Silvia López Jones por tu cuidado y cariño. A los dos por su esfuerzo, muchas gracias.

A mis maestros, amigos, compañeros, personas que me han enseñado, ayudado y que me han compartido su tiempo.

ÍNDICE

1.- Introducción	1
2.- Marco Teórico	4
3.- Metodología	18
3.1.- Justificación	18
3.2.- Planteamiento del problema	19
3.3.- Objetivos	20
3.4.- Hipótesis	20
3.5.- Variables	21
3.6.- Muestra	22
3.7.- Criterios de selección	22
3.8. Tipo de estudio	23
3.9.- Instrumentos	23
3.10.- Plan de manejo estadístico	26
3.11.- Procedimiento	26
4.- Consideraciones éticas	28
5.- Resultados	29
5.1.- Resultados en escalas	34
5.2.- Resultados de la escala para valorar la falta de conciencia de conciencia de un trastorno mental (SUMD)	35
5.3.- Resultado de los ítems generales de la escala SUMD	35
5.4.- Resultados de los ítems subescala de la escala SUMD	37
5.5.- Resultados de la escala de Calgary	38

5.6.- Características de los pacientes deprimidos	40
5.7.- Resultados de correlaciones	42
6.- Discusión	46
7.- Conclusión	52
6.- Referencias bibliográficas	53
7.- Anexos	57
Consentimiento informado	57
Escala para valorar la falta de conciencia de un trastorno mental	58
Escala de Calgary	66

LISTA DE CUADROS, GRÁFICAS Y ABREVIATURAS

Cuadros

Cuadro 1.- Variables

Cuadro 2.- Características sociodemográficas de la muestra

Cuadro 3.- Frecuencia p or síntomas-Ítem de la escala de Calgary en la muestra

Cuadro 4.- Características sociodemográficas de pacientes deprimidos

Cuadro 5.- Correlación entre evolución del padecimiento y nivel de conciencia de los síntomas presentes

Cuadro 6.- Correlación entre escolaridad con conciencia del trastorno mental presente, pasado y conciencia de los síntomas pasados

Cuadro 7.- Correlación del estado civil, conciencia del trastorno mental pasado, de síntomas pasados y atribución de síntomas pasados

Gráficas

Gráfica 1.- Relación de pacientes por genero y tiempo de evolución de padecimientos

Gráfico 2.- Antipsicóticos usados en la muestra

Gráfico 3.- Benzodiazepinas usadas en la muestra

Gráfico 4.- Antidepresivos usados en la muestra

Gráfico 5.- Consumo de cigarros al día por pacientes

Gráfico 6.- Nivel de conciencia de los 3 ítems generales del presente

Gráfico 7.- Nivel de conciencia de los 3 ítems generales del pasado

Gráfico 8.- Nivel de conciencia en subescala de conciencia de los síntomas presentes y pasados

Gráfico 9.- Nivel de atribución de los síntomas presentes y pasados

Gráfico 10.- Relación de puntuaciones obtenidas en escala de Calgary

Gráfico 11.- Relación de pacientes con trastorno depresivo y sin trastorno depresivos

Gráfico 12.- Relación de pacientes deprimidos que presentan diagnóstico actual de depresión en expediente

Abreviaturas

SUMD: Scale of unawareness of mental disease

SANS: Scale for the assessment of negative symptoms

SAPS: Scale for the assessment of positive symptoms

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el nivel de insight, frecuencia de depresión y determinar su correlación, en un grupo de pacientes con esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes de 18 a 59 años de edad con diagnóstico de esquizofrenia, que estuvieran acudiendo al servicio de consulta externa o a hospital parcial de fin de semana. Se les realizó la escala MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional para corroborar diagnóstico de esquizofrenia, la escala para valorar síntomas positivos (SAPS), la escala para valorar síntomas negativos (SANS) posteriormente se procedió a realizar la escala para valorar la falta de conciencia de un trastorno mental (SUMD) y la escala de Calgary.

Resultados: 36 pacientes fueron incluidos a este estudio, encontrando una prevalencia de 44.44% de pacientes con 2 o más síntomas depresivos, un 25% de pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo. En el total de la muestra se encontró un nivel promedio de insight de 2, en los 5 puntos que evalúa la escala para valorar la falta de conciencia de trastorno mental lo que equivale a un buen nivel de conciencia. No se encontró correlación significativa entre el nivel de Insight y depresión. Se encontró correlación entre insight y otras variables siendo las siguientes: a mayor nivel de escolaridad, mayor nivel de insight, pacientes casados presentaban en su totalidad mejor nivel de insight, pacientes con esquizofrenia de mas de 10 años de evolución presentaban menor nivel de insight

Discusión: No es concluyente si existe correlación entre un buen nivel de insight y depresión ya que se trata de una muestra pequeña, con un nivel de insight similar en

toda la muestra, lo que dificulta hacer una comparación. Es conveniente realizar futuros estudios, para determinar depresión en población con diferente nivel de insight.

Palabras clave: Esquizofrenia, depresión, Insight, Calgary, SUMD

INTRODUCCION

La esquizofrenia es un trastorno mental con una prevalencia en la población mundial de aproximadamente 1 %, caracterizada en la mayoría de los casos por un curso crónico. Su inicio suele ser durante la adolescencia y se presenta en todos los niveles socioeconómicos (2).

El impacto que tiene esta enfermedad en la vida del paciente ocurre a distintos niveles, incluso llega a afectar a las personas o familiares que se encuentran cercanos al paciente. Hasta el momento no se ha encontrado el factor precipitante o etiológico de la esquizofrenia, sin embargo se conoce que tanto factores genéticos, ambientales como biológicos se encuentran asociados a esta enfermedad.

Una de las principales hipótesis señala a la dopamina como elemento clave de su aparición. En la actualidad no existe un estudio de laboratorio o imagen que brinde el diagnóstico de esta enfermedad, el diagnóstico se hace de manera clínica, a través de la entrevista del paciente (2).

Por otra parte cabe mencionar que los pacientes con esquizofrenia suelen presentar comorbilidades, entre estas, el consumo de sustancias, síntomas obsesivos, trastornos de ansiedad, y síntomas depresivos. La esperanza de vida de los sujetos con esquizofrenia es más corta que la de la población general, siendo el suicidio un factor importante. Entre el 20 y 40% de los pacientes llevan a cabo al menos un intento durante el curso de la enfermedad, identificándose como factores de riesgo el sexo

masculino, edad menor de 45 años, síntomas depresivos, sentimientos de desesperanza, desempleo y alta reciente de un hospital (1). Es por eso que resulta importante detectar la presencia de síntomas depresivos, ya que puede tener un gran impacto sobre la evolución, curso y pronóstico de la enfermedad.

Los síntomas depresivos pueden ocurrir en cualquier momento del curso de la esquizofrenia. Se asocia a una disminución de la calidad de vida e incrementan el riesgo suicida, riesgo de recaída y de hospitalización. La prevalencia de síntomas depresivos entre personas con esquizofrenia, ha sido reportada entre 25 a 81% dependiendo del tratamiento (4).

Adicionalmente, se ha encontrado relación entre la severidad de los síntomas depresivos y la capacidad de insight. Incluso algunos autores mencionan que en adolescentes con esquizofrenia, el riesgo para depresión, desesperanza y suicidio estaba fuertemente correlacionado con la capacidad de insight. Por lo que estos resultados sugieren que hay una cadena de causalidad, del insight a depresión, hasta llegar al suicidio (13).

En la actualidad, hay escasos reportes que examinen el insight clínico y cognitivo en sujetos con esquizofrenia y síndrome depresivo comórbido de manera específica y detallada en la literatura (3). Por tanto en este trabajo se propone, valorar el nivel de insight en pacientes que padecen esquizofrenia, además de buscar la presencia de síntomas depresivos en dichos pacientes; posteriormente se determinará si existe relación entre el insight con los síntomas depresivos y en qué consiste dicha relación.

La búsqueda de esta relación tiene como finalidad generar evidencia de la importancia que tiene el que los médicos analicen síntomas depresivos en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, debido al impacto que estos tienen en el curso y pronóstico de la patología.

MARCO TEORICO

La esquizofrenia es una enfermedad que afecta la cognición, emociones, la percepción y otros aspectos del comportamiento. La expresión de estas manifestaciones es diferente en cada paciente y varía con el tiempo, pero el efecto de la enfermedad siempre es grave y normalmente prolongado. Empieza antes de los 25 años de edad, persiste durante toda la vida y afecta a personas de todas las clases sociales. Aunque la esquizofrenia se trate como si fuera una sola enfermedad, probablemente comprende un grupo de trastornos con etiologías heterogéneas. Por el momento, su diagnóstico se basa únicamente en los antecedentes psiquiátricos y la exploración psicopatológica del paciente (2).

De acuerdo al manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR la esquizofrenia está caracterizada por una mezcla de signos y síntomas positivos y negativos, que han estado presentes en parte significativa de tiempo durante un periodo de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses. Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral. La alteración no es explicable por un trastorno esquizoafectivo o del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica (1).

Dos de las principales figuras en psiquiatría y neurología que estudiaron el trastorno fueron Emil Kraepelin (1856-1926) y Eugen Bleuler (1857-1873). Emil Kraepelin Tradujo el término de Morel *démence précoce* como demencia precoz, vocablo que hacía hincapié en el cambio cognitivo (demencia) y el inicio temprano (precoz) del trastorno. Bleuler acuñó el término esquizofrenia, que sustituyó al de la demencia precoz de la bibliografía médica. Escogió el término para expresar la presencia de diferencias entre el pensamiento, las emociones y el comportamiento en los pacientes con el trastorno (2).

La esquizofrenia es un síndrome que ocurre en todas las culturas y en todas las partes del mundo (3). Según el DSM IV TR a nivel mundial tiene una prevalencia entre adultos en el rango del 0.5 al 1.5% (1). La Guía de práctica clínica de esquizofrenia, del Consejo de Salubridad General en México menciona que la prevalencia de esta enfermedad es variable, aún cuando la mayor parte de los estudios establece un promedio cercano a 1 por cada 100 habitantes. Esta distribución se muestra uniforme en todo el mundo, siendo similar la prevalencia en hombres y mujeres. A pesar de que esa prevalencia sea la misma tanto en hombres como mujeres (2) existen diferencias de acuerdo al género, pues algunos autores comentan que los hombres tienen un riesgo de 30 a 40% mayor de su desarrollo a lo largo de la vida, que las mujeres (3). Además la edad de inicio en los hombres va de los 10 a los 25 años y en las mujeres de los 25 a los 35 años (2).

Aunque no se reconoce formalmente como parte de los criterios diagnósticos de esquizofrenia, numerosos estudios subcategorizan los síntomas de la enfermedad en 5

dimensiones: no solo síntomas positivos y negativos, sino además síntomas cognitivos, síntomas agresivos y síntomas afectivos (8).

La comorbilidad psiquiátrica entre los pacientes con esquizofrenia es común, siendo predominante el abuso de sustancias (7). La dependencia a nicotina es especialmente alta, con estimaciones que oscilan entre el 80 y el 90% de individuos con esquizofrenia que son fumadores habituales (1). Los síntomas ansiosos y depresivos también son muy comunes durante el curso de la enfermedad, con una prevalencia estimada del 15% para el trastorno de pánico, 29% para el trastorno por estrés postraumático, 23% para el trastorno obsesivo compulsivo. Se ha estimado que hasta en un 50% ocurre una depresión comórbida (7). Estos síntomas depresivos son reconocidos como un importante síntoma de la esquizofrenia, que puede ocurrir en cualquier momento durante el curso de la enfermedad (4).

La prevalencia de los síntomas depresivos entre las personas con esquizofrenia ha sido reportada del 25 a 81%, dependiendo del tratamiento, fase de la enfermedad y de la depresión (4). La mayoría de los autores coincide en que aproximadamente el 25% de los pacientes con esquizofrenia presenta un episodio depresivo mayor en algún momento del curso de la enfermedad.

Sin embargo, en una revisión de más de 36 estudios sobre depresión en pacientes con esquizofrenia, tuvo una variación del 6 a 65% con un rango modal de aproximadamente 25%. Estas diferencias sobre la frecuencia de depresión en esquizofrenia, se piensa que pueda estar relacionada a la definición usada para esquizofrenia o depresión. En esta revisión de estudios, se encontró que el intervalo de tiempo de duración de

depresión, tuvo una prevalencia acumulada de 3 a 5 años. Encontrándose que la frecuencia de depresión es mayor en etapas agudas que en etapas estables (6).

Aunque Kraepelin usó los síntomas afectivos prominentes como un criterio para separar la demencia precoz de la enfermedad maniaco - depresiva, también identificó severos subtipos depresivos de esquizofrenia. Eugen Bleuler, consideró la depresión como una parte central de los síntomas de esquizofrenia. Evidencia reciente apoya la hipótesis de que los síntomas depresivos son una parte integral de la esquizofrenia. Además hay buenas razones para asumir que es poco probable que la depresión en la esquizofrenia tenga una única etiología (5).

Algunos autores han reportado la aparición de síntomas depresivos que precede a la aparición o exacerbación de los síntomas psicóticos, mientras otros opinan que los síntomas depresivos son parte del curso natural de la esquizofrenia. Se han propuesto muchas teorías sobre la etiología de la depresión post psicótica, es decir la aparición de síntomas depresivos durante la remisión del episodio psicótico. Otros autores han asumido que la depresión post psicótica es un efecto secundario a los neurolepticos (25).

En sí, los síntomas depresivos pueden ser un pródromo para la recaída a la psicosis, un componente prominente de un episodio agudo o un síntoma que puede aparecer en cualquier momento, después de un episodio psicótico, incluso después de un intervalo prolongado (6). Inicialmente estos síntomas depresivos fueron considerados indicadores de buen pronóstico, sin embargo, hallazgos recientes han demostrado que

los síntomas depresivos son indicadores de mal pronóstico para la recuperación y reintegración a la comunidad (4), además han sido asociados con el suicidio.

La esperanza de vida de los sujetos con esquizofrenia es más corta que la de la población general por diversas razones. El suicidio, como ya se dijo anteriormente, es un factor importante porque aproximadamente el 10% de los sujetos con esquizofrenia se suicidan y entre el 20 y el 40% llevan al cabo al menos un intento durante el curso de la enfermedad (1). Estas cifras reflejan un aumento aproximadamente 20 veces superior al índice de suicidio de la población general (2). Aunque el riesgo continúa siendo elevado a lo largo de toda la vida, algunos factores de riesgo específicos para el suicidio incluyen sexo masculino, la edad inferior a 45 años, síntomas depresivos, desesperanza, desempleo y egreso reciente de un hospital (1), sin embargo el factor más importante es la presencia de un episodio depresivo grave (2).

La encuesta internacional de depresión en esquizofrenia fue diseñada para evaluar la práctica clínica actual y las tendencias de prescripción en el manejo del componente depresivo en la esquizofrenia. Los hallazgos de esta encuesta sugieren que la mayoría de los psiquiatras están conscientes acerca del impacto y de los problemas asociados de la depresión en esquizofrenia y usan activamente tratamiento antidepresivo adjunto en su tratamiento. Sin embargo una minoría significativa percibe menos el peso de la depresión en la esquizofrenia y raramente utilizan combinación del tratamiento con antidepresivos (9).

Actualmente existen diversos instrumentos clásicos para detectar la presencia de depresión en esquizofrenia, entre estos deben mencionarse: la escala de depresión de Hamilton (HDRS) o la escala de depresión de Montgomery Asberg (MARDS), estas han sido frecuentemente utilizadas, pero presentan limitaciones importantes al ser aplicados a pacientes para los que no fueron desarrollados. Sin embargo nuevas escalas específicas de depresión para la esquizofrenia como la Escala de Depresión de Calgary (CDSS Por sus siglas en inglés) parece mostrar un mejor rendimiento y no estar sesgada por la sintomatología negativa y extrapiramidal (24).

En los últimos años se ha desarrollado un considerable interés a la presencia de depresión en pacientes con esquizofrenia y su relación con el insight (10, 17). La falta de insight ha empezado a ser considerada como uno de los síntomas más frecuentes de la esquizofrenia, siendo que antes era considerado como un factor que determinaba los otros síntomas (13).

El concepto de insight se refiere a un estado completo de conciencia del paciente de su propia enfermedad y en sus primeras definiciones, en relación a la esquizofrenia data desde 1930, cuando Aubrey Lewis definió insight como “una correcta actitud al cambio mórbido en uno mismo” (13). Este es un término anglosajón de difícil traducción al español. Los vocablos españoles que se han utilizado para referirse a conductas relacionadas con lo que la palabra inglesa *insight* suele designar son: conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento, cumplimiento del tratamiento e incluso el término psicoanalítico de negación, ya sea de la propia enfermedad, de un conflicto o de un síntoma en concreto. Es decir, cuando hablamos de insight nos

referimos a una conducta y razonamiento que engloba más cosas que la simple conciencia de enfermedad (15).

El insight tiene dos usos: uno, en el lenguaje común inglés, y otro, en el lenguaje técnico médico. En el lenguaje común, tener insight se refiere a “la capacidad de tener una clara, profunda y en ocasiones, repentina comprensión de un problema o situación complicada”. Se refiere en consecuencia a la capacidad de aprehender o de intuir la naturaleza de las cosas. En cambio en su uso psicopatológico, el término se refiere a aspectos de la autoconciencia. Para Marková y Berrios, el insight supone “un subtipo de autoconocimiento, relativo a la enfermedad y las consecuencias de esta en su relación con el mundo”. Amador, propone un modelo más complejo, para este autor el insight es un fenómeno mental compuesto por: la conciencia de sufrir una enfermedad, así como cada uno de sus signos y síntomas. Los procesos atribucionales, o sea las explicaciones que alberga el paciente sobre la causa o la fuente última de estos síntomas o signos (15).

Otros autores proponen que este fenómeno esta compuesto por tres dimensiones

- La conciencia de sufrir una enfermedad
- La capacidad de entender las experiencias psicóticas como anormales
- El cumplimiento o adherencia del tratamiento (15).

La etiología de la falta de insight en los pacientes con esquizofrenia no es conocida claramente, pero existen diferentes modelos explicativos y han emergido diferentes enfoques teóricos. La neuropsicología describe el pobre insight en la esquizofrenia, como resultado de un déficit cognitivo que aparece como consecuencia de la disfunción de los procesos neuronales, especialmente en las regiones frontales o parietales. Amador y sus colaboradores, recalcaron las similitudes entre la falta de insight en la esquizofrenia y la anosognosia en los trastornos neurológicos: ellos sugirieron que ambas condiciones compartían una etiología común en la disfunción del lóbulo parietal y/o frontal (13).

Por su parte, las explicaciones psicodinámicas, describen la negación de la enfermedad como un mecanismo de defensa que protege al individuo del estrés. Desafortunadamente, la debilidad de la existente relación entre el insight y la severidad de la sintomatología por un lado y entre el insight y el estado emocional por otro lado, sugiere que ambos modelos, psicodinámico y clínico, no son modelos explicativos suficientes (13).

Se ha hecho una distinción entre el insight clínico y el insight cognitivo, este último propuesto por Beck y colaboradores en el 2004. El insight clínico se refiere a la conciencia de tener un trastorno mental, de tener la capacidad de reconocer los síntomas y de esta manera reconocer la necesidad de tratamiento o ayuda de otro. El insight clínico es usualmente medido con diferentes escalas entre estas, la escala de insight para psicosis de Birchwood, el cuestionario de actitudes al insight y el

tratamiento y la escala para valoración de la falta de conciencia de trastorno mental (SUMD), de Amador en 1993 (20).

Esta última escala, en inglés Scale unawareness of mental disorders, es uno de los instrumentos más ampliamente usados para medir el insight (21), se usa para valorar la conciencia de enfermedad en pacientes psicóticos, y evalúa esta conciencia de manera multidimensional (26), valorando los efectos de la medicación, las consecuencias de la enfermedad mental, la conciencia y atribución para los signos y síntomas específicos de este trastorno (13).

El insight cognitivo por otro lado, involucra la habilidad del paciente para evaluar o discernir a ellos mismos de experiencias anómalas e inferencias erróneas, y es evaluado con la escala de insight cognitivo de Beck (20).

El estudio piloto internacional de esquizofrenia de la Organización Mundial de la Salud encontró en diferentes culturas que la falta de insight era una característica invariable de la esquizofrenia crónica y aguda (13).

El pobre insight en la esquizofrenia, se ha asociado con poco apego al tratamiento, pobre funcionalidad social e interpersonal, pobre pronóstico y un mayor riesgo de recaída (13). Otros estudios han reportado que el pobre insight puede incrementar la incidencia de depresión, desesperanza, baja autoestima, y generalmente peor calidad de vida. A través de la última década, ha habido un incremento de esfuerzos científicos que buscan conceptualizar y valorar el insight, pero la relación entre el insight y la

discapacidad neurocognitiva, severidad de psicopatología y recuperación funcional permanece poco clara (13).

En un estudio realizado en Francia en 113 pacientes, con esquizofrenia estable; el insight, el estado civil y el empleo, fueron las características más importantes asociadas a la calidad de vida (14).

Por otra parte, numerosos estudios transversales apoyan la relación entre un mayor nivel de insight y mayor estrés, incluyendo depresión, desesperanza y suicidabilidad (10); por tanto se cree que el insight puede llevar a desesperanza, desmoralización, depresión y algunas veces hasta el suicidio a los pacientes con esquizofrenia, (11,12).

La relación entre el insight y el suicidio en la esquizofrenia es compleja y necesita ser clarificada. A pesar de que se ha encontrado una asociación positiva, algunos autores han encontrado que esta asociación es mediada por la depresión y la desesperanza, mientras otros han encontrado una asociación independiente, no mediada por los síntomas depresivos (10).

Un meta análisis de 29 estudios, llevado a cabo en el 2005 por Hawton y colaboradores, demostró que no había asociación, estadísticamente significativa, entre el insight y el riesgo suicida, aunque el odds ratio fue de 2.04, sugiriendo que aún así puede ser un factor de riesgo pero había insuficiente poder estadístico para demostrarlo (11,12).

En el 2012 Ampalam y cols. realizaron un estudio en la india, buscando la correlación entre el insight, la depresión y esquizofrenia, realizándose en 60 sujetos entre 20 y 60 años de edad. Como instrumentos, para valorar el insight se utilizó el programa para valoración de insight SAI por sus siglas en ingles y para valorar los síntomas depresivos fue usada la escala de depresión de Calgary. Como resultados encontraron una fuerte correlación entre el insight y la depresión en pacientes con esquizofrenia, sugiriendo entre sus conclusiones que el pobre insight podría proteger contra la depresión en los estadios tempranos de recuperación en esquizofrenia. Los resultados de este estudio podrían no aplicarse a una población a gran escala, debido a que la muestra fue pequeña. Cabe mencionar que el tratamiento farmacológico de estos pacientes no fue considerado en este estudio (10).

En 1999 Moore y cols, realizaron un estudio en Irlanda, donde se determinó la conciencia de enfermedad y su relación con la depresión y la autodepreciación (self deception) en pacientes con esquizofrenia. Se incluyeron 46 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia sintomáticamente estables, a quienes se les evaluó el nivel de insight, y de autodepreciación o negación. Como instrumentos fueron usadas las escalas de valoración de síntomas positivos y negativos SANS y SAPS por sus siglas en ingles, la escala para valorar la falta de conciencia de enfermedad mental, el inventario de depresión de Beck y el inventario balanceado de respuesta deseable.

Como resultados, encontraron que los pacientes que presentaban mayor falta de conciencia de enfermedad, tenían relativamente menos síntomas depresivos, y relativamente más síntomas de autodepreciación. Estos resultados sugieren que la

presencia de síntomas depresivos en esquizofrenia, está relacionada al nivel de insight. Cabe destacar que el análisis correlacional de este estudio estuvo limitado ya que se omitieron los puntajes de las subescalas de síntomas de la escala de falta de conciencia de enfermedad, además la muestra utilizada de pacientes fue pequeña (16).

En el 2004 Drake y cols. realizaron un estudio en Inglaterra se realizó un estudio en Inglaterra para valorar cómo el insight, la paranoia y la depresión evolucionan en relación uno al otro durante y después de un primer episodio de esquizofrenia, se incluyeron 257 pacientes, a quienes se les dio seguimiento durante 18 meses. Como instrumentos de evaluación fueron utilizados, para la paranoia, la escala de síntomas positivos y negativos para la esquizofrenia (PANSS por sus siglas en inglés) y la escala de ideas delirantes; esta última, es de las escalas usadas para evaluar síntomas psicóticos llamada PSYRATS por sus siglas en inglés. Para evaluar el insight se utilizó la escala de insight de Birchwood, para evaluar la depresión no se utilizó una escala de depresión específica, si no se usaron ítems provenientes de la escala de síntomas positivos y negativos para esquizofrenia, siendo estos ítems el de ansiedad, depresión, culpa y abulia. Para evaluar la autoestima fue utilizada la escala de autoestima de Rosenberg. Se encontró como resultado que la depresión era predecible directamente por un mayor nivel de insight particularmente al inicio. Entre las limitantes metodológicas de este estudio se encontró que los evaluadores no utilizaron una entrevista estructurada, además no se utilizó una escala específica para depresión, en su caso se tomaron ítems de una escala destinada a evaluar específicamente síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (18).

En el año 2004, Otero realizó un estudio en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de la ciudad de México, buscando la presencia de depresión en pacientes con esquizofrenia, utilizando el inventario de depresión de Beck. Se incluyeron en total a 50 pacientes, encontrando depresión leve en un 34% y depresión moderada en un 22% y 2 pacientes con depresión severa. Sin embargo no se determinó la presencia de insight en estos pacientes (28).

Navarrete, en el mismo hospital realizó un estudio donde se incluyeron a 100 pacientes, buscando la asociación entre conciencia de enfermedad e intencionalidad de suicidio en pacientes con esquizofrenia, utilizando la escala de Amador y colaboradores para valorar conciencia de enfermedad mental y la escala de intencionalidad suicida de Beck, sin embargo no se buscó la presencia de depresión asociada. Como resultados encontraron que a menor conciencia de enfermedad mental, era menor la gravedad de la intención suicida. Este estudio se realizó en pacientes con esquizofrenia, internados en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el servicio de UCEP y observación, con intencionalidad suicida (27).

A pesar de que se asocia el nivel de insight con depresión y desesperanza, los resultados de los diferentes estudios realizados son inconclusos, no encontrando una clara relación entre estos. Además la situación actual de esta relación en los pacientes, dentro del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se desconoce, debido a que no se han realizado estudios que conciernen a este tema.

En el presente estudio se retoma la propuesta de medición del nivel de insight según lo recomienda Amador y colaboradores, clasificando a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en Consulta Externa y en hospital parcial, que han mostrado estabilidad en cuanto a su sintomatología. Además se determinará la presencia o ausencia de síntomas depresivos en estos pacientes para valorar, finalmente, si estos factores se encuentran relacionados y en qué medida.

METODOLOGÍA

JUSTIFICACIÓN

El concepto de insight en psiquiatría ha recibido recientemente una considerable atención, en relación con la esquizofrenia (16). En un estudio piloto internacional sobre esquizofrenia de la OMS se observó que el 97% presentaba un déficit de conciencia de la enfermedad, siendo más prevalente y grave en pacientes con esquizofrenia que en pacientes con otro tipo de trastorno psicótico. Este Insight disminuido, es de relevancia clínica, pues ha sido asociado a un impacto negativo, con pobre apego al tratamiento, disfunción social, pobre calidad de vida, pobre apego al tratamiento y rehospitalización (20). Algunos autores han reportado una relación entre la depresión, desesperanza y riesgo suicida con la capacidad de insight, por lo que ocasionalmente la conciencia de enfermedad podría considerarse peligrosa (13), aunque otros autores no han encontrado ninguna relación entre estos dos factores.

Los síntomas depresivos son reconocidos como un síntoma distintivo e importante en la esquizofrenia que puede ocurrir en cualquier momento del curso de la enfermedad, con una prevalencia del 25 al 81%. Hallazgos recientes han demostrado que los síntomas depresivos en estos pacientes, son indicadores de mal pronóstico para su recuperación y reintegración a la comunidad, empeoran la calidad de vida e incrementan sobre todo el riesgo de suicidio, de recaída y de rehospitalización (4).

Los estudios realizados en la búsqueda de una relación Insight – Depresión en pacientes con esquizofrenia, no han sido concluyentes, por tanto, realizar el presente estudio es de importancia para aclarar si existe una relación entre ambas variables en

pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y de acuerdo a los hallazgos de esta relación, determinar el manejo que resulta más útil en nuestros pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la relación del Insight con la depresión en pacientes con esquizofrenia no es clara. Existe una controversia acerca de dicha relación, pues algunos estudios han demostrado que esta relación existe, encontrando que a mayor capacidad de insight mayor frecuencia de síntomas depresivos, sin embargo otros estudios han demostrado una relación contraria, y en otros simplemente no se ha encontrado ninguna relación.

Debido a esto, este estudio valora la situación de este problema en nuestro hospital. Determina el nivel de insight y la presencia de depresión en los pacientes con esquizofrenia y valora si existe una relación entre estos factores y cómo es dicha relación.

La colección de datos fue realizada en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que se encuentran en seguimiento en el área de consulta externa y hospital parcial a partir del mes de junio del 2013 hasta marzo del 2014.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar si existe una relación entre el nivel de insight y la presencia de depresión en pacientes con esquizofrenia.

Objetivos específicos

1. Investigar la presencia de depresión en un grupo de pacientes con esquizofrenia.
2. Identificar en el grupo de pacientes con esquizofrenia, el nivel de insight que presentan.
3. Establecer cómo están relacionados la presencia de depresión con el nivel de insight, en caso de existir dicha relación.

HIPOTESIS

Hipótesis de investigación: La presencia de depresión en pacientes con esquizofrenia está relacionada con un alto nivel de insight.

Hipótesis nula: La presencia de depresión en pacientes con esquizofrenia no tiene relación con el nivel de insight.

VARIABLES

Cuadro 1.- VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Tipo de variable	Nivel de medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Independiente	Cuantitativa continua
Sexo	Dimensiones biológicas y de conciencia de un individuo que permiten determinar la pertenencia del sujeto a un sexo u otro (hombre o mujer) independiente de la identidad de género	Independiente	Cualitativa nominal
Depresión	Conjunto de síntomas definido en la clasificación DSM IV	Dependiente	Cualitativa nominal
Insight	Síntoma presente en la esquizofrenia caracterizado por: A) La conciencia de sufrir una enfermedad B) La capacidad de entender las experiencias psicóticas como anormales C) El cumplimiento o adherencia del tratamiento	Independiente	Cualitativa discreta
Tiempo de evolución de la esquizofrenia	Duración que ha tenido el paciente con síntomas de esquizofrenia desde su inicio hasta la etapa actual	Independiente	Cuantitativa continua
Estado civil	Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo	Independiente	Cualitativa nominal
Escolaridad	Nivel de educación formal: Primaria, secundaria, bachillerato, profesional	Independiente	Cualitativa nominal
Tratamiento farmacológico	Prescripción de fármacos	Independiente	Cualitativa nominal

MUESTRA

se trata de una muestra no probabilística obtenida por muestreo de cuota en tiempo y constituida por 36 pacientes que asistieron al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de junio del 2013 a marzo del 2014, en el área de la consulta externa y hospital parcial. Se tomaron en cuenta únicamente pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide de 18 a 59 años de edad, que se asistan al Servicio de Consulta Externa y hospital parcial, del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
- Pacientes que no hayan requerido hospitalización en el último año
- Pacientes que tras haber explicado en qué consiste el estudio, acepten su inclusión en el estudio y firmen el consentimiento informado o que cuenten con familiar responsable que acepte dicha inclusión y la firma del consentimiento

Criterios de exclusión

- Pacientes que hayan estado hospitalizados en el último año.
- Paciente en los cuales no se puedan realizar o completar las preguntas de los instrumentos de evaluación.

- Pacientes que no acepten su inclusión en el estudio y por lo tanto no firmen el consentimiento informado.
- Personas Menores de 18 años
- Personas de 60 años o más
- Pacientes que sean consumidores actuales de sustancias.

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio correlacional, transversal, observacional, prospectivo.

INSTRUMENTOS

Para determinar el insight fue utilizada la escala para valorar la falta de conciencia de un trastorno mental (SUMD por sus siglas en inglés). Es uno de los instrumentos más ampliamente usados para medir el insight, dada su mención continua y su enfoque multidimensional (21). Esta escala valora la conciencia retrospectiva y actual de tener una enfermedad mental, los efectos de la medicación, las consecuencias de la enfermedad mental, la conciencia y atribución para los signos y síntomas específicos de este trastorno (13).

Es una escala estandarizada en la cual las puntuaciones son hechas con base a la entrevista directa del paciente. Aunque el desarrollo de esta escala fue guiado en gran parte por el interés en el pobre insight de la esquizofrenia, fue diseñada para que pudiera ser usada en otros trastornos mentales (22).

La escala se compone de tres ítems generales para evaluar la conciencia de tener un trastorno mental: la conciencia de los efectos de la medicación y la conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental, y de 17 ítems destinados a síntomas específicos. De cada uno de estos 17 ítems-síntoma se evalúa la conciencia y la atribución que el paciente realiza del mismo. Así, se conforman dos subescalas: la de conciencia de los síntomas, que es la media de las sumas de las puntuaciones según el número de ítems puntuados, y la de atribución de los síntomas, que es la media de las puntuaciones de los síntomas que han podido ser evaluados por tener el paciente conciencia de los mismos. La SUMD en su concepción original también permite la valoración diferenciada entre conciencia presente y pasada de cada uno de ellos (19). Los autores no proporcionan puntos de corte; a mayor puntuación mayor gravedad (26).

Mientras que los tres ítems generales han de ser siempre valorados, de los 17 ítems que hacen referencia a los síntomas sólo se valora la conciencia de los mismos si están claramente presentes. Seguidamente se valora la atribución sólo si el paciente ha mostrado conciencia total o parcial del síntoma, es decir, si ha recibido una puntuación de la conciencia del síntoma entre 1 y 3. Los síntomas de los que no se expresa conciencia no pueden ser valorados en su atribución, así la subescala de atribución es parcialmente dependiente de la subescala de conciencia (19).

Los autores de esta escala son X.F. Amador, D.H. Strauss, S.A. Yale, M.M. Flaum, J. Endicott, J. M. Gorman, publicada en 1993 (26). En el 2008 se realizó una adaptación en español de esta escala, en España, por A. I. Ruiz, E. Pousa y colaboradores, se

valoraron 32 pacientes diagnosticados de trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo, según criterios DSM-IV, indicando finalmente en su estudio que la versión en español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD) presenta una fiabilidad y una validez externa comparables con la escala original (19).

Para determinar la presencia de depresión en esquizofrenia se aplicó en los pacientes la Escala de Calgary. Esta escala fue publicada en 1990 por Addington (23). La Escala de Depresión para Esquizofrenia de Calgary, (Calgary Depression Scale for Schizophrenia CDSS por sus siglas en inglés) es un instrumento desarrollado específicamente para valorar el nivel de depresión en la esquizofrenia, al tiempo que trata de distinguirla de los síntomas positivos, negativos y extrapiramidales que puedan existir (24). Dicho instrumento se originó de la escala para depresión de Hamilton y del Examen del Estado Actual (Present State Examination). Originalmente la escala comprendía 11 reactivos, de los cuales posteriormente se eliminaron dos por lo que la escala actual consta de 9 apartados (23). Mide el nivel de depresión en los pacientes esquizofrénicos, tanto en la fase aguda como en los estadios deficitarios. Consta de 9 ítems: para los 8 primeros la propia escala facilita las preguntas para su exploración, mientras que el último es un ítem observacional para el que no se proporcionan preguntas específicas. Los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de 4 valores de intensidad: 0 ausente; 1 leve; 2 moderado y 3 grave. Para todos los ítems se proporcionan criterios operativos con que establecer la puntuación de gravedad. Ha de ser administrada por un clínico, utilizando la técnica de entrevista estructurada, aunque se anima al entrevistador a que realice cuantas preguntas adicionales crea necesarias. El marco referencial temporal son las 2 semanas previas a no ser que explícitamente

se estipule otro. Ha sido adaptada y validada en español por Sarro y col en el 2004. Esta escala proporciona una puntuación total de la gravedad de la depresión que se obtiene sumando la puntuación en cada ítem (de 0 a 3). La puntuación total oscila entre 0 y 27 puntos. El punto de corte recomendado por los autores es de 6, de 0-5 sin depresión y de 6-27 depresión (26). Esta escala fue validada en México en 1994, realizándose un estudio en 103 pacientes de dos centros hospitalarios de tercer nivel, concluyendo que la escala, tiene una validez concurrente y satisfactoria y su reproductibilidad es buena (23).

PLAN DE MANEJO ESTADISTICO

Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, de contraste y se realizó correlación tanto paramétrica como no paramétrica a fin de evaluar matemáticamente si el nivel de insight tenía relación con la depresión y con qué fuerza (t de student, chi cuadrada, r de Pearsons). Para tales efectos fué usado el programa SPSS versión 20 en español.

PROCEDIMIENTO

Además de las escalas que se utilizaron para evaluar el insight y la presencia de depresión, se utilizaron otros dos instrumentos. Para corroborar el diagnóstico de esquizofrenia se utilizó la MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional, esta consiste en una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve, que se utiliza para explorar, detectar y/u orientar el diagnóstico, de los principales trastornos psiquiátricos del DSM IV y la CIE-10. Se encuentra ya validada en español (26).

Para medir los síntomas psicóticos así como los síntomas negativos de la esquizofrenia fué utilizada la escala para valorar síntomas positivos (SAPS por sus siglas en ingles), esta escala incluye alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento extraño y trastornos formales del pensamiento y la escala para valorar síntomas negativos (SANS) por sus siglas en inglés, que es una de las más comúnmente usadas, sin embargo aún no se encuentra validada en español.

La recolección de la información fué iniciada a partir del mes de junio del 2013. Se realizó en pacientes que cuentan con diagnóstico de esquizofrenia y que se encuentren acudiendo a consulta externa o a hospital parcial, del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Se solicitó espacio físico (consultorio) en el área de Consulta Externa, al Médico jefe de dicho servicio. Se escogieron a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, según sea su disponibilidad para colaborar en el estudio y sólo de los que acudían de lunes a viernes, durante un periodo de 9 meses.

Además se solicitó consultorio, en el area de hospital parcial de fin de semana, con el médico jefe de servicio. De este servicio se escogieron a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que acudían en fin de semana, y se les hizo su solicitud durante su periodo de receso. A los participantes se les explicó previamente en qué consistía el estudio y acerca de las escalas que se les aplicarían. En caso de aceptar y de contar con los criterios de inclusión se les pidió que firmaran el consentimiento informado y posterior a esto se procedió a recolectar información y a aplicar las escalas necesarias, con una duración aproximada de una hora.

CONSIDERACIONES ETICAS

El Estudio aquí descrito es considerado por la Ley General de Salud, de acuerdo al artículo 96, sobre investigación para la salud, como de bajo o nulo riesgo para el paciente, ya que no incluye la realización de maniobras que modifiquen el tratamiento ni se le expone a riesgo alguno. Además cumple con los principios básicos, principios operacionales y regulaciones adicionales de la declaración de Helsinki. No obstante se reconoce que el tiempo que el paciente dedica al llenado de instrumentos, puede resultar para él incómodo, por tanto en todos los casos se informará de nuestra necesidad de permanencia del paciente tanto a él mismo como a su familiar acompañante a fin de que decidan si es el mejor momento o no para participar. Es de importancia recalcar que durante este estudio, no se realizaron intervenciones que incrementaran o modificaran el nivel de insight, debido a la asociación comentada en la literatura, con la presencia de depresión y su posible riesgo suicida.

Los médicos tratantes de aquellos pacientes que de acuerdo a las escalas aplicadas, resultaron con depresión durante el estudio, fueron informados de manera expedita a fin de que realizaran las acciones médicas o farmacológicas que consideraran conveniente. La información de los pacientes es utilizada únicamente con fines de investigación y sólo se han reportado los datos que este estudio requiere para la comprobación de hipótesis. En todo momento el trato con el paciente, sus familiares y otros médicos comprendió el respeto a los acuerdos internacionales y nacionales en lo que corresponde al respeto de los derechos del enfermo mental, ética médica en investigación y el cumplimiento de la Norma Nacional para el Manejo del Expediente Clínico. Este protocolo fué presentado al comité de investigación y de Ética en Investigación del hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez el cual fué aprobado.

RESULTADOS

La muestra obtenida fue de 36 pacientes, 21 de ellos se encontraban en seguimiento en el servicio de consulta externa y 15 en hospital parcial. Por género, 24 pacientes fueron masculinos y 12 femeninas. La edad promedio del total de la muestra fue de 33 años de edad, con una edad promedio de 33.58 años para el género femenino y 32.75 años para el género masculino.

La escolaridad mínima de la muestra, en años, fue de 6 años y la máxima de 21 años, con un promedio de escolaridad de 11.39 años. La mayoría de pacientes (38.88%) había cursado o finalizado el bachillerato. La escolaridad promedio en el género femenino fue de 12.8 años y para en el masculino de 10.67 años.

Respecto al estado civil, un 88.88% era soltero, de los pacientes solteros 10 fueron mujeres y 22 fueron hombres, de los pacientes casados 2 eran mujeres y 1 hombre y el divorciado perteneciente al género masculino.

En ocupación un 33.33% se encontraba desempleado, el resto con ocupaciones como empleados, estudiantes, hogar, comerciantes, trabajadores por su cuenta. Respecto a la ocupación por género, en el femenino se encontró que 1 es empleada, 1 estudiante, 5 se dedican al hogar, 1 comerciante, 2 trabajadores por su cuenta, y 2 sin ninguna ocupación. En el género masculino se encontró que 5 son empleados, 3 son estudiantes, 1 refirió dedicarse al hogar, 3 son comerciantes, 2 trabajadores por su cuenta y 10 de ellos sin ninguna ocupación.

CUADRO 2.- Características Sociodemográficas de la muestra

VARIABLE	FX	%	PROM	D.E
GENERO				
Masculino	24	67	32.7	1.8
Femenino	12	33	33.6	2.5
EDAD DE LA MUESTRA	36	100	33	8.67
ESCOLARIDAD en años	36	100	11.39	3.13
De 6 – 9 años	11	30.5		
De 10 – 12	14	38.88		
Más de 13 años	11	30.5		
ESTADO CIVIL				
Soltero	32	88.9		
Casado	3	8.3		
Divorciado	1	2.8		
OCUPACION	36	100		
Empleado	6	16.7		
Estudiante	4	11.1		
Hogar	6	16.7		
Comerciante	4	11.1		
Trabajador por su cuenta	4	11.1		
Ninguna	12	33.3		

En número de años de padecimiento se encontró que 20 paciente tenían una evolución de la esquizofrenia de menos de 10 años y 16 pacientes, tenían mas de 10 años de evolución. De acuerdo al género se encontró que 6 mujeres y 14 hombres tenían menos de 10 años de evolución y 6 mujeres y 10 hombres tenían más de 10 años de evolución.

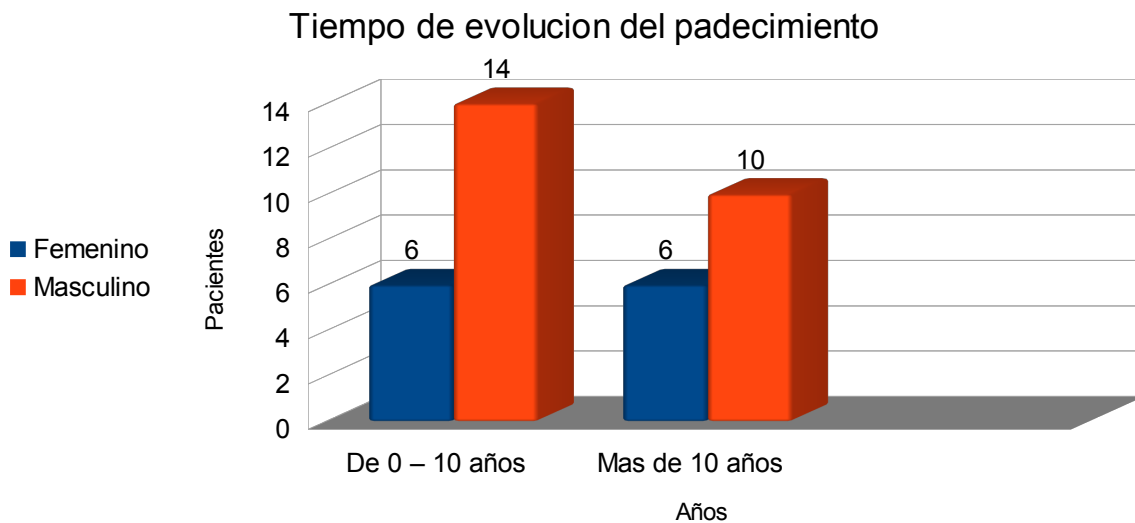


Gráfico 1.- Relación de pacientes por género y tiempo de evolución de padecimiento

Un paciente (2.8%) estaba en manejo con haloperidol, uno (2.8%) con trifluoperazina, dos pacientes (5.6%) con pipotiazina, 3 pacientes (8.3) con sulpiride, 13 pacientes (36.1%) con risperidona, 10 pacientes (27.8%) con olanzapina, 3 pacientes (8.3%) con clozapina y 3 pacientes (8.3%) con quetiapina. Es decir 7 pacientes (19.5%) se encontraban en manejo con antipsicótico típico y 29 pacientes (80.5% estaban en manejo con antipsicótico atípico.

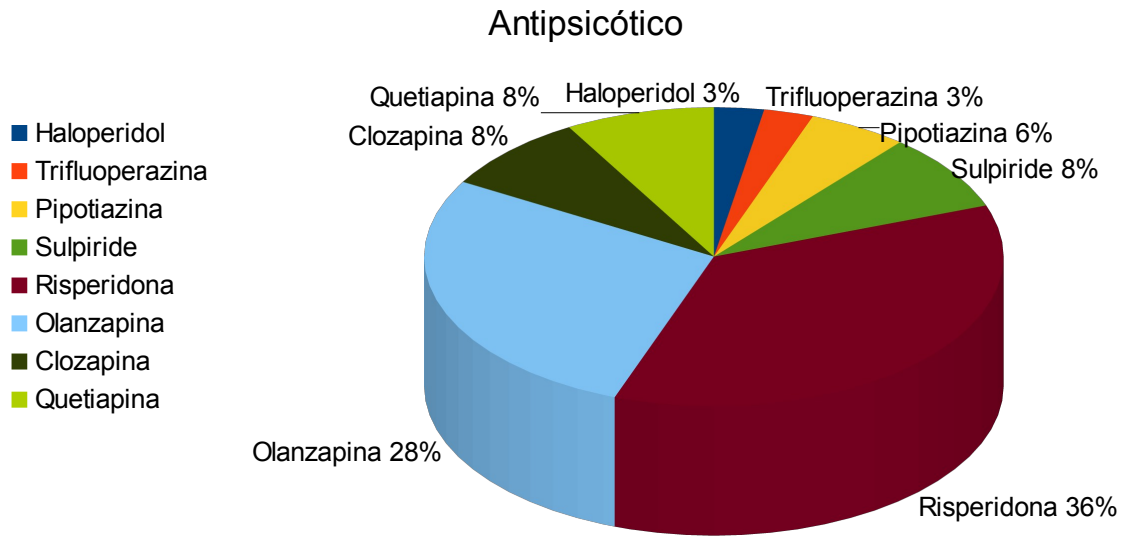


Gráfico 2.- Antipsicóticos usados en la muestra

Se encontró que 1 paciente (2.8%) estaba en manejo con lorazepam, 10 pacientes (27.8%) con clonazepam, 1 paciente (2.8%) con alprazolam, y los otros 24 pacientes (66.7%) sin benzodiacepinas.

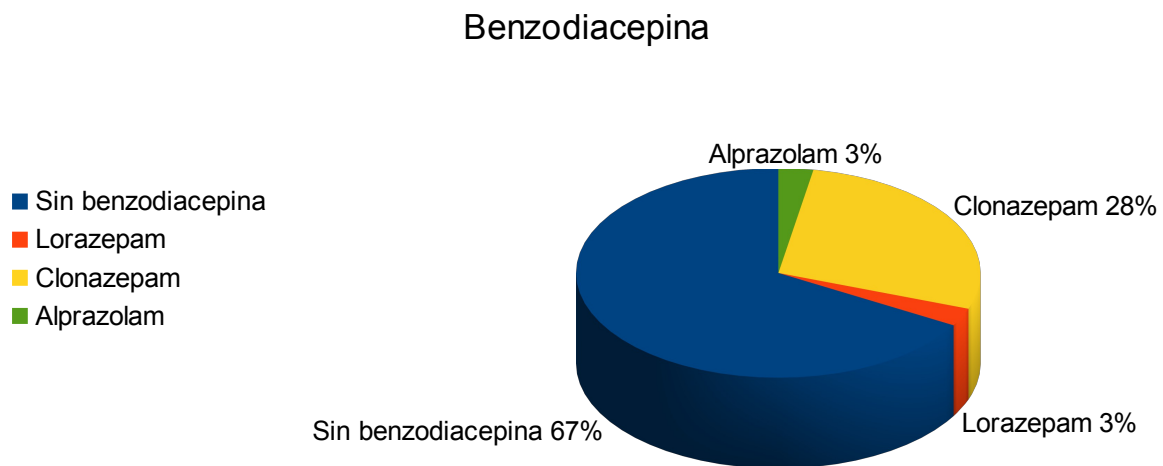


Gráfico 3.- Benzodiacepinas usado en la muestra

5 pacientes (13.9%) tenía fluoxetina en su tratamiento, 2 pacientes (5.6%) con paroxetina, 1 paciente (2.8%) con sertralina, 3 pacientes (8.3%) con citalopram, 1 paciente (2.8%) con duloxetina, y el resto de los 24 pacientes (66.7%) sin antidepresivo.

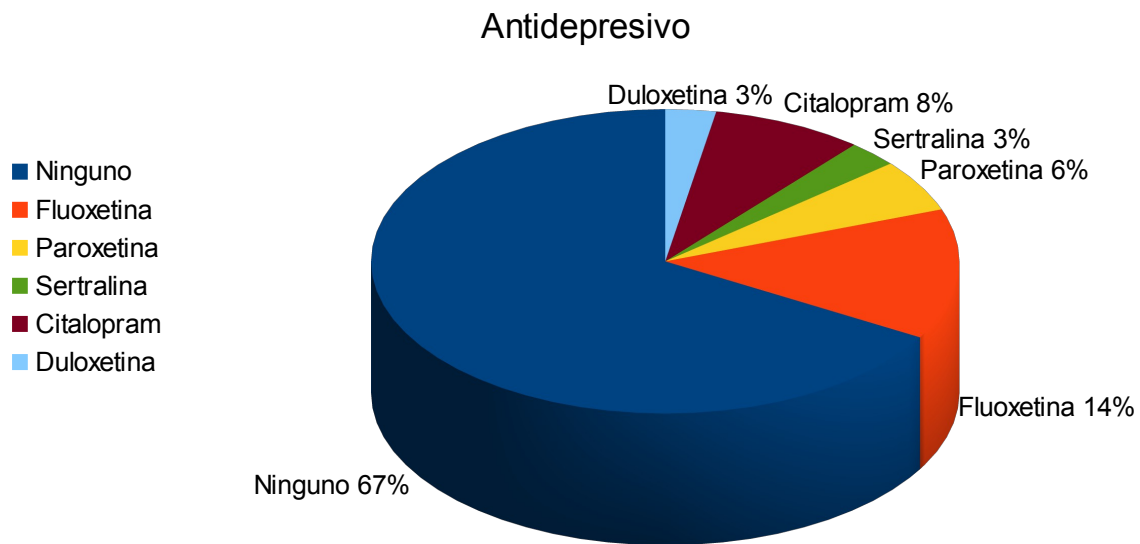


Gráfico 4.- Antidepresivos usado en la muestra

Respecto al consumo de tabaco, se encontró que 4 pacientes (11.11%) consumían de 1 a 5 cigarros por día, 8 pacientes (22.22%) de 6 a 10 cigarros al día, y 1 paciente (2.7%) de 11 a 15 cigarros al día y un total de 23 pacientes de la muestra (63.8%) no consumían tabaco.

Consumo de cigarros por día

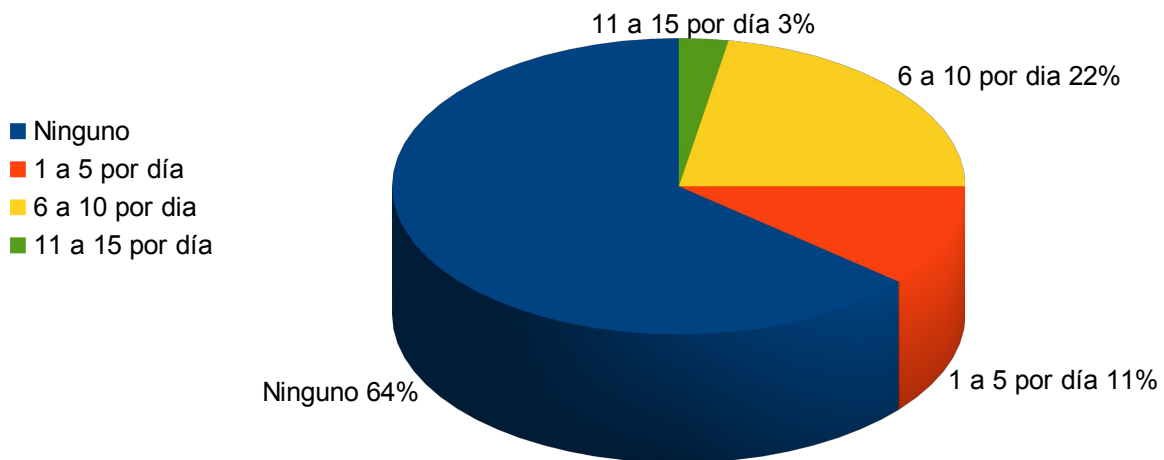


Gráfico 5.- Frecuencia de consumo de cigarros por pacientes

Resultados en Escalas

Al total de la muestra se le aplicó la escala MINI entrevista neuropsiquiátrica con la cual se corroboró el diagnóstico de esquizofrenia y también se les realizó la escala para valorar síntomas positivos (SAPS) y la escala para valorar síntomas negativos (SANS), con las cuales se determinó que síntomas positivos y negativos se encontraban presentes en los pacientes.

Con el propósito de este estudio de determinar el nivel de insight en el paciente y la presencia de depresión, se les aplicó a la totalidad de la muestra la escala para valorar la falta de conciencia de un trastorno mental (SUMD por sus siglas en inglés) y la Escala de Calgary respectivamente.

Resultados de la escala para valorar la falta de conciencia de un trastorno mental (SUMD)

En todos los pacientes se evaluaron los primeros 3 ítems generales, y de los 17 ítems restantes, los cuales consisten en síntomas específicos, solo se evaluaron aquellos que el paciente presentaba o había presentado en algún momento de su padecimiento, síntomas que ya habían sido determinados a través de la escala SANS y SAPS.

Esta escala brinda 5 puntuaciones, las 3 primeras que equivalen a los Ítems generales, que consisten en Conciencia del trastorno mental, conciencia de los efectos del tratamiento y conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental. Las 2 puntuaciones restantes equivalen a la subescala de conciencia de los síntomas y a la subescala de atribución de los síntomas. Estos 5 puntos que valora la escala fueron evaluadas tanto en presente como en el pasado.

Resultados de los ítems generales de la escala SUMD

La puntuación media para la conciencia del trastorno mental en el presente fue de 1.66 con una desviación estándar de 1.35 y para la conciencia del trastorno mental en el pasado la media fue de 1.58 con una desviación estándar de 1.20. La conciencia de los efectos del tratamiento en el presente tuvo un promedio de 1.33 con una desviación estándar de 0.95 y para la conciencia de los efectos del tratamiento en el pasado el promedio fue de 1.19 con una desviación estándar de 0.70. La conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental presente tuvo un promedio de 1.55, con una desviación estándar de 1.27 y para la conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental pasado, tuvo un promedio de 1.55 con una desviación

estándar de 1.27. En general, estos 3 primeros ítems tuvieron un resultado promedio menor a 2, lo que equivale a una buena conciencia en la totalidad de la muestra.

ESCALA SUMD

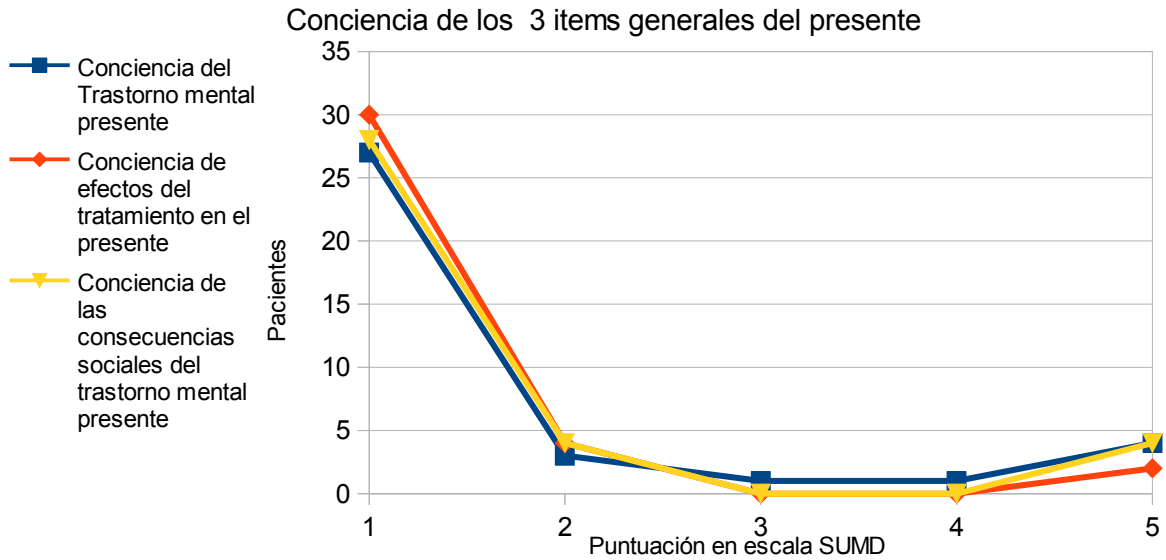


Gráfico 6.- Nivel de conciencia en los 3 ítems generales del presente

ESCALA SUMD

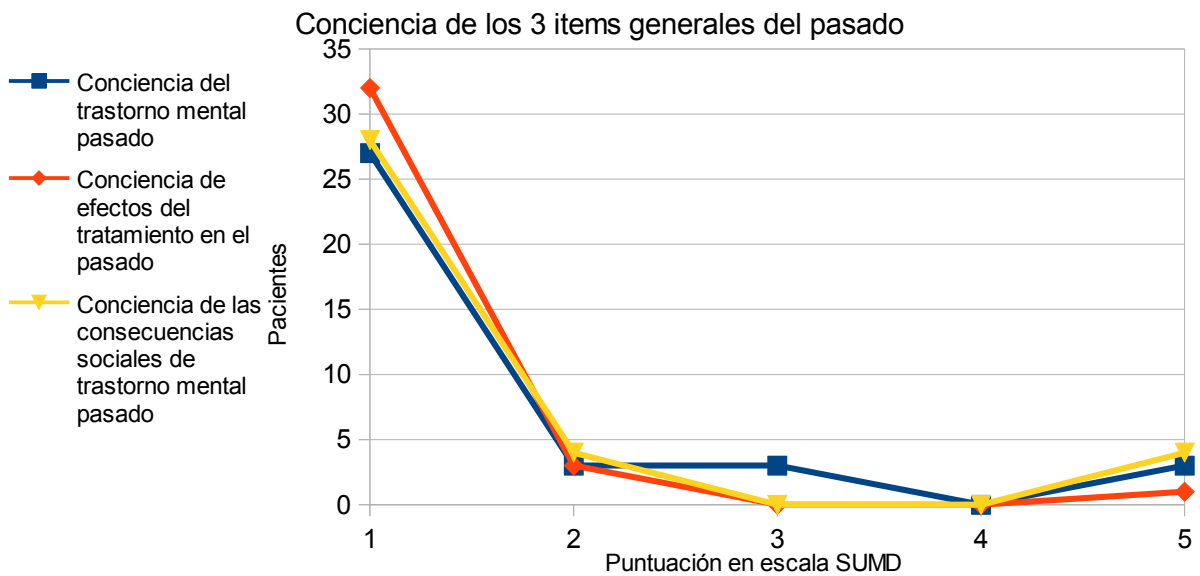


Gráfico 7.- Nivel de conciencia de los 3 ítems generales del pasado

Resultados de los Ítems subescala de la escala SUMD

La conciencia de los síntomas presentes tuvo una puntuación promedio de 2.13, con una desviación estándar de 1.27 y la conciencia de los síntomas pasados tuvo un promedio de 1.63 con una desviación estándar de 0.714. La atribución de los síntomas presentes tuvo una puntuación promedio de 2.45 con una desviación estándar de 1.64 y para la atribución de los síntomas pasados la puntuación promedio fue de 1.75, con una desviación estándar de 1.15.

En general la conciencia y atribución para los síntomas que el paciente había tenido en el pasado tenía en promedio una puntuación menor a dos, por otro lado se observó que el nivel de conciencia y atribución para los síntomas que el paciente tenía en el presente tenía una puntuación promedio mayor a 2, es decir la conciencia era mejor para los síntomas del pasado, que para los síntomas que estaban presentes.

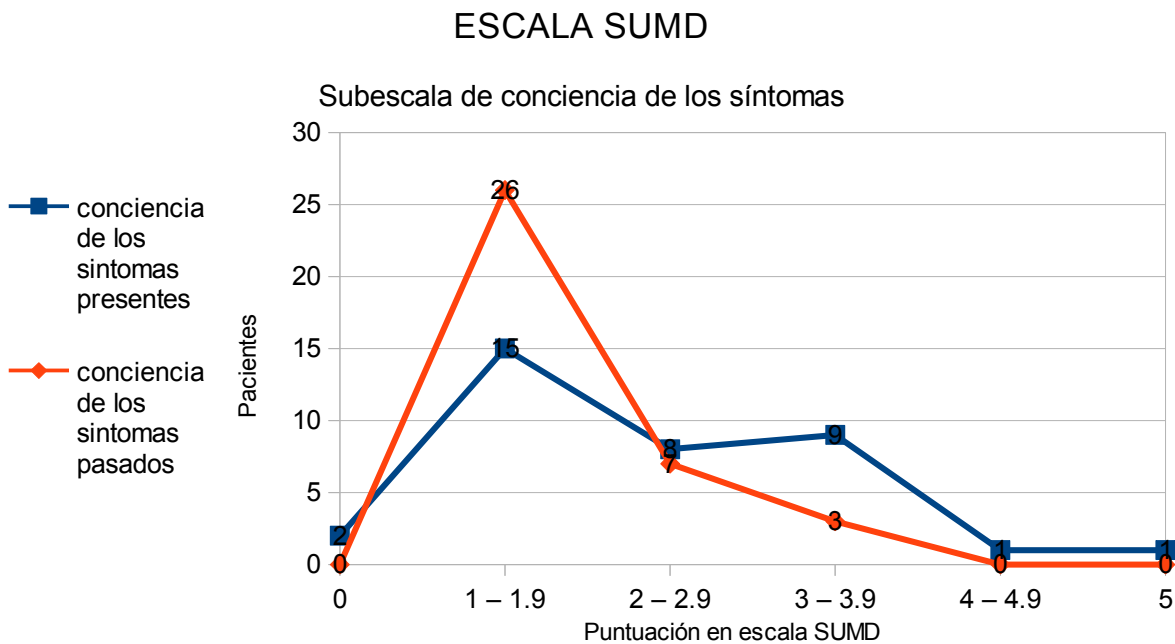


Gráfico 8.- Nivel de conciencia en subescala de conciencia de los síntomas presentes y pasados

ESCALA SUMD

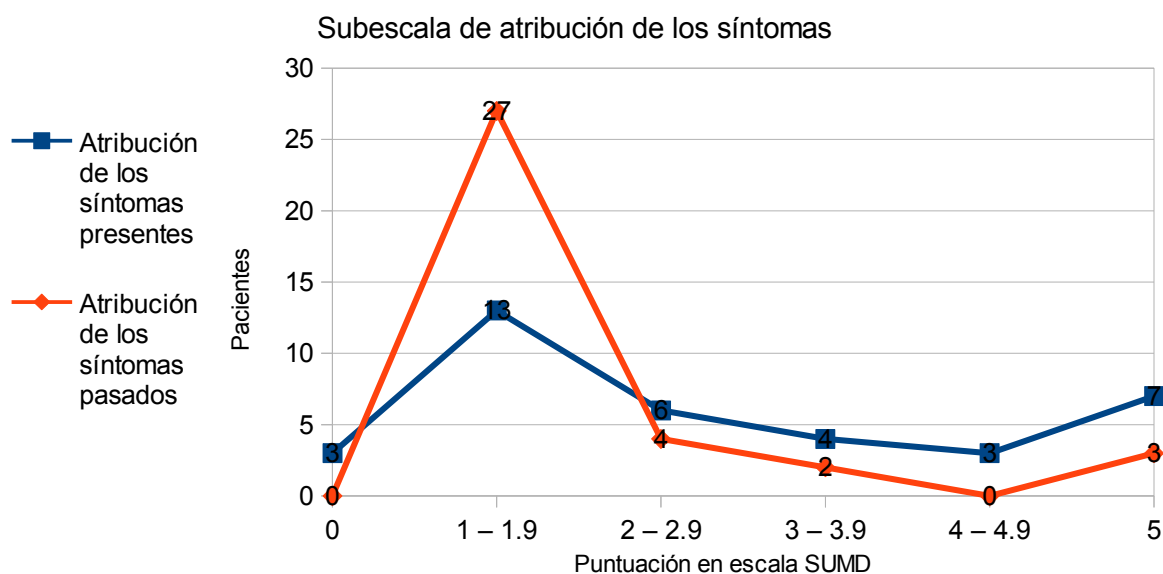


Gráfico 9.- Nivel de Atribución de los síntomas presentes y pasados

Resultados de la escala de Calgary

En esta muestra fueron evaluados los 9 ítems de la escala de Calgary a cada paciente. La puntuación mínima para los resultados de esta escala fue de 0 y la máxima de 12, con una puntuación promedio en el total de la muestra de 2.72 y una desviación estándar de 3.51.

Un total de 16 pacientes (44.44 %) refirieron 2 ó más síntomas depresivos de intensidad variable, entre estos síntomas se observó que el 44.4% de la muestra tenía presente el Ítem 1 de la escala, es decir refería la presencia de tristeza en las últimas 2 semanas. Seguido por el ítem 5 de la escala, que equivale a culpa patológica, la cual estuvo presente en el 38.88% del total de la muestra. El ítem 3 que equivale a autodepreciación estaba presente en un 25% de los pacientes y en un 19.4% de los pacientes estaba presente la desesperanza.

Cuadro 3.- Frecuencia por Síntomas – Ítem de la escala de Calgary en la muestra

Ítem Escala Calgary	Puntaje promedio	DE	% Pacientes con sintoma presente
1 Depresión	.61	.803	44.4
2 Desesperanza	.25	.604	19.4
3 Autodepreciación	.47	.910	25
4 Ideas culpables de referencia	.17	.447	13.8
5 Culpa patológica	.50	.697	38.8
6 Depresión matutina	.22	.591	16.6
7 Despertar precoz	.19	.467	16.6
8 Suicidio	.06	.232	5.5
9 Depresión observada	.31	.577	25

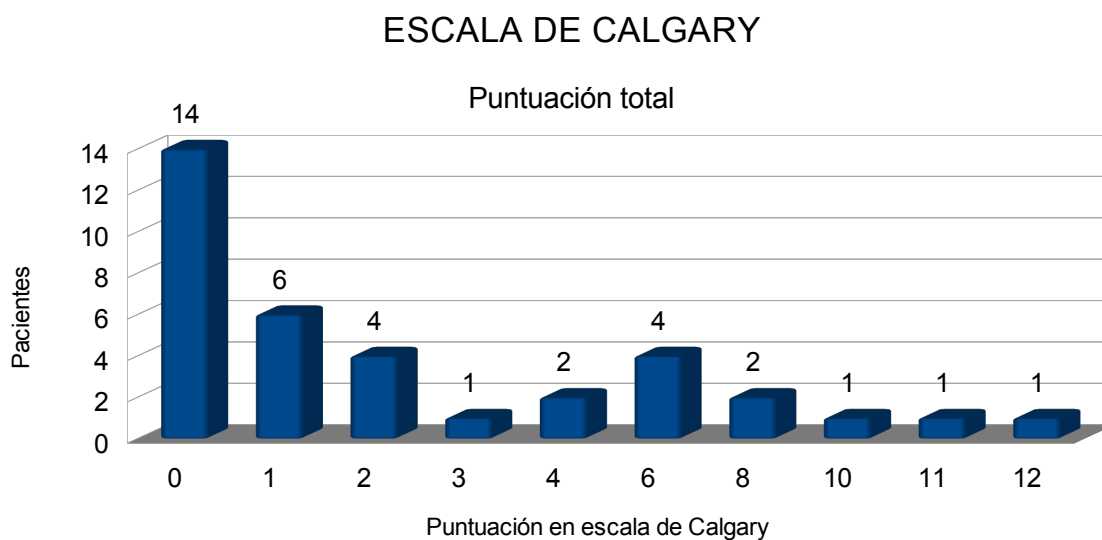


Gráfico 10.- Relación de puntuaciones obtenidas en la escala de Calgary

De los 36 pacientes, 9 presentaron una puntuación de 6 o más, es decir el 25% del total de la muestra cuenta con diagnóstico de Trastorno depresivo, de acuerdo con la escala de Calgary.

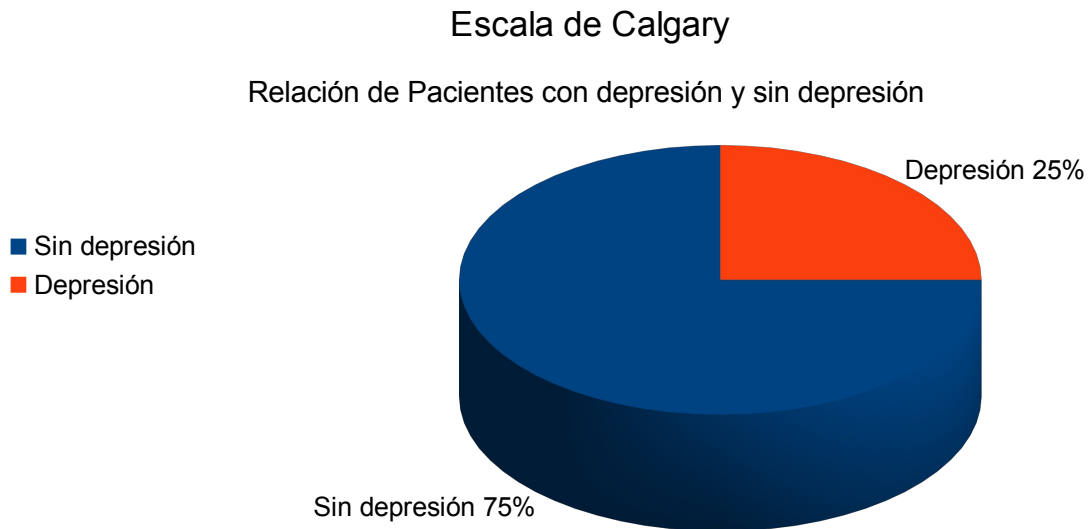


Gráfico 11.- Relación de pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo y sin trastorno depresivo

Características de los pacientes deprimidos

Un total de 9 pacientes resultaron con diagnóstico de trastorno depresivo, el 75% de estos pacientes fueron del género masculino, el 88.88% de ellos era soltero el resto divorciado. El 77.77 % (8 pacientes) tenía una escolaridad mayor a 9 años, es decir tenían como mínimo algún grado de bachillerato. El 77.77% de ellos estaba en manejo con antipsicótico atípico. El 66.66% no consumía tabaco. Un 33.33% de estos pacientes estaba en manejo con benzodiacepina, siendo esta en su totalidad clonazepam. El 33.33% (3 pacientes) tenía manejo con antidepresivo.

Cuadro 4.- Características sociodemográficas de pacientes deprimidos

VARIABLE	FX	% del total de muestra de deprimidos
GENERO		
Masculino	6	66.66
Femenino	3	33.33
EDAD DE LA MUESTRA		
De 25 – 30 años	4	44.44
De 30 – 35 años	1	11.11
De 36 – 40 años	2	22.22
Mas de 40 años	2	22.22
ESCOLARIDAD en años		
De 6 – 9 años	2	22.22
De 10 – 12 años	4	44.44
Mas de 13 años	3	33.33
ESTADO CIVIL		
Soltero	8	88.88
Divorciado	1	11.11
OCUPACION		
Estudiante	2	22.22
Hogar	2	22.22
Trabajador por su cuenta	1	11.11
Ninguna	3	33.33
Comerciante	1	11.11

Al hacer revisión del expediente se encontró que ninguno de los 9 pacientes contaba con diagnóstico de trastorno depresivo, sin embargo tres de ellos tenían manejo con antidepresivo, 1 de ellos con fluoxetina a dosis de 60 mg mencionándose en expediente que su uso era para síntomas obsesivos y el otro paciente manejado con duloxetina a 30 mg, dosis que tenía sin cambios desde hacía 3 años, sin especificarse la razón de su inicio y otro con fluoxetina 20 mg día, sin comentarse la razón de su uso.

Resultado de correlaciones

No fue encontrada ninguna correlación estadísticamente significativa entre la puntuación y los ítems de la escala de Calgary con la puntuación y los ítems de la escala para valorar la falta de conciencia del trastorno mental.

Tampoco se encontró ninguna correlación estadísticamente significativa de la puntuación de la escala de Calgary con variables como edad, género, años de padecimiento, consumo de tabaco ni con escolaridad.

Además se buscó correlación entre los síntomas depresivos o presencia de trastorno depresivo con antipsicótico, antidepresivo y benzodiacepina con el que se encontraban en manejo los pacientes, sin embargo no se encontró correlación estadísticamente significativa.

Respecto a la escala para valorar la falta de conciencia del trastorno mental no se encontró ninguna correlación estadísticamente significativa en ninguna de sus puntuaciones del presente o pasado con ningún antipsicótico, antidepresivo, ni benzodiacepina, tampoco se encontró correlación con edad, tabaco ni género.

Sin embargo si se encontró una correlación en la subescala de conciencia de los síntomas presentes con el número de años del padecimiento, siendo esta una correlación bilateral de 0.361 para una $p < .05$. Al comparar los resultados de estas dos variables, encontramos que un 12.5% de los pacientes con más de 10 años de evolución tienen un nivel de conciencia escaso o nulo en esta subescala, comparado con los que tiene menos de 10 años de evolución que ninguno de ellos presentó un nivel de escasa o nula conciencia para esta subescala.

Cuadro 5.- Correlación entre evolución del padecimiento y nivel de conciencia de los síntomas presentes

Evolución en años*	Nivel de conciencia de los síntomas presentes*			% Total
	1 – 2	3	4 – 5	
0 – 10 años	75%	25%	0	100%
Más de 10 años	62.50%	25%	12.50%	100%

*Se encontró correlación estadística entre conciencia de los síntomas presentes con número de años del padecimiento, de 0.361 para una $p < .05$

Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la escolaridad y la conciencia del trastorno mental presente, siendo esta una correlación de Rho de spearman de $-.358$ para una $p < .05$, se encontró también una correlación entre escolaridad y conciencia del trastorno mental pasado de Rho de spearman de $-.374$ para una $p < .05$ y una correlación entre escolaridad y conciencia de síntomas pasados de Rho de spearman de 0.439 para una $p < .01$.

Además, fue encontrada una correlación de pearson de $-.414$ para una $p < .05$ entre escolaridad y conciencia de los síntomas pasados. Al comparar los resultados de escolaridad con la puntuación en la conciencia del trastorno mental presente, conciencia del trastorno mental pasado y con la conciencia de los síntomas pasados encontramos que aquellos con escolaridad de 13 años o más, tenían en promedio un mejor nivel de conciencia de estos 3 puntos, comparado con aquellos con escolaridad de 6-9 años.

Cuadro 6.- Correlación entre escolaridad con conciencia del trastorno mental presente, pasado y conciencia de síntomas pasados

Escolaridad	Nivel de conciencia en escala SUMD			
	Conciencia del trastorno mental presente			
	1 – 2	3	4 – 5	% Total
6 – 9 años	63.63	9	27.2	100%
10 – 12 años	92.8	0	7.14	100%
13 o más año	90.9	0	9	100%
	Conciencia del trastorno mental pasado			
	1 – 2	3	4 – 5	% Total
6 – 9 años	63	18.18	18.18	100%
10 – 12 años	92.8	0	7.14	100%
13 o más año	90.9	9.09	0	100%
	Conciencia de los síntomas pasados			
	1 – 2	3	4 – 5	% Total
6 – 9 años	81.81	18.18	0	100%
10 – 12 años	92.8	7.14	0	100%
13 o más año	100	0	0	100%

*Correlación spearman de -.358 para una $p < .05$ entre escolaridad y conciencia del trastorno mental presente

+Correlación de spearman de -.374 para una $p < .05$ entre escolaridad y conciencia del trastorno mental pasado

** Correlación de spearman de 0.439 para una $p < .01$ entre escolaridad y conciencia de los síntomas pasados

Se encontró correlación estadísticamente significativa entre el estado civil y el nivel de conciencia del trastorno mental del pasado, siendo una correlación de pearson de .340 para un $p < .05$ y una correlación de pearson entre estado civil y conciencia de los síntomas pasados de .344 para una $p < .05$, además una correlación de pearson de .360 para una $p < .05$ entre atribución de los síntomas pasados y el estado civil.

Al comparar estas variables de la escala SUMD con el estado civil, encontramos que los pacientes casados en un 100% tenían mejor nivel de conciencia en estas variables de la escala, disminuyendo el nivel de conciencia en los solteros, siendo esta disminución aún más marcada en el paciente divorciado.

Cuadro 7.- Correlación del estado civil con conciencia del trastorno mental pasado, de síntomas pasados y atribución de síntomas pasados

Estado Civil	Nivel de conciencia en escala SUMD			
	Conciencia del trastorno mental pasado*			
	1 – 2	3	4 – 5	% Total
Soltero	84.37	9.37	6.25	100%
Casado	100	0	0	100%
Divorciado	0	0	100	100%
	Conciencia de síntomas pasados+			
Soltero	93.75	6.25	0	100%
Casado	100	0	0	100%
Divorciado	0	100	0	100%
	Atribución de síntomas pasados**			
Soltero	87.5	6.25	6.25	100%
Casado	100	0	0	100%
Divorciado	0	0	100	100%

* Correlación de pearson de .340 para una $p > .05$ entre estado civil y nivel de conciencia del trastorno mental pasado

+Correlación de pearson entre estado civil y conciencia de los síntomas pasados de .344 para una $p < .05$

**Correlación de pearson entre estado civil y atribución de los síntomas pasados de .360 para una $p < .05$

DISCUSION

La información disponible en la actualidad refiere que la prevalencia de esquizofrenia, en hombres y mujeres es la misma, con diferencias respecto a la edad de inicio dependiendo del género (2,3), sin embargo en este estudio llevado a cabo en 36 pacientes, se encontró que 24 de ellos son del género masculino y 12 del femenino es decir una relación 2:1 de hombre a mujer, a pesar de que los pacientes fueron seleccionados de manera aleatoria. Respecto a la edad, si se encontró una edad promedio mayor (33.58 años) en el género femenino en comparación con el género masculino (32.75 años) como se comenta en la literatura.

La comorbilidad con la dependencia a nicotina se ha documentado que oscila entre un 80 a un 90% de los pacientes con esquizofrenia (1), sin embargo en este estudio, se encontró que un 68.8% del total de la muestra no era consumidor actual de tabaco. Uno de los factores que habría que tomar en cuenta, es que la muestra consiste en pacientes que se encuentran estables, con buena adherencia al tratamiento y al seguimiento.

En este estudio se demuestra que la presencia de síntomas depresivos, son frecuentes en los pacientes con esquizofrenia que se encuentran estables, pues hasta un 44% de la muestra refirió al menos 2 síntomas depresivos, lo cual entra dentro de la prevalencia reportada por Robert R. Conley en el 2009, refiriendo que los síntomas depresivos pueden estar presentes en un 25 a 81% (4).

Esta prevalencia de síntomas depresivos hasta en un 44% de la muestra y la presencia de desesperanza de 19.4% es de vital importancia ya que ambos son considerados como factores de riesgo para suicidio como lo refiere Javier D. López-Moríñigo y cols. en el 2012 y Hawton K. y cols en el 2005 (11, 29).

Del total de esta muestra, encontramos que un 25% de los pacientes, cuentan con diagnóstico de trastorno depresivo, de acuerdo al punto de corte de 6 de la escala de Calgary. La frecuencia de trastorno depresivo en esta muestra, es igual a la reportada en el 2003 en la revisión de Siris y Bench de 25 % (30), similar a la encontrada en el estudio de Susana Majadas en el 2012 de 31%, donde se usó la escala de Calgary para diagnóstico de depresión y también cercana a la reportada por Otero en el 2004, en el estudio llevado a cabo en el Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, donde encontró una prevalencia de depresión hasta en un 34% de los pacientes (28), sin embargo en este último estudio, se utilizó el inventario de depresión de Beck como instrumento diagnóstico de depresión.

Es de importancia recalcar que puede existir una variación en esta prevalencia, como Siris y Bench lo refieren en una revisión de mas de 36 estudios, donde encuentran una variación en el diagnóstico de depresión en esquizofrenia de un 6 a 65%, con un rango modal de aproximadamente 25% , atribuyendo estos rangos de diferencia, a la definición usada para depresión, el intervalo de tiempo de observación y la fase de la enfermedad (30,6).

Se encontró que el 80.5% de la muestra, tenía manejo con antipsicótico atípico, siendo el mas frecuente risperidona, sin embargo no se encontró correlación entre el antipsicótico con la presencia de trastorno de depresivo o con el nivel de insight,

representando esto una diferencia con el estudio realizado por Susana Majadas y cols en el 2012, donde se encontró una diferencia significativa en la proporción de pacientes que no presentaban trastorno depresivo en relación con el antipsicótico que estaban recibiendo, ya que un 90% de los pacientes que se encontraban en manejo con quetiapina, no presentaban síntomas depresivos (6).

En este estudio un 33.3% de la muestra se encontraba en manejo adjunto con antidepresivo, siendo fluoxetina el antidepresivo usado con mayor frecuencia. Este hallazgo es similar al resultado referido por Samuel G. Siris y cols en el estudio realizado en el año 2001, donde se aplicó la encuesta internacional de depresión en esquizofrenia a Médicos Psiquiatras de Estados Unidos de América, Canada, Australia y 21 países de Europa, donde se refiere que un 43% de los médicos agregaban antidepresivo al manejo de pacientes no hospitalizados, con diagnóstico de esquizofrenia, mencionando que fluoxetina era el antidepresivo mas comunmente usado (9).

Los pacientes que constituyen esta muestra son aquellos con diagnóstico de esquizofrenia, en fase estable, por lo que en este estudio encontramos una alta frecuencia de trastorno depresivo en este tipo de pacientes. Este mismo hallazgo es referido por Susana Majadas y cols en el 2012. Sin embargo muestra una diferencia con Mulholland C. y cols en el 2000 donde refiere una mayor frecuencia de trastorno depresivo en la fase aguda, que en la fase estable (31).

Esta muestra incluye pacientes que se encuentran en seguimiento continuo así como con un adecuado apego al tratamiento y sin embargo ninguno cuenta con diagnóstico de trastorno depresivo en su expediente, lo que representa una situación de

infradiagnóstico y de elevado riesgo para los pacientes. Diferente a este resultado, Samuel G. Siris y cols tras aplicar la encuesta internacional de depresión en esquizofrenia en el año 2001, encontró que los Médicos Psiquiatras de Estados Unidos de América se referían alertas ante el diagnóstico de depresión y a los problemas relacionados a este diagnóstico comórbido en esquizofrenia, representando una minoría aquellos que percibían a la depresión en esquizofrenia, como una situación de bajo impacto.

El nivel de insight encontrado en los 5 puntos que evalúa la escala para valorar la falta de conciencia de un trastorno mental, en promedio, fue de 2, lo que equivale a un buen a moderado nivel de insight, lo cual representa una diferencia con Carpenter WT y cols en 1973, en su estudio piloto internacional en esquizofrenia de la organización mundial de la salud, donde encuentra que la falta de insight era una característica invariable de la esquizofrenia aguda o crónica, encontrando que un 50 a 80% de los pacientes presentan una falta, total o parcial de insight sobre su enfermedad (32). Sin embargo esto podría explicarse a que la muestra de este estudio, está constituida por pacientes estables, que tienen un adecuado apego al tratamiento y acuden de manera constante a sus consultas, además un 41.6% de estos pacientes acuden a hospital parcial, donde uno de los puntos principales en ese servicio, es mejorar el nivel de insight en los pacientes.

La hipótesis de este estudio consistía en que la presencia de depresión en pacientes con esquizofrenia está relacionada con un alto nivel de insight, sin embargo no se encontró ninguna correlación estadísticamente significativa en el nivel de insight con los

síntomas depresivos o el trastorno depresivo, medido con la escala de Calgary. Este resultado es similar al estudio de Susana Majadas y cols del 2012, donde refiere una escasa correlación entre depresión y un buen nivel de insight (6) o, a la revisión realizada por Javier López y cols en el 2012, donde no se encontró una relación concluyente entre el nivel de insight y el riesgo suicida (11). Incluso hay estudios donde se reporta que un bajo nivel de insight, tiene una relación con síntomas depresivos, como lo comenta O. Moore y cols en su estudio de 1999 (15).

La falta de correlación entre estas dos variables de este estudio, muestra una diferencia significativa, a aquella encontrada por Ampalam y cols en su estudio del 2012, donde encontró una elevada correlación entre un buen nivel de insight con la presencia de trastorno depresivo (10).

Entre los factores que habría a tomar en cuenta como causa de esta falta de correlación, es el que el nivel promedio de conciencia de la totalidad de la muestra es bueno con una alta prevalencia de trastorno depresivo, sin embargo no contamos con un grupo de población con un bajo nivel de insight, con el cual comparar prevalencia de depresión entre ambos grupos.

En este estudio se encontró una correlación estadísticamente significativa del nivel de insight con el número de años del padecimiento, con la escolaridad e incluso con el estado civil. Encontramos que en los pacientes que tenían menos de 10 años de evolución el 0% de ellos presentaba un escaso o nulo nivel de insight en la subescala de conciencia de los síntomas presentes, comparado con un 12.5% de los pacientes que tenían mas de 10 años de evolución, quienes si presentaban un escaso o nulo nivel de insight en esta subescala. Este resultado es similar al reportado por Ampalam

y cols en el 2012 donde encontró que tras el incremento de la duración de la esquizofrenia, el insight sobre la enfermedad, disminuye (10).

Respecto a la correlación entre el nivel de insight y la escolaridad, se encontró que a mayor escolaridad, sobre todo en aquellos que tenían algún grado de licenciatura tenían en promedio un mejor nivel de conciencia del trastorno mental presente, conciencia del trastorno mental pasado y de la conciencia de los síntomas pasados. Este hallazgo también fue presentado en el estudio de Ampalam y cols en el 2012, encontrado una fuerte correlación entre la escolaridad y el nivel de insight (10).

A diferencia de Ampalam y cols, donde refieren que los sujetos casados tiene un menor nivel de insight (10), en nuestro estudio se encontró, que la totalidad de los pacientes casados de esta muestra, tenían buen nivel de insight en conciencia del trastorno mental pasado, conciencia de los síntomas pasados y atribución de los síntomas pasados, en comparación con los solteros o el paciente divorciado. Sin embargo hay que tomar en cuenta que en este estudio, la cantidad de pacientes casados es de 3.

CONCLUSIONES

En resumen, en esta muestra de 36 pacientes, se encontró una alta prevalencia de síntomas depresivos, apoyando la idea de que los síntomas depresivos, son una parte integral de la esquizofrenia, y que pueden ocurrir en cualquier momento durante el curso de la enfermedad.

Se encontró una elevada prevalencia de trastorno depresivo en la población de estudio, similar a la reportada por otros autores a nivel internacional. Sin embargo se encontró una situación de infradiagnóstico lo que implica riesgo de suicidio para este grupo de población.

La población de estudio tuvo en promedio un buen nivel de insight, en los 5 puntos de la escala SUMD. Encontramos una correlación entre un mayor nivel de escolaridad con un mayor nivel de insight. Se demostró que a más de 10 años de evolución de la enfermedad, se observa una disminución de insight y que el estar casado representaba un mayor nivel de insight.

No se encontró correlación entre el trastorno depresivo con el nivel de insight, sin embargo no se puede concluir que no existe dicha relación por lo que no se apoya la hipótesis nula, debido a que se trata de un estudio transversal, la muestra es pequeña, el promedio de nivel de insight de la totalidad de la muestra fue bueno por lo que no podemos hacer una comparación entre pacientes deprimidos de bajo nivel de insight con aquellos que lo presentan elevado. Futuros estudios podrían enfocarse a realizar estudios comparativos para determinar la depresión entre grupos con diferentes niveles de insight.

REFERENCIAS

- 1.- Autores. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales texto revisado DSM-IV-TR. 1ª Ed. Barcelona:Elsevier Masson;2002.
- 2.- Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. Kaplan & sadock Sinopsis de psiquiatría. 10ª Ed. Barcelona(España): Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- 3.- Theodore A. Stern, Jerrold F. Rosenbaum, Maurizio Fava, Joseph Biederman, Scott L. Rauch. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. 1ª Ed. Estados Unidos de América: Mosby; 2008.
- 4.- Robert R. Conley. The Burden of Depressive Symptoms in People with Schizophrenia. Psychiatr Clin N Am. 2009; (32): 853–861.
- 5.- Okan Ekinci, Görkem Karakas Ugurlu, Yakup Albayrak, Murat Arslan, Ali Caykoylu. The relationship between cognitive insight, clinical insight, and depression in patients with schizophrenia. Comprehensive Psychiatry. 2012; (53): 195– 200.
- 6.- Susana Majadas, Jose Olivares, Jaime Galan, Teresa Diez. Prevalence of depression and its relationship with other clinical characteristics in a sample of patients with stable schizophrenia. Comprehensive Psychiatry. 2012; (53): 145–151.
- 7.- Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2009; 35 (2): 383–402
- 8.- Stephen M. Stahl. Psicofarmacología Esencial de Stahl. 3a Ed. España: Aula Médica; 2010.
- 9.- Samuel G. Siris, Donald Addington, Jean-Michel Azorin, Ian R.H. Falloon, Jes Gerlach, Steven R. Hirsch. Depression in schizophrenia: recognition and management in the USA. Schizophrenia Research. 2001; (47): 185-197

- 10.-** Prasanth Ampalam, Raga Deepthi, Padma Vadaparty. Schizophrenia – Insight, depression: A Correlation Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2012; (34):
- 11.-** Javier D. López-Moríñigo, Ramón Ramos-Ríos, Anthony S. David, Rina Dutta. Insight in schizophrenia and risk of suicide: a systematic update. *Comprehensive Psychiatry*. 2012; (53): 313–322.
- 12.-** Keith Hawton, Lesley Sutton, Camilla Haw, Julia Sinclair, Jonathan J. Deeks. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *BJP*. 2005; (187): 9-20.
- 13.-** Mounir Ouzir, Jean Michel Azorin, Marc Adida, Driss Boussaoud, Omar Battas. Insight in schizophrenia: From conceptualization to neuroscience. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2012; (66): 167–179.
- 14.-** L. Boyer, V. Aghababian, R. Richieri, A. Loundou, R. Padovani, M.C. Simeoni, P. Auquier, C. Lançon. Insight into illness, neurocognition and quality of life in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2012; (36): 271–276.
- 15.-** I. Eguiluz, R. Segarra. *Introducción a la psicopatología*. Barcelona, España: Ars Médica; 2005.
- 16.-** O. Moore, E. Cassidy, A. Carr, E. O'Callaghan. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 1999; 14: 264-9.
- 17.-** Tania M. Lincoln, Eva Lullmann, Winfried Rief. Correlates and Long-Term Consequences of Poor Insight in Patients With Schizophrenia. A Systematic Review. *Schizophrenia Bulletin*. 2007; 33(6): 1324–1342.

- 18.-** R. J. Drake, A. Pickles, R.P. Bentall, P. Kinderman, G. Haddock, N. Tarrier, et al. The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychological Medicine*. 2004; (34): 285–292.
- 19.-** A. I. Ruiz, E. Pousa, R. Duñó, J. M. Crosas, S. Cuppa, C. García-Ribera. Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36(2):111-119.
- 20.-** Gerdina H.M. Pijnenborg, Rozanne J.M. van Donkersgoed, Anthony S. David, André Aleman. Changes in insight during treatment for psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2013; (144): 109–117.
- 21.-** Rémy Dumas, Karine Baumstarck, Pierre Michel, Christophe Lançon, Pascal Auquier, Laurent Boyer. Systematic Review Reveals Heterogeneity in the Use of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD). *Curr Psychiatry Rep*. 2013; (15):361
- 22.-** Xavier F. Amador, David H. Strauss, Scott A. Yale, Michael M. Flaum, Jean Endicott, Jack M. Gorman. Assessment Of insight In Psychosis. *The American Journal Of Psychiatry*. 1993; 150(6): 873
- 23.-** Hector A. Ortega Soto, Sergio Gracia Perales, Berta Imaz, José Pacheco Patzin, Elizabeth Brunner, Rogelio Apiquían, et al. Validez y reproductibilidad de una escala para evaluar la depresión en pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental*. 1994; 17 (3):7-14.
- 24.-** Ramírez N., Sarros S., Arranz B., Sánchez J. M., González J. M., San L. Instrumentos de evaluación de la depresión en la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2001; 29(4):259-268

- 25.-** Sergio Gracia Perales, Hector A. Ortega Soto. Actualización por temas Depresión en esquizofrenia. Salud Mental. 1994; 17 (1): 49-53.
- 26.-** Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica Tomo I
- 27.-** Eduardo Navarrete Santamaría. Asociación entre conciencia de enfermedad e intencionalidad de suicidio en pacientes esquizofrénicos. Tesis Para la obtención del título de Médico Especialista en Psiquiatría. UNAM Agosto, 2011.
- 28.-** Gerardo Otero Castañeda. Presencia de depresión en pacientes con esquizofrenia. Tesis Para la obtención del título de Médico Especialista en Psiquiatría. UNAM Febrero, 2004.
- 29.-** Hawton K., Sutton L., Haw C., Sinclair J., Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. Br J Psychiatry 2005; 187: 9-20.
- 30.-** Siris SG., Bench C. Depression and schizophrenia. In: Hirsch SR, Weinberger D, editors. Schizophrenia. 2A edición. Oxford, United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd;2003.
- 31.-** Mulholland C., Cooper S. The symptom of depression in schizophrenia and its management, Adv Psychiatry Treat 2000; 6: 169-77.
- 32.-** Amador XF., Gorman JM. Psychopatologic domains and insight in schizophrenia. Psychiatr Clin N Am. 1998; 21: 27-42.
- 33.-** Carpenter WT., Strauss JS., Bartko JJ., Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: Report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. Science 1973; 182: 1275-1278.

ANEXOS

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Consentimiento informado

“Correlacion de insight y depresión en pacientes con esquizofrenia”

México, DF a de del 2014

A través de este documento, declaro que acepto participar en el protocolo de estudio “correlación de insight y depresión en pacientes con esquizofrenia” del cual se me ha informado lo siguiente:

- Tiene como objetivo determinar si existe una relación entre el nivel de conciencia de enfermedad y la presencia de depresión en pacientes con esquizofrenia.
- Se me aplicarán 4 escalas, que consisten en diversas preguntas, las cuales se llevaran a cabo en aproximadamente 1 hora.
- La entrevista será realizada en el servicio de hospital parcial o de consulta externa.
- En caso de que se me encuentre un trastorno depresivo actual se le informará a mi médico tratante, para que lleve a cabo las acciones medicas o farmacológicas que el considere conveniente.

Firma del paciente o responsable del paciente

Firma y Nombre del Médico

Escala para valorar la falta de conciencia de trastorno mental (SUMD)

1.- Conciencia de trastorno mental

En términos generales, ¿El sujeto cree que el/ella tiene un trastorno mental, problema psiquiátrico, problema emocional etc.?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado (Nota: Siempre califique como 0 a cualquier ítem que sea Información faltante)
- 1 1 Consciente: El sujeto claramente cree que el/ella tiene un trastorno mental
- 2 2
- 3 3 Moderadamente consciente: No está seguro si el/ ella tiene un trastorno mental, pero podría considerarlo.
- 4 4
- 5 5 Sin conciencia: No cree que el/ ella tenga un trastorno mental

2.- Conciencia de los efectos logrados por el medicamento:

¿Cuál es la creencia del sujeto acerca de los efectos de el medicamento? ¿El sujeto cree que el medicamento ha disminuido la intensidad o frecuencia de sus síntomas (si fuera aplicable)?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Consciente: El sujeto claramente cree que el medicamento ha disminuido la Intensidad o frecuencia de sus síntomas.
- 2 2
- 3 3 Moderadamente consciente : No está seguro si el medicamento ha disminuido la Intensidad o frecuencia de sus síntomas, pero podría considerarlo.
- 4 4
- 5 5 sin conciencia: No cree que el medicamento ha disminuido la intensidad o Frecuencia de sus síntomas.

3.- Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental:

¿Cuál es la creencia del sujeto acerca de la razón por la que el/ella ha sido ingresado al hospital, involuntariamente hospitalizado, arrestado, desalojado, despedido, lesionado, etc.?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Consciente: El sujeto claramente cree que las consecuencias sociales relevantes, están Relacionadas a tener un trastorno mental.
- 2 2
- 3 3 Moderadamente consciente : No está seguro si las consecuencias sociales relevantes están Relacionadas a tener un trastorno mental.
- 4 4
- 5 5 Sin conciencia: No cree que las consecuencias sociales relevantes estén relacionadas a tener un trastorno mental.

Ítems de Síntomas

4.- Conciencia de las alucinaciones:

El sujeto reconoce que el/ella tiene falsas percepciones? Por ejemplo, un sujeto que cree estar escuchando la voz de su tío muerto no está consciente de la falsa naturaleza de esta percepción, de que es una alucinación. Si el puede considerar que esta percepción es producida internamente, por ejemplo " Estoy bajo mucho estrés, creo que mi mente podría estar engañándome", el está moderadamente consciente. Si el cree que su tío no puede estar hablándole y que esta percepción debe ser falsa, el está consciente.

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Consciente: El sujeto claramente cree que son alucinaciones
- 2 2
- 3 3 Moderadamente consciente : No está seguro si son alucinaciones, pero podría considerarlo
- 4 4
- 5 5 sin conciencia: No cree que sean alucinaciones.

4b.- Atribución:

Como se explica el sujeto esta experiencia?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Correcto: El síntoma esta asociado a un trastorno mental.
- 2 2
- 3 3 Parcialmente: No está seguro, pero puede considerar la posibilidad de que esté asociado a un trastorno mental
- 4 4
- 5 5 Incorrecto: el síntoma no esta relacionado a un trastorno mental.

5.- Conciencia de ideas delirantes

¿Esta el sujeto consciente de presentar ideas delirantes tales, como creencias falsas producidas internamente?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Consciente: El sujeto claramente cree que tiene ideas delirantes.
- 2 2
- 3 3 Moderadamente consciente: No esta seguro si tiene ideas delirantes, pero podría considerarlo. (Por ejemplo reconocer que tiene "pensamientos absurdos" o "mi mente podría estar engañándome").
- 4 4
- 5 5 Inconsciente: No cree que tenga ideas delirantes.

5b.- Atribución:

Como se explica el sujeto esta experiencia?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Correcto: El síntoma esta asociado a un trastorno mental.
- 2 2
- 3 3 Parcialmente: No está seguro, pero puede considerar la posibilidad de que esté asociado a un trastorno mental
- 4 4
- 5 5 Incorrecto: el síntoma no esta relacionado a un trastorno mental.

6.- Conciencia de trastorno del pensamiento

¿Está consciente el sujeto que su comunicación es desorganizada y es difícil de comprender por los demás?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Consciente: El sujeto claramente cree que su comunicación o pensamiento están desorganizados.
- 2 2
- 3 3 Moderadamente consciente : No está seguro si su comunicación o pensamiento están desorganizados pero podría considerarlo.
- 4 4
- 5 5 sin conciencia: No cree que su pensamiento o comunicación estén desorganizados

6b.- Atribución:

Como se explica el sujeto esta experiencia?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Correcto: El síntoma esta asociado a un trastorno mental.
- 2 2
- 3 3 Parcialmente: No está seguro, pero puede considerar la posibilidad de que esté asociado a un trastorno mental
- 4 4
- 5 5 Incorrecto: el síntoma no esta relacionado a un trastorno mental.

7.- Conciencia de afecto inapropiado

¿Esta el sujeto consciente que a veces muestra un afecto que es inapropiado dada las circunstancias sociales y/o el contenido de su pensamiento?

Pr Pas

0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante

1 1 Consciente: El sujeto claramente cree muestra expresiones afectivas inapropiadas.

2 2

3 3 Moderadamente consciente : No está seguro si muestra expresiones afectivas inapropiadas, pero podría considerarlo.

4 4

5 5 sin conciencia: no cree que muestre expresiones afectivas inapropiadas.

7b.- Atribución:

Como se explica el sujeto esta experiencia?

Pr Pas

0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante

1 1 Correcto: El síntoma esta asociado a un trastorno mental.

2 2

3 3 Parcialmente: No está seguro, pero puede considerar la posibilidad de que esté asociado a un trastorno mental

4 4

5 5 Incorrecto: el síntoma no esta relacionado a un trastorno mental.

8.- Conciencia de apariencia inusual

¿Esta el sujeto consciente que su apariencia (Vestimenta, maquillaje, Etc.) es inusual o extraña en el contexto de las normas culturales?

Pr Pas

0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante

1 1 Consciente: El sujeto claramente cree que su apariencia es inusual.

2 2

3 3 Moderadamente consciente: No está seguro si su apariencia es inusual pero podría considerarlo.

4 4

5 5 Sin conciencia: No cree que su apariencia es inusual

8b.- Atribución:

Como se explica el sujeto esta experiencia?

Pr Pas

0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante

1 1 Correcto: El síntoma esta asociado a un trastorno mental.

2 2

3 3 Parcialmente: No está seguro, pero puede considerar la posibilidad de que esté asociado a un trastorno mental

4 4

5 5 Incorrecto: el síntoma no esta relacionado a un trastorno mental.

9.- Conciencia de conductas rituales o estereotípicas

¿Esta el sujeto consciente de que toma actitudes o se involucra en rituales o acciones repetitivas?

Pr Pas

0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante

1 1 Consciente: El sujeto claramente cree que muestra conductas rituales o estereotípicas

2 2

3 3 Moderadamente consciente : No está seguro si muestra conductas rituales o estereotípicas pero podría considerarlo.

4 4

5 5 Sin conciencia: No cree mostrar conductas rituales o estereotípicas

9b.- Atribución:

Como se explica el sujeto esta experiencia?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Correcto: El síntoma esta asociado a un trastorno mental.
- 2 2
- 3 3 Parcialmente: No está seguro, pero puede considerar la posibilidad de que esté asociado a un trastorno mental
- 4 4
- 5 5 Incorrecto: el síntoma no esta relacionado a un trastorno mental.

10.- Conciencia de juicio social pobre

¿Está consciente el sujeto que por su juicio social, las personas a su alrededor se muestran avergonzadas, molestas, o generalmente incomodas?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Consciente: El sujeto claramente cree que su juicio social es pobre.
- 2 2
- 3 3 Moderadamente consciente: No está seguro si su juicio social es pobre pero podría considerarlo.
- 4 4
- 5 5 Sin conciencia: No cree tener un juicio social pobre.

10b.- Atribución:

Como se explica el sujeto esta experiencia?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Correcto: El síntoma esta asociado a un trastorno mental.
- 2 2
- 3 3 Parcialmente: No está seguro, pero puede considerar la posibilidad de que esté asociado a un trastorno mental
- 4 4
- 5 5 Incorrecto: el síntoma no esta relacionado a un trastorno mental.

11.- Conciencia de pobre control de impulsos agresivos:

¿Esta el sujeto conciente de tener pobre control sobre sus impulsos agresivos?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Consciente: El sujeto claramente cree que tiene pobre control de impulsos en esta área.
- 2 2
- 3 3 Moderadamente consciente : No está seguro de tener pobre control de impulsos, pero podría considerarlo.
- 4 4
- 5 5 Sin conciencia: No cree tener pobre control de impulsos en esta área.

11b.- Atribución:

Como se explica el sujeto esta experiencia?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Correcto: El síntoma esta asociado a un trastorno mental.
- 2 2
- 3 3 Parcialmente: No está seguro, pero puede considerar la posibilidad de que esté asociado a un trastorno mental
- 4 4
- 5 5 Incorrecto: el síntoma no esta relacionado a un trastorno mental.

12.- Conciencia de pobre control de impulsos sexuales.

¿Está el sujeto consciente de tener pobre control sobre sus impulsos sexuales?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Consciente: El sujeto claramente cree que tiene pobre control de impulsos en esta área.
- 2 2
- 3 3 Moderadamente consciente : No está seguro de tener pobre control de impulsos, pero podría considerarlo.
- 4 4
- 5 5 Sin conciencia: No cree tener pobre control de impulsos en esta área.

12b.- Atribución:

Como se explica el sujeto esta experiencia?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Correcto: El síntoma esta asociado a un trastorno mental.
- 2 2
- 3 3 Parcialmente: No está seguro, pero puede considerar la posibilidad de que esté asociado a un trastorno mental
- 4 4
- 5 5 Incorrecto: el síntoma no esta relacionado a un trastorno mental.

13.- Conciencia de un discurso pobre o lento (Alogia)

¿Está el sujeto consciente que su discurso es pobre, respecto a la cantidad del contenido; o que es lento al responder a las preguntas o persevera? Califique la consciencia del sujeto de estas características globalmente.

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Consciente: El sujeto claramente cree que tiene un discurso pobre o lento.
- 2 2
- 3 3 Moderadamente consciente : No está seguro de tener un discurso pobre o lento, pero podría considerarlo.
- 4 4
- 5 5 Sin conciencia: No cree tener un discurso pobre o lento.

13b.- Atribución:

Como se explica el sujeto esta experiencia?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Correcto: El síntoma esta asociado a un trastorno mental.
- 2 2
- 3 3 Parcialmente: No está seguro, pero puede considerar la posibilidad de que esté asociado a un trastorno mental
- 4 4
- 5 5 Incorrecto: el síntoma no esta relacionado a un trastorno mental.

14.- Conciencia de afecto aplanado o embotado:

¿Está el sujeto consciente que sus expresiones faciales no cambian, son menos espontáneas, no responden afectivamente o que produce escasos gestos expresivos, tiene pobre contacto visual o que su voz carece de inflexiones? No califique el humor del sujeto.

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Consciente: El sujeto claramente cree que su afecto esta aplanado o embotado.
- 2 2
- 3 3 Moderadamente consciente : No está seguro de tener un afecto aplanado o embotado, pero podría considerarlo.
- 4 4
- 5 5 Sin conciencia: No cree tener un afecto aplanado o embotado.

14b.- Atribución:

Como se explica el sujeto esta experiencia?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Correcto: El síntoma esta asociado a un trastorno mental.
- 2 2
- 3 3 Parcialmente: No está seguro, pero puede considerar la posibilidad de que esté asociado a un trastorno mental
- 4 4
- 5 5 Incorrecto: el síntoma no esta relacionado a un trastorno mental.

15.- Conciencia de abulia-apatía:

¿Está el sujeto consciente de parecer menos atento de lo normal al aseo y la higiene, o de tender a ser físicamente inerte o ser impersistente en actividades dirigidas a metas?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Consciente: El sujeto claramente cree parecer apático
- 2 2
- 3 3 Moderadamente consciente : No está seguro parecer apático, pero podría considerarlo.
- 4 4
- 5 5 Sin conciencia: No cree parecer apático.

15b.- Atribución:

Como se explica el sujeto esta experiencia?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Correcto: El síntoma esta asociado a un trastorno mental.
- 2 2
- 3 3 Parcialmente: No está seguro, pero puede considerar la posibilidad de que esté asociado a un trastorno mental
- 4 4
- 5 5 Incorrecto: el síntoma no esta relacionado a un trastorno mental.

16.- Conciencia de anhedonia o aislamiento.

¿Esta el sujeto consciente que su conducta refleja una disminución para presentar interés o placer mientras participa en actividades normalmente asociadas con sentimientos, o de no lograr demostrar interés en relaciones sociales?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Consciente: El sujeto claramente cree estar aislado socialmente y parecer tener poco placer en las cosas.
- 2 2
- 3 3 Moderadamente consciente : No está seguro de estar socialmente aislado o sin placer pero podría considerarlo.
- 4 4
- 5 5 Sin conciencia: No cree estar socialmente aislado o sin placer.

16b.- Atribución:

Como se explica el sujeto esta experiencia?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Correcto: El síntoma esta asociado a un trastorno mental.
- 2 2
- 3 3 Parcialmente: No está seguro, pero puede considerar la posibilidad de que esté asociado a un trastorno mental
- 4 4
- 5 5 Incorrecto: el síntoma no esta relacionado a un trastorno mental.

17.- Conciencia de pobre atención

¿Está el sujeto consciente de parecer tener dificultad para concentrarse o mantener su atención?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Consciente: El sujeto claramente cree tener pobre atención.
- 2 2
- 3 3 Moderadamente consciente : No está seguro de tener pobre atención, pero podría considerarlo.
- 4 4
- 5 5 Sin conciencia: No cree tener pobre atención.

17b.- Atribución:

Como se explica el sujeto esta experiencia?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Correcto: El síntoma esta asociado a un trastorno mental.
- 2 2
- 3 3 Parcialmente: No está seguro, pero puede considerar la posibilidad de que esté asociado a un trastorno mental
- 4 4
- 5 5 Incorrecto: el síntoma no esta relacionado a un trastorno mental.

18.- Conciencia de desorientación – confusión.

¿Esta el sujeto consciente de parecer confuso o desorientado?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Consciente: El sujeto claramente cree parecer confuso o desorientado.
- 2 2
- 3 3 Moderadamente consciente : No está seguro de parecer confuso o desorientado, pero podría considerarlo.
- 4 4
- 5 5 Sin conciencia: No cree parecer confuso o desorientado.

18b.- Atribución:

Como se explica el sujeto esta experiencia?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Correcto: El síntoma esta asociado a un trastorno mental.
- 2 2
- 3 3 Parcialmente: No está seguro, pero puede considerar la posibilidad de que esté asociado a un trastorno mental
- 4 4
- 5 5 Incorrecto: el síntoma no esta relacionado a un trastorno mental.

19.- Conciencia de contacto visual inusual.

¿Esta el sujeto consciente que su contacto visual es inusual, al parecer mirar a través de la persona con la que habla o evitar el contacto visual excesivamente?

Pr Pas

- 0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante
- 1 1 Consciente: El sujeto claramente cree que su contacto visual es inusual.
- 2 2
- 3 3 Moderadamente consciente : No está seguro de tener un contacto visual inusual, pero podría considerarlo.
- 4 4
- 5 5 Sin conciencia: No cree tener contacto visual inusual.

19b.- Atribución:

Como se explica el sujeto esta experiencia?

Pr Pas

0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante

1 1 Correcto: El síntoma esta asociado a un trastorno mental.

2 2

3 3 Parcialmente: No está seguro, pero puede considerar la posibilidad de que esté asociado a un trastorno mental

4 4

5 5 Incorrecto: el síntoma no esta relacionado a un trastorno mental.

20.- Conciencia de relaciones sociales escasas:

¿Está el sujeto consciente de parecer tener escasas o ninguna relación íntima fuera de su familia, y que las relaciones que tiene parecen ser superficiales?

Pr Pas

0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante

1 1 Consciente: El sujeto claramente cree tener escasas relaciones sociales.

2 2

3 3 Moderadamente consciente : No está seguro de tener escasas relaciones sociales, pero podría considerarlo.

4 4

5 5 Sin conciencia: No cree tener escasas relaciones sociales.

20b.- Atribución:

Como se explica el sujeto esta experiencia?

Pr Pas

0 0 No puede ser evaluado o el ítem no es relevante

1 1 Correcto: El síntoma esta asociado a un trastorno mental.

2 2

3 3 Parcialmente: No está seguro, pero puede considerar la posibilidad de que esté asociado a un trastorno mental

4 4

5 5 Incorrecto: el síntoma no esta relacionado a un trastorno mental.

ESCALA DE CALGARY

1. Depresión

¿Cómo describiría usted su humor durante las 2 últimas semanas: se ha mantenido razonablemente alegre o ha estado muydeprimido o bajo de espíritu recientemente? ¿En las 2 últimas semanas con qué frecuencia ha estado... (propias palabras)? ¿Todos los días? ¿Durante todo el día?

0. Ausente

1. Leve. Expresa alguna tristeza o desaliento sobre la pregunta

2. Moderado. Claro humor deprimido que persiste menos de la mitad del tiempo durante las últimas 2 semanas; presencia

diaria

3. Grave. Marcado humor deprimido que persiste diariamente más de la mitad del tiempo e interfiere con el funcionamiento

motor y social normal

2. Desesperanza

¿Cómo ve su propio futuro? ¿Puede ver algún futuro, o la vida le parece sin esperanza? ¿Se ha rendido o aún le queda alguna razón para seguir?

0. Ausente

1. Leve. Ha sentido alguna vez desesperanza durante la última semana pero aún tiene algún grado de esperanza para el futuro

2. Moderado. Sentimiento de desesperanza persistente y moderado durante la última semana. Puede ser persuadido de que

es posible que las cosas vayan mejor

3. Grave. Sentimiento de desesperanza persistente y doloroso

3. Autodepreciación

¿Cuál es la opinión acerca de sí mismo comparado con las demás personas? ¿Se siente usted mejor, peor o similar a la mayoría? ¿Se siente usted inferior e incluso inútil?

0. Ausente

1. Leve. Algún sentimiento de inferioridad pero sin llegar a sentirse inútil

2. Moderado. El sujeto se siente inútil, pero menos del 50 % del tiempo

3. Grave. El sujeto se siente inútil más del 50 % del tiempo. De otra manera, puede ser cuestionado a reconocerlo

4. Ideas culpables de referencia

¿Tiene la sensación de que está siendo culpado de algo o incluso erróneamente acusado? ¿De qué? (No incluir culpas o acusa- ciones justificadas. Excluir delirios de culpa)

0. Ausente

1. Leve. El sujeto se siente culpado, pero no acusado, menos del 50 % del tiempo

2. Moderado. Sentimiento persistente de ser culpado y/o sentimientos ocasionales de ser acusado

3. Grave. Sentimiento persistente de ser acusado. Cuando se le cuestiona reconoce que no es así

5. Culpa patológica

¿Tiende a culparse usted mismo por pequeñas cosas que pudo haber hecho en el pasado? ¿Cree usted que merece estar tan preocupado por ello?

0. Ausente

1. Leve. El sujeto a veces se siente excesivamente culpable de algún pequeño error, pero menos del 50 % del tiempo

2. Moderado. El sujeto normalmente (más del 50% del tiempo) siente culpa acerca de hechos pasados cuya significancia exagera

3. Grave. El sujeto normalmente cree que es culpable de todo lo que ha ido mal, incluso cuando no es por su culpa

6. Depresión matutina

Cuando se ha sentido deprimido durante las últimas 2 semanas, ¿ha notado que la depresión empeoraba en algún momento concreto del día?

0. Ausente. No hay depresión

1. Leve. Depresión presente pero sin variaciones diurnas

2. Moderado. Se menciona espontáneamente que la depresión es peor por la mañana

3. Grave. Depresión marcadamente peor durante la mañana, con funcionamiento dificultado que mejora por la tarde

7. Despertar precoz

¿Se despierta más temprano por la mañana de lo que es normal en usted? ¿Cuántas veces a la semana ocurre esto?

0. Ausente. No hay despertar precoz

1. Leve. Ocasionalmente (hasta 2 veces a la semana) se despierta una hora o más tiempo antes de la hora normal de despertarse o de sonar el despertador

2. Moderado. A menudo (hasta 5 veces a la semana) se despierta una hora o más tiempo antes de la hora normal de despertarse o de sonar el despertador

3. Grave. Diariamente se despierta una hora o más tiempo antes de la hora normal de despertarse o de sonar el despertador

8. Suicidio

¿Ha sentido que la vida no merecía la pena? ¿Alguna vez sintió como si todo terminara? ¿Qué pensó que debería hacer? ¿Realmente lo intentó?

0. Ausente

1. Leve. Frecuentes pensamiento de estar mejor muerto o pensamientos ocasionales de suicidio

2. Moderado. Ha pensado deliberadamente en el suicidio, con un plan, pero no ha hecho ningún intento

3. Grave. Intento de suicidio aparentemente diseñado para acabar en muerte (p. ej., descubrimiento accidental o medios

ineficaces)

9. Depresión observada

Basado en las observaciones del entrevistador durante la entrevista completa. La pregunta «¿Se siente con ganas de llorar?» usada en momentos apropiados de la entrevista puede aportarnos información útil para esta valoración.

0. Ausente

1. Leve. El sujeto aparece triste y afligido incluso durante las partes de la entrevista en las que tratan temas afectivamente

neutros

2. Moderado. El sujeto aparece triste y afligido a lo largo de toda la entrevista, con una voz triste y monótona, y está lloroso

o próximo a llorar por momentos

3. Grave. El sujeto se sofoca con temas dolorosos, con frecuencia suspira profundamente, y llora abiertamente o permanece persistentemente en un estado de completa desdicha