



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Medicina**



**Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”**

*Diferencias en síntomas depresivos entre pacientes con esquizofrenia y alucinaciones auditivas imperativas de autodaño y pacientes con esquizofrenia sin alucinaciones auditivas imperativas de autodaño.*

**Presenta la Tesis para obtener el diploma de Especialista en Psiquiatría**

Víctor Manuel Guisa Sánchez.

**Asesor Teórico**

Dr. Fernando Corona Hernández.

**Asesor Metodológico**

Mtra. Janet Jiménez Genchi.

**CDMX, Febrero del 2020.**



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.

## Índice:

1. Índice .....	2.
2. Lista de abreviaturas.....	3.
3. Resumen.....	4.
4. Introducción.....	5.
5. Marco teórico.....	6.
6. Método.....	11.
7. Instrumentos.....	16.
8. Procedimientos.....	17.
9. Consideraciones éticas.....	18.
10. Resultados.....	18.
11. Discusión.....	24.
12. Conclusiones.....	25.
13. Bibliografía.....	26.
14. Anexos.....	27.

**Lista de abreviaturas:**

1. CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición.
2. Escala de Calgary para depresión en Esquizofrenia (CDSS).
3. Escala de síntomas positivos y negativos (PANSS).

## **1. Resumen.**

*Introducción:* Los Trastornos Depresivos en pacientes con Esquizofrenia son reportados como frecuentes, sin embargo, es una de las comorbilidades más difíciles de observar clínicamente, ya que los síntomas que se presentan en un episodio depresivo mayor no son exclusivos de la depresión y, además, pueden confundirse con los síntomas negativos de la esquizofrenia, por lo que se han creado escalas clinimétricas para la verificación de dicha comorbilidad, tales como la escala Calgary para depresión en pacientes con esquizofrenia. Se ha descrito que el contenido de las alucinaciones auditivas en pacientes con trastornos afectivos se relacionan con el ánimo del paciente; con base en esa aseveración, se puede realizar la hipótesis que los pacientes con Esquizofrenia que presentan alucinaciones auditivas imperativas de autodaño pueden estar en relación con un estado afectivo depresivo o un episodio depresivo completo.

*Objetivo:* Describir las diferencias entre los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con alucinaciones auditivas imperativas de autodaño y síntomas depresivos y pacientes sin alucinaciones auditivas imperativas de autodaño con diagnóstico de esquizofrenia y síntomas depresivos.

*Material y métodos:* Se empleó la escala de Calgary en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia con base en el CIE-10, en dos grupos, uno en el que presentaron alucinaciones auditivas imperativas de autodaño y el segundo en pacientes con esquizofrenia que no presentaron dicha sintomatología, y que fueron atendidos en los servicios del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el periodo de Marzo 2018-Marzo 2019.

**2. Palabras clave:** Esquizofrenia, trastorno depresivo, alucinaciones imperativas de autodaño, Escala de Calgary, riesgo suicida.

### **3. Introducción.**

Los Trastornos Depresivos en pacientes con Esquizofrenia son reportados como frecuentes, sin embargo, es una de las comorbilidades más difíciles de observar clínicamente, ya que los síntomas que se presentan en un episodio depresivo mayor no son exclusivos de la depresión y, además, pueden confundirse con los síntomas negativos de la esquizofrenia, por lo que se han creado escalas clinimétricas para la verificación de dicha comorbilidad, tales como la escala Calgary para depresión en pacientes con esquizofrenia.

Se ha descrito que el contenido de las alucinaciones auditivas en pacientes con trastornos afectivos se relacionan con el estado afectivo del paciente; con base en esa aseveración, se puede realizar la hipótesis que los pacientes con Esquizofrenia que presentan alucinaciones auditivas imperativas de autodaño pueden estar en relación con un estado afectivo depresivo o un episodio depresivo completo.

Se estima aproximadamente que el 60% de los pacientes con esquizofrenia presenta por lo menos un episodio de depresión durante el curso de la enfermedad. Podemos establecer algunos diagnósticos diferenciales de la depresión en estos pacientes; secundarios a factores orgánicos, síntomas depresivos con síntomas psicóticos agudos y sin síntomas psicóticos agudos. Dicha clasificación nos ayudará a diferenciar las distintas variables clínicas.

La repercusión de los síntomas depresivos en pacientes con esquizofrenia es de gran importancia ya que aumentan el número de recaídas, la intensidad de síntomas psicóticos positivos y aumentan la puntuación en la escala de PANSS de manera significativa, aumentan el riesgo suicida, además que dichos resultados impactan directamente en la funcionalidad general del paciente y su bienestar subjetivo.

#### 4. Marco teórico.

En la literatura internacional se pueden encontrar múltiples reportes que revelan la relación de los trastornos depresivos en pacientes con diagnóstico previo de esquizofrenia, con una frecuencia relevante, con una prevalencia mucho mayor con respecto a la población general, sin embargo, dicha relación no se ha estudiado por completo desde el punto de vista fenomenológico, sindromático, etiológico y terapéutico.

A principios del siglo XX Bleuler ya describía la relación entre la esquizofrenia y la depresión, refiriendo que en algunos casos se presentaba la depresión como consecuencia del proceso psicótico del paciente, y en otros casos se identificaba como un proceso secundario. Hasta el momento, no se ha podido establecer si los síntomas depresivos son consecuencia del proceso biológico de la esquizofrenia, de una reacción psicológica o si es un fenómeno independiente.

Se ha documentado que los trastornos depresivos se pueden presentar en cualquier fase de la esquizofrenia, destacándose más en el primer episodio psicótico.

Típicamente se presentan a la par de los síntomas psicóticos, aumentando tanto los síntomas positivos, psicopatología general, mayor disfunción, mayor riesgo suicida y malestar subjetivo de esta población.

Como lo menciona el artículo del American Journal of Psychiatry “*Depression in schizophrenia: Perspective in the Era of “Atypical” Antipsychotic Agents*” (1), uno de los principales problemas en cuanto a la investigación de depresión en pacientes con esquizofrenia es atribuible a el concepto de la palabra “depresión”, ya que algunos autores se refieren al síntoma, otros al síndrome y por último, algunos se refieren al afecto depresivo. En este sentido, el afecto depresivo se define como el ánimo momentáneo de un individuo, en el contexto subjetivo de felicidad a tristeza, en la manera en que interactúa su medio externo con el interno. Depresión como síntoma es un ánimo triste que causa sufrimiento, sin embargo, no necesariamente está acompañado de otras características necesarias para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo. La depresión como síndrome, es un complejo de síntomas que típicamente se ve relacionado con un estado de ánimo depresivo pero incluye otros como alteraciones cognitivas, síntomas vegetativos, culpa, desesperanza, alteraciones del sueño, entre otros.

Debido a estas diferencias conceptuales, es probable que se encuentren resultados diferentes en los ensayos clínicos existentes hasta ahora, por lo que al consultar dichos estudios, se debe de obtener la información de manera cautelosa, para no llegar a confusiones. (1)

En cuanto a las herramientas que se cuentan para la detección y clasificación de la depresión en pacientes con esquizofrenia, la que cuenta con mayor especificidad es la escala de Calgary para depresión en Esquizofrenia (CDSS), la cual utiliza 9 *ítems*, los cuales a su vez cuentan con 4 opciones.

Se interpretan los resultados con un punto de corte de 7 puntos para separar a los pacientes con depresión de los que no tienen, además se ha manejado que un resultado de por lo menos 7 habla de un trastorno depresivo mayor y 4 puntos para depresión menor en pacientes con esquizofrenia (2).

Hasta ahora no hay un estándar de oro para evaluar depresión en pacientes con esquizofrenia, sin embargo, se han comparado las diferentes herramientas disponibles (CDSS, HDRS), encontrando ventajas importantes para describir la gravedad del trastorno depresivo cuando se utiliza la CDSS (2).

Típicamente se debe de investigar de manera activa los diagnósticos diferenciales de depresión en la población de pacientes con esquizofrenia. Entre estos, se encuentran las alteraciones médico-orgánicas, síntomas negativos, disforia inducida por neurolépticos, aquinesia, acatisia, reacciones a estrés, depresión post-psicótica, pródromos de episodio psicótico, depresión en pacientes con trastorno esquizoafectivo y así tener la oportunidad de llevar acabo un adecuado abordaje terapéutico del paciente. (1).

Se ha realizado una clasificación de los diagnósticos diferenciales para mejorar el entendimiento de dichos síndromes (3). El primer grupo lo describen como síntomas depresivos secundarios a alteración médica-orgánica: efectos secundarios de medicamentos (aquinesia y acatisia), abuso de sustancias, otras causas orgánicas; síntomas depresivos CON síntomas psicóticos agudos: depresión intrínseca al episodio psicótico agudo, trastorno esquizoafectivo; síntomas depresivos SIN síntomas psicóticos agudos: depresión como pródromo, síntomas negativos, disforia aguda, síndrome depresivo secundario, desesperanza crónica.

Se ha reportado que el curso de la depresión en pacientes con esquizofrenia es heterogénea; en un estudio realizado en Escandinavia (4), se reportó que el 36% de los pacientes se encontraban deprimidos al momento de su ingreso, con 23% de ellos aun puntuando de manera positiva la CDSS al momento de su egreso. La consecuencia de dicha estadística no se ha estudiado por completo, pero se puede sugerir que dicha condición puede contribuir a mayor número de recaídas.

La identificación, prevención y tratamiento específico para estos pacientes es de vital importancia, por lo que es necesario identificar factores de riesgo y síntomas específicos de depresión en todos los pacientes, tanto en el ámbito ambulatorio como en el hospitalario; en el artículo de Aquipan et al (5), reporta la presencia de depresión en más de la mitad de los pacientes con esquizofrenia incluidos en el estudio, encontrándose variables importantes para la depresión, tales como encontrarse sin pareja, número de recaídas durante el curso de la esquizofrenia, la presencia de depresión se asoció a mayor severidad de síntomas positivos, y generales en la escala de PANSS.

Alternativamente, se ha estudiado si a mayor número de síntomas positivos se encuentran mayores datos de depresión en ésta población, encontrándose una relación altamente significativa para mayor puntaje en PANSS (ajustado sin los *ítems* de síntomas depresivos) y consecuentemente en CDSS (6).

Como ya se había mencionado antes, se ha descrito que el diagnóstico de depresión en los pacientes con esquizofrenia afecta en múltiples maneras la evolución de su enfermedad, afectando el pronóstico del mismo, principalmente por aumentar el riesgo suicida. Por ejemplo, se encontró en un comparativo entre pacientes que murieron como consecuencia de suicidio y por otras causas, el grupo que cometió suicidio contaba con historia de intentos suicidas previos, ideación suicida, más síntomas depresivos, ánimo depresivo, desesperanza, anhedonia y mayor número y gravedad de síntomas positivos(7); lo que refleja la importancia de valorar y atender esta entidad patológica en todos los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que consideramos con riesgo de presentar un trastorno depresivo.

Un factor de riesgo para suicidio que se ha descrito como de importancia es el *insight* de cada paciente. En un estudio reciente, se valora el *insight* de pacientes con esquizofrenia mediante el *Schedule for Assessing the Three components of Insight* (SAI), describiendo que los sujetos con ideación suicida tenían resultados estadísticamente significativos mayores en el SAI, por

lo que recomendaban evitar incrementos dramáticos en el *insight* durante la atención de los pacientes (8). Por otro lado, también realizaron un comparativo entre el grupo de pacientes con intento suicida y el que no presentó intento suicida mediante la CDSS, encontrando que el primer grupo contaba con mayor puntuación en dicha escala, replicando resultados ya reportados en la literatura (4, 8, 9, 10), justificando nuevamente el aumento del riesgo suicida en pacientes con depresión.

Se ha sugerido que algunos síntomas específicos de un trastorno depresivo pueden relacionarse con síntomas positivos de la esquizofrenia como por ejemplo la culpa con el pensamiento paranoide (9), sin embargo, se ha investigado muy poco la relación de síntomas depresivos y sus consecuencias en la esquizofrenia.

Las alucinaciones imperativas son un síntoma relativamente común en pacientes con esquizofrenia. Un artículo de revisión de Shawyer et al (11), reporta una media de prevalencia de 53%, con rangos de 18% a 89% en población psiquiátrica adulta. Además, es reportado que el 48% de las alucinaciones imperativas, tienen un contenido de autolesión o heteroagresión (11), aumentando a 69% en pacientes en medios seguros como en hospitalización (12).

Por otro lado, la relación entre la alucinación y la acción no es tan simple, se ha reportado que la mayor parte de los pacientes que llevan a cabo lo mencionado por la voz alucinatoria, son los que además de dicho síntoma, lo acompaña la *idea* de realizarlo o la idea que tendrá una consecuencia desfavorable el no realizar lo que solicita la voz alucinatoria (12).

Se han identificado variables asociadas al cumplimiento del comando de las voces alucinatorias (13), tales como:

1. Ideas delirantes que apoyen a las alucinaciones imperativas, además de múltiples síntomas positivos, incluyéndose la idea que tendrá consecuencias graves el desobedecer el comando.
2. Es más común si las alucinaciones son “benevolentes”, o se considera la acción como inocua, aunque se encontró que hay una mayor asociación con el cumplimiento, si la acción se considera severa, pero se trata de heteroagresión. Las alucinaciones “malévolas” son típicamente resistidas, sin importar la severidad del comando.

3. Percepción de sí mismo como socialmente inferior, “poco poderoso”, en comparación con la voz alucinatoria se asocia a mayor riesgo de cumplimiento del comando.

El mismo autor (14), reconoce que el mayor determinante del cumplimiento es el contenido del comando. Reporta que el grupo de los no que cumplieron con el comando de la alucinación tenían como característica mayor contenido “malévolo”, mayor número de síntomas en el PANSS, reportándose que solo presentaron cumplimiento aquellos que habían percibido consecuencias.

## **5. Método.**

### **5.1. Justificación.**

La prevalencia de los trastornos depresivos es mayor en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con respecto a la población general, estimándose que el 60% de los pacientes con éste diagnóstico presenta un episodio depresivo durante el curso de su enfermedad. Se estima que la incidencia de depresión en esta población es de aproximadamente 20 a 70%.

Se ha documentado que tener dicha comorbilidad, incrementa el riesgo de recaídas, empeora la calidad de vida, se asocia a mayor deterioro funcional, menor respuesta a tratamiento farmacológico y con mayor riesgo suicida, reportándose una mortalidad por suicidio de 10 % en esta población.

Puede presentarse como un reto diagnóstico realizar ambos diagnósticos ya que en la literatura históricamente se habían considerado como dos padecimientos de exclusión mutua en los sistemas diagnósticos y en las clasificaciones diagnósticas, sin embargo, hoy en día existe una amplia descripción de la frecuencia en que los pacientes con esquizofrenia presentan además depresión. Por lo anterior, se han desarrollado instrumentos clinimétricos para apoyar dicho diagnóstico y observar las variables clínicas de dichos pacientes.

Está descrito que las alucinaciones auditivas imperativas de autodaño son comunes en pacientes con esquizofrenia, aumentando el riesgo de conductas autolesivas y riesgo suicida, sobre todo en aquellos que cuentan con historia de autolesiones.

En la literatura psiquiátrica existente se describe que el contenido de las alucinaciones auditivas en pacientes con trastornos afectivos con sintomatología psicótica se relacionan con el estado afectivo del paciente, sin embargo, dicha aseveración no ha sido explorada en pacientes con esquizofrenia, probablemente consecuencia de las consideraciones históricas antes mencionadas en ésta población.

### **5.2. Planteamiento del problema:**

Hasta el momento no existe ningún protocolo que describa las diferencias entre pacientes con y sin alucinaciones auditivas imperativas (comando) de autodaño en pacientes con esquizofrenia y su estado afectivo, por lo que hago énfasis en la importancia de conocer si existe, ya que tendría impacto directo en el manejo conductual, terapéutico y farmacológico de dicha población.

Se realizó una entrevista psiquiátrica para establecer que los pacientes cuenten con los criterios del CIE-10 para esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos, se formaron dos grupos, el primero con pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia con alucinaciones auditivas imperativas de autodaño (grupo de casos), el segundo con pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia sin la presencia de alucinaciones auditivas imperativas de autodaño (grupo control), posteriormente se aplicó la CDSS para establecer de manera objetiva si cuentan con suficiente puntaje para el grado de depresión y la gravedad de la misma.

La actividad fue realizada en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en los servicios de hospitalización continua, servicios especiales y consulta externa en el periodo de Marzo 2018-Abril del 2019.

### **5.3. Pregunta de investigación.**

¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con alucinaciones auditivas imperativas de autodaño y síntomas depresivos y pacientes sin alucinaciones auditivas imperativas de autodaño con diagnóstico de esquizofrenia y síntomas depresivos?

### **6. Objetivos generales:**

Describir las diferencias entre los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con alucinaciones auditivas imperativas de autodaño y síntomas depresivos y pacientes sin alucinaciones auditivas imperativas de autodaño con diagnóstico de esquizofrenia y síntomas depresivos.

### **7. Objetivos específicos:**

1. Describir las características demográficas de los dos grupos.
2. Describir la presencia de síntomas depresivos en ambos grupos.

## 8. Hipótesis:

Hipótesis de Investigación: Existen diferencias estadísticamente significativa entre pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con alucinaciones auditivas imperativas de autodaño y síntomas depresivos y pacientes sin alucinaciones auditivas imperativas de autodaño con diagnóstico de esquizofrenia y síntomas depresivos.

Hipótesis nula: No existe diferencia estadísticamente significativa entre pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con alucinaciones auditivas imperativas de autodaño y síntomas depresivos y pacientes sin alucinaciones auditivas imperativas de autodaño con diagnóstico de esquizofrenia y síntomas depresivos

## 9. Variables:

Variable dependiente: Síntomas depresivos.

Variables independientes: Alucinaciones auditivas imperativas de autodaño.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE DETECCION	INDICADOR.
DEPRESION	Trastorno mental, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración	Intensidad de los síntomas obtenida mediante puntaje de escala de Calgary	<b>INDEPENDIENTE INTERVALAR CUANTITATIVA</b>	0 ausente, 1 presente
SEXO	Funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres	Género, algo inherente al paciente.	<b>NOMINAL CUALITATIVA</b>	- Masculino y femenino
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona contado desde su nacimiento	Algo que pertenece al participante.	<b>INTERVALAR CUANTITATIVA</b>	- Años
ESCOLARIDAD	Periodo de tiempo que una persona acude a la escuela para estudiar y aprender.	Nivel académico del participante.	<b>INTERVALAR CUANTITATIVA</b>	- Años
ALUCINACIONES AUDITIVAS IMPERATIVAS DE AUTODAÑO	Alteraciones de la percepción en la que la persona refiere escuchar voces alucinatorias que ordenan el hacerse algún tipo de daño físico u ordenan el suicidio.	Presencia o ausencia.	<b>INDEPENDIENTE NOMINAL CUALITATIVA</b>	- Si: 1. - - No: 2

## **10. Muestreo.**

No probabilístico, intencional y por cuota.

31 pacientes para casos y 30 controles.

**Participantes:** Pacientes, mujeres y hombres hospitalizados y ambulatorios, de los servicios de hospitalización continua, servicios especiales (UCEP y observación) y consulta externa en Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

## **11. Criterios de selección.**

### **11.1. Criterios de inclusión para pacientes con alucinaciones auditivas imperativas de autodaño:**

1. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con base en criterios diagnósticos del CIE-10.
2. Pacientes de por lo menos 1 año de diagnóstico de esquizofrenia.
4. Pacientes con tratamiento con antipsicóticos atípicos.
5. Pacientes mayores a 18 años de edad y menores de 59 años de edad.
6. Pacientes de nacionalidad mexicana, hispanohablantes.
7. Pacientes hospitalizados en el servicio de hospitalización continua del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
8. Pacientes que acudan al servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
9. Pacientes que presenten alucinaciones auditivas imperativas de autodaño o que las hayan presentado durante el internamiento.

### **11.2 Criterios de exclusión:**

1. Pacientes menores de 18 años y mayores de 59 años.
2. Pacientes con comorbilidades no psiquiátricas graves.
3. Pacientes en tratamiento con antipsicóticos típicos.
4. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con base en criterios del CIE-10 que presenten diagnósticos comórbidos de trastornos afectivos distintos a depresión. (Manía, trastornos mixtos y ansiedad).
5. Pacientes con presencia de acatisia.
6. Pacientes con agitación psicomotriz o desorganizados a los que no se puede entrevistar ni aplicar la escala de manera adecuada.

7. Pacientes extranjeros que no hablen español.
8. Pacientes que no acepten participar en el estudio.
9. Pacientes cuyos familiares no acepten que participe en el estudio.

### **11.3 Criterios de eliminación**

1. Pacientes quienes no firmen el consentimiento informado a pesar de haber aceptado participar.
2. Pacientes que no concluyan la escala.

### **11.4. Criterios de inclusión para pacientes sin alucinaciones auditivas imperativas de autodaño:**

1. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con base en criterios diagnósticos del CIE-10.
2. Pacientes de por lo menos 1 año de diagnóstico de esquizofrenia.
4. Pacientes con tratamiento con antipsicóticos atípicos.
5. Pacientes mayores a 18 años de edad y menores de 59 años de edad.
6. Pacientes de nacionalidad mexicana, hispanohablantes.
7. Pacientes hospitalizados en el servicio de hospitalización continua del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
8. Pacientes que acudan al servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
9. Pacientes que nieguen alucinaciones auditivas imperativas de autodaño o que no las hayan presentado durante el internamiento.

### **11.5 Criterios de exclusión:**

1. Pacientes menores de 18 años y mayores de 59 años.
2. Pacientes con comorbilidades no psiquiátricas graves.
3. Pacientes en tratamiento con antipsicóticos típicos.
4. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con base en criterios del CIE-10 que presenten diagnósticos comórbidos de trastornos afectivos distintos a depresión. (Manía, trastornos mixtos y ansiedad).
5. Pacientes con presencia de acatisia.
6. Pacientes con agitación psicomotriz o desorganizados a los que no se puede entrevistar ni aplicar la escala de manera adecuada.

7. Pacientes extranjeros que no hablen español.
8. Pacientes que no acepten participar en el estudio.
9. Pacientes cuyos familiares no acepten que participe en el estudio.

## **12. Tipo de Estudio.**

Observacional, comparativo, cuali-cuantitativo, transversal, correlacional.

## **13. Instrumentos:**

Se utilizó la escala de Calgary para depresión en esquizofrenia (CDSS) por sus siglas en inglés, creada por los doctores D. y J. Addington en la Universidad de Calgary, se trata de una escala de 9 ítems, centrada principalmente en los síntomas cognitivos de la depresión, con una graduación de intensidad sintomática de 4 puntos (ausente, leve, moderado, grave).

Para los primeros 8 ítems, la escala proporciona las preguntas para la exploración, mientras el último ítem es de tipo observacional, para el que no se facilitan preguntas específicas. Todos los ítems incorporan criterios operativos para establecer la puntuación de gravedad.

La escala es válida para cualquier fase de la enfermedad y sensible al cambio, lo que permite utilizarla para el seguimiento y la determinación del grado de respuesta al tratamiento.

La escala proporciona una puntuación total de la gravedad de la depresión, que se obtiene sumando la puntuación en cada ítem (de 0-3). El rango de puntuación es de 0-27.

Para identificar la ausencia / presencia de depresión, los autores recomiendan como punto de corte la puntuación mayor o igual a 7. Este punto de corte se considera adecuado para identificar pacientes con alto riesgo de presentar comorbilidad de tipo depresivo; sin embargo, el diagnóstico de trastorno depresivo debe ser confirmado mediante el pertinente examen clínico.

La escala cuenta con validación en México (15), realizando un ensayo clínico en el que se compara la versión en español de la escala de Calgary para depresión en esquizofrenia.

Se ha descrito una adecuada consistencia interna es elevada (alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,90), y muestra así mismo buenos valores de fiabilidad inter-observadores (en torno a 0,90).

La validez predictiva es adecuada para el punto de corte que los autores proponen (Mayor a 7), la sensibilidad está en torno a 75% y la especificidad cerca del 100%.

#### **14. Procedimientos.**

Se presentó ante el comité de investigación y el comité de ética en investigación. Y se realizaron las correcciones sugeridas por los asesores teórico y metodológico.

Una vez aprobado el protocolo se realizó el presente estudio en el área de hospitalización continua, urgencias y servicios especiales, con previa autorización del Jefe de área en turno.

Se les explicó a los pacientes en qué consiste el protocolo. Se solicitó el consentimiento/asentimiento del paciente para la realización del estudio (Anexo 1), y/o el consentimiento de su familiar (Anexo 2) para pacientes quienes se encuentren ingresados de manera involuntaria en el servicio. Se realizó la entrevista psiquiátrica en una sola sesión de 30 a 40 minutos. Se aplicó la Escala de Calgary. Del expediente clínico se tomó información acerca del sexo, edad y tratamiento actual. Se mantuvo contacto con el médico tratante, a fin de que se informe de algún cambio en el diagnóstico del paciente. Se les explicó detalladamente en qué consiste el proyecto con énfasis en los síntomas de depresión que se presentan durante los síntomas agudos de la esquizofrenia.

Se entrevistó a los pacientes en el área de hospitalización y se realizó entrevista psiquiátrica a los pacientes que cumplan con los criterios establecidos para el protocolo. Se aplicó escala de Calgary para depresión en esquizofrenia, todas las entrevistas se realizaron a cargo del residente de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

El protocolo se desarrolló en un lapso total de 1 año y 4 meses (la aplicación de las escalas serán en un lapso de 10 meses). Al final de éste periodo, los datos recabados se utilizaron en un formato para su análisis, aplicando herramientas electrónicas como *Microsoft Excell* y SPSS 21.

Al recabar y vaciar los datos únicamente se tomaron en cuenta los resultados obtenidos de la puntuación de la escalas y se identificará a los usuarios mediante los iniciales de su nombre, únicamente considerando sus datos demográficos.

A la información obtenida se le aplicó estadística descriptiva y de comparación paramétrica y no paramétrica según el nivel de medición.

## **15. Consideraciones éticas.**

De acuerdo a la NOM-012-SSA3-2012, establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, el siguiente proyecto se encuentra en un nivel **II**.

### **Investigación con riesgo mínimo**

De acuerdo con el Art. 11, numeral 11.3, NOM-012-SSA3-2012, al tratarse de un protocolo de tesis de riesgo mínimo sin toma de muestras biológicas, se debe realizar un consentimiento informado oral. En el caso de menores y personas con trastorno mental, se solicita el consentimiento informado por escrito y firmado por el paciente y el responsable legal. Modifique a consentimiento informado e incluya el que habrán de firmar los pacientes y sus familiares.

En caso de detectar depresión se reportó con el equipo tratante, anexando al expediente la CDSS.

El estudio es conveniente para los pacientes ya que puede descartar comorbilidades al padecimiento de base, dando un diagnóstico integral y mejorando el pronóstico a largo plazo, además de ser un estudio sin costo alguno para el paciente o sus familiares.

## **Resultados:**

### **Análisis estadístico.**

El tratamiento estadístico de los datos se realizó con el SPSS 21 y se llevaron a cabo los siguientes análisis.

- Para la descripción de las características sociodemográficas de la muestra: frecuencia y porcentajes.
- Para la descripción de los grupos y sus características sociodemográficas: frecuencia y porcentajes.
- Para la significancia estadística al comparar grupos: Prueba de muestras independientes (F), (t). Además, se realizó la media del resultado total de la CDSS en cada grupo. Se comparó la frecuencia y porcentaje de casos positivos (>7 puntos) y negativos (<7 puntos) por grupo.

## Características descriptivas de la muestra.

La muestra se conformó por 61 pacientes que fueron atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de los cuales, 22 (36.1%) fueron mujeres y 39 (63.9%) fueron hombres. La media de edad fue de 31.56 años, la edad mínima fue de 18 años con una máxima de 57. En cuanto a la escolaridad, 6 (9.8%) contaban con primaria, 23 (37.7%) con secundaria, 27 (44.3%) con bachillerato o carrera técnica, 4 (6.6%) con licenciatura y 1 (1.6%) con posgrado. En lo que se refiere a ocupación se encontraban desempleados 39 (63.9%), estudiantes 2 (3.3%), actividades del hogar 5 (8.2%), oficio 7 (11.5%), negocio propio/comerciante 7 (11.5%) y únicamente 1 profesionalista (1.6%). Con estado civil soltero se encontraban 53 (86.9%), casado 5 (8.2%), separado 1 (1.6%) y en unión libre 2 (3.3%). Con religión católica 34 (55.7%), cristiana 7 (11.5%), ateo 15 (24.6%), agnóstico 1 (1.6%), testigo de Jehová 1 (1.6%) y en otros 1 (1.6%), el cual se encontraba en el culto a la santa muerte. Por último, por lugar de residencia encontramos en la Ciudad de México 38 (62.3%), Estado de México 14 (23%), Guerrero 3 (4.9%), Michoacán 1 (1.6%), Morelos 3 (4.9%), Hidalgo 2 (3.3%).

**(Cuadro 1).** Características demográficas de la muestra de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide (n=61).

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexo:</b>		
Hombres	39	63.9
Mujeres	22	36.1
<b>Escolaridad:</b>		
Primaria.	6	9.8
Secundaria.	23	37.7
Bachillerato/carrera técnica.	27	44.3
Licenciatura		
Posgrado	4	6.6
	1	1.6
<b>Ocupación:</b>		
Ninguna	39	63.9
Estudiante	2	3.3
Hogar	5	8.2
Oficio	7	11.5
Negocio propio/comerciante	7	11.5
Profesionista	1	1.6

---

Estado civil:		
Soltero	53	86.9
Casado	5	8.2
Separado	1	1.6
Unión libre	2	3.3
Religión:		
Católico	34	55.7
Cristiano	7	11.5
Ateo	15	24.6
Indefinido	2	3.3
Agnóstico	1	1.6
Testigo de J.	1	1.6
Otros.	1	1.6
Residencia:		
Ciudad de México	38	62.3
Estado de México	14	23.0
Guerrero	3	4.9
Michoacán	1	1.6
Morelos	3	4.9
Hidalgo	2	3.3

---

En cuanto a las características sociodemográficas descritas por grupos, contamos que en el grupo de casos se encuentran 20 (64.5%) hombres, 11 (35.5%) mujeres, en el grupo de controles encontramos a 19 (63.3%) hombres, 11 (36.7%) mujeres. En el grupo de casos encontramos a 3 (9.7%) personas con escolaridad nivel primaria, 14 (45.2%) con secundaria, 12 (38.7%) bachillerato/carrera técnica, 2 (6.5%) con licenciatura, en el grupo de controles 3 (10%) con primaria, 9 (30%) con secundaria, 15 (50%) bachillerato/carrera técnica, 2 (6.7%) con licenciatura. En el grupo de casos encontramos a 24 (77.4%) desempleados, 3 (9.7%) en labores del hogar, 3 (9.7%) con oficio, 1 (3.2%) con negocio propio/comerciante, en el grupo de controles encontramos a 15 (50%) desempleados, 2 (6.7%) estudiantes, 2 (6.7%) en labores del hogar, 4 (13.3%) con oficio, 6 (20%) con negocio propio/comerciante, 1 (3.3%) profesionista. En el grupo de casos se encontraron 28 (90.3%) solteros, 1 casado (3.2%), 1 separado (3.2%), 1 unión libre (3.2%), en el grupo de controles encontramos 25 (83.3%) solteros, 4 (13.3%) casados, 1 (3.3%) unión libre. En el grupo de casos encontramos a 18 (58.1%) católicos, 2 (6.5%) cristianos, 9 (29%) ateos, 2 (6.5%) indefinidos, en el grupo de controles 16 (53.3) católicos, 5 (16.7%) cristianos, 6 (20%) ateos, 1 (3.3%) agnóstico, 1 (3.3%) testigo de Jehová, 1 (3.3%) otro.

(Cuadro 2). Características demográficas por grupos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide (grupo 1: n=31, grupo 2: n=30).

	<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Grupo 1 (casos)	Sexo:		
	Hombres	20	64.5
	Mujeres	11	35.5
Grupo 2 (controles)	Sexo:		
	Hombres	19	63.3
	Mujeres	11	36.7
Grupo 1 (casos)	Escolaridad:		
	Primaria.	3	9.7
	Secundaria.	14	45.2
	Bachillerato/carrera técnica.	12	38.7
	Licenciatura	2	6.5
Grupo 2 (controles)	Escolaridad:		
	Primaria.	3	10
	Secundaria.	9	30
	Bachillerato/carrera técnica.	15	50
	Licenciatura	2	6.7
	Posgrado	1	3.3
Grupo 1 (casos)	Ocupación:		
	Ninguna	24	77.4
	Hogar	3	9.7
	Oficio	3	9.7
	Negocio propio/comerciante	1	3.2
Grupo 2 (controles)	Ocupación:		
	Ninguna	15	50
	Estudiante	2	6.7
	Hogar	2	6.7
	Oficio	4	13.3
	Negocio propio/comerciante	6	20
	Profesionista	1	3.3
Grupo 1 (casos).	Estado civil:		
	Soltero	28	90.3
	Casado	1	3.2
	Separado	1	3.2
	Unión libre	1	3.2
Grupo 2 (controles)	Estado civil:		
	Soltero	25	83.3
	Casado	4	13.3
	Unión libre	1	3.3

Grupo 1 (casos)	Religión:		
	Católica	18	58.1
	Cristiana	2	6.5
	Ateo	9	29
	Indefinido	2	6.5
Grupo 2 (controles)	Religión:		
	Católica	16	53.3
	Cristiana	5	16.7
	Ateo	6	20
	Agnóstico	1	3.3
	Testigo de J	1	3.3
	Otros	1	3.3

#### Características comparativas de la muestra:

Encontramos un número de casos positivos de 36 (59%) y 25 (41%) negativos con respecto al resultado de la escala de Calgary.

Cuando se comparan el grupo de casos con el grupo control, observamos que en el grupo de casos se encuentra con mayor frecuencia (N=29, 93.5%) puntuaciones positivas para depresión en la escala de Calgary ( $\geq 7$ ) en comparación con el grupo control que tuvo una frecuencia para resultados positivos de 7 (23.3%), lo que significa que en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y alucinaciones auditivas imperativas de autodaño vamos a encontrar con mayor frecuencia puntuaciones positivas para depresión con la escala de Calgary.

Se observó que el mínimo de puntuación en la CDSS para el grupo 1 fue de 5 puntos, en comparación con la mínima del grupo 2 con 0 puntos, así como el máximo de puntuación en la escala CDSS para el grupo 1 fue de 17 y 20 para el grupo 2. La media de puntuación entre los dos grupos tiene significancia estadística al observar que en el grupo 1 se obtuvo una media de 11.32 y de 4.73 en el grupo 2, lo que significa que en el grupo de casos encontramos una mayor puntuación (mayor gravedad) en la escala CDSS en comparación con el grupo control.

Se obtuvo una significancia y significancia bilateral de .000, con una t de -7.828, con una prueba de muestras independientes.

(Cuadro 3). Frecuencia y porcentaje de resultados positivos y negativos de la escala de Calgary en la muestra. (n=61).

Corte	Frecuencia	Porcentaje
Positivo ( $\geq 7$ )	36	59.0
Negativo ( $< 7$ )	25	41

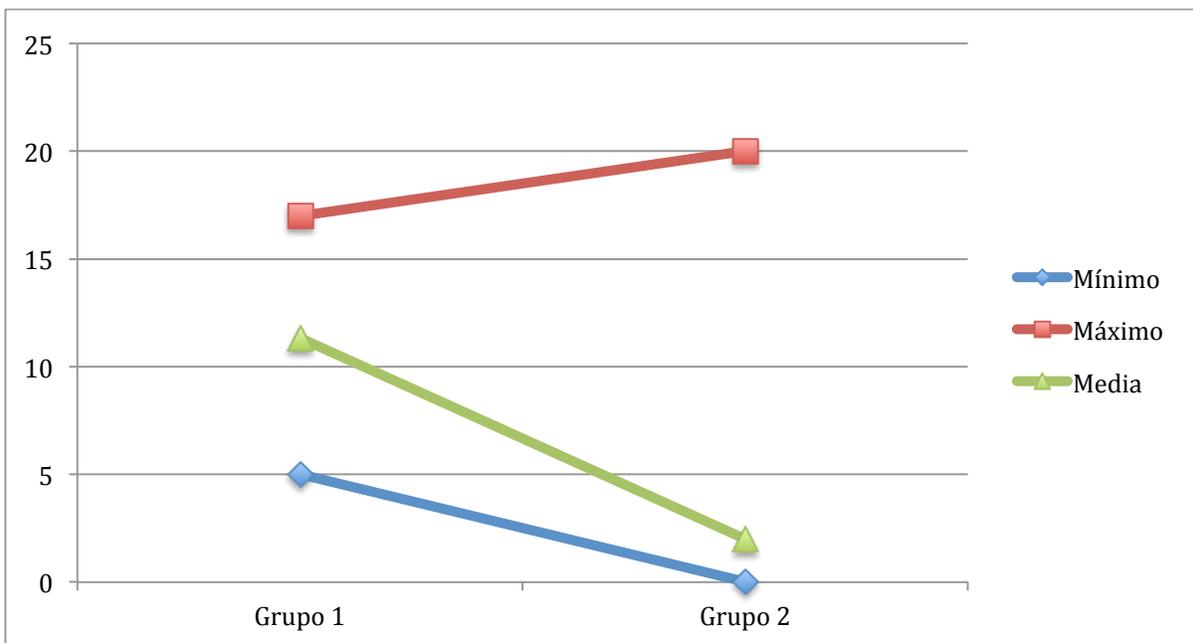
(Cuadro 4). Frecuencia y porcentaje de resultados positivos y negativos de escala de Calgary en grupo 1 y 2 (grupo 1: n=31, grupo 2: n=30).

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Grupo 1 (casos):		
Positivo ( $\geq 7$ )	29	93.5
Negativo ( $< 7$ )	2	6.5
Grupo 2 (controles):		
Positivo ( $\geq 7$ )	7	23.3
Negativo ( $< 7$ )	23	76.7

(Cuadro 5). Mínimo, máximo y media de los resultados de la escala de Calgary en grupo 1 y 2 (grupo 1: n=31, grupo 2: n=30).

	Mínimo	Máximo	Media
Resultado CDSS en Grupo 1 (casos)	5	17	11.32
Resultado CDSS en Grupo 2 (controles):	0	20	4.73

(Gráfica 1). Gráfica comparativa entre la puntuación mínima, máxima y media de la escala de Calgary para el grupo 1 y el grupo 2.



## **Discusión:**

Con relación a las variables demográficas, la edad promedio fueron los 31 años, edad crítica en el curso de la enfermedad, donde podemos observar más complicaciones y múltiples recaídas.

El nivel de estudios más frecuente en la población estudiada corresponde al nivel bachillerato/carrera técnica y la categoría profesional corresponde a negocio propio o algún oficio, sin embargo, la mayoría (63.9%) se encuentra desempleado, lo que nos habla de las consecuencias de la enfermedad en la funcionalidad del paciente, así como la pobre inclusión de esta población en la sociedad. Es importante mencionar que encontramos mayor frecuencia de desempleo en el grupo de casos que en el de controles, lo que nos puede hablar de las consecuencias bidireccionales de la enfermedad comórbida con la depresión y la funcionalidad global.

En cuanto al estado civil, se encontró que lo más frecuente es encontrarse soltero, sin diferencia significativa al analizarlo por grupo, lo que nos habla de la dificultad que encuentran estos pacientes para establecer relaciones de pareja significativas y duraderas.

La religión más frecuente es la católica y no encontramos diferencias significativas en distribución al analizarlo por grupo, lo que no se considera como un factor protector para la aparición de síntomas depresivos en pacientes con esquizofrenia.

Como afirma Aquipan (et al), en este estudio también encontramos la presencia de depresión en más de la mitad de los pacientes evaluados, lo que nuevamente expone la importancia de establecer el diagnóstico comórbido de forma oportuna y así lograr una prevención efectiva de las complicaciones más frecuentes como las autoagresiones y los intentos suicidas.

De igual manera, como afirma Schennach-Wolff y cols, encontramos que la mayoría de los pacientes que resultaron positivos en la escala CDSS, lo fueron desde su ingreso, lo que nos orienta a la necesidad de realizar con mayor frecuencia éste tipo de escalas de apoyo diagnóstico para tomar consideraciones terapéuticas diferentes y disminuir la posibilidad de múltiples recaídas y complicaciones.

A mi conocimiento, hasta el momento no se había comparado si el síntoma de alucinaciones auditivas imperativas de autodaño estaba relacionado con un aumento en la puntuación de la escala de Calgary, sin embargo, en el presente trabajo encontramos que es estadísticamente significativa cuando se compara contra pacientes que no tienen ese síntoma, lo que nos conduce a considerar dicho síntoma como factor de riesgo para depresión en pacientes con esquizofrenia. En el estudio de Aquipan (et al) y Naidu (et al), se estudió la relación de la puntuación de la escala de Calgary, es decir, de los síntomas depresivos en pacientes con esquizofrenia y la puntuación de la escala de PANSS, sin embargo, no se ha descrito con síntomas específicos como las alucinaciones auditivas imperativas, ofreciéndonos un panorama más amplio pero inespecífico de cómo los síntomas depresivos en la esquizofrenia aumentan o empeoran los síntomas de dicho trastorno y viceversa.

## **Conclusiones:**

Con los resultados obtenidos del estudio, se puede decir que hay una diferencia estadísticamente significativa entre alucinaciones auditivas imperativas de autodaño en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y síntomas depresivos, ya que se encontró que el tener dicho síntoma condiciona más riesgo para tener el diagnóstico de depresión como diagnóstico comórbido, considerándolo posteriormente como un factor de riesgo para depresión en pacientes con esquizofrenia.

Se logró obtener una muestra homogénea, con características sociodemográficas similares, así como se logra describir la relación entre alucinaciones auditivas imperativas de autodaño y síntomas depresivos en pacientes con esquizofrenia, cumpliéndose así los objetivos específicos del estudio.

Así mismo, se logra comprobar la hipótesis de investigación, la cual menciona que existe diferencia estadísticamente significativa entre las alucinaciones auditivas imperativas de autodaño y síntomas depresivos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Por otro lado, confirmamos la frecuencia tan alta que existe del diagnóstico de trastornos depresivos en pacientes con esquizofrenia, encontrando casi un 60% de los pacientes evaluados con dicho diagnóstico, reafirmando la importancia que tiene considerar dicho diagnóstico y explorarlo en nuestros pacientes.

## **Alcance y limitaciones:**

La escala de Calgary para depresión en esquizofrenia (CDSS) se trata de una herramienta práctica para evaluar la presencia y gravedad de síntomas depresivos en pacientes con esquizofrenia, siendo una entrevista corta y con ítems específicos para llegar al diagnóstico de depresión en pacientes donde, por lo regular, encontramos un grado importante de dificultad con una entrevista general para detectarlo.

La captación de los pacientes del grupo de casos fue difícil debido a lo específico de las características y la cooperación de los mismos pacientes, ya que sus características sintomáticas por momentos dificultaron el aceptar ser parte de un protocolo de estudio. Considero que la muestra fue suficiente, sin embargo, sería interesante ampliar la misma para obtener más fiabilidad de los resultados obtenidos.

De igual manera, sería interesante describir si los pacientes que puntúan de forma más importante en la escala de CDSS, han contado con mayor número de internamientos o recaídas, así como si han presentado intentos suicidas más graves o con mayor frecuencia.

## Bibliografía:

1. Siris SG. Reviews and Overviews Depression in Schizophrenia: Perspective in the Era of “Atypical” Antipsychotic Agents. 2000;(Septiembre):1379–89.
2. Müller MJ, Müller KM, Fellgiebel A. Detection of depression in acute schizophrenia: Sensitivity and specificity of 2 standard observer rating scales. *Can J Psychiatry*. 2006; 51(6):387–92.
3. Bartles SJ, Drake RE. Depression in schizophrenia: current guidelines to treatment. *Psychiatr Q*. 1989; 60(4):337–57.
4. Schennach-Wolff R, Obermeier M, Seemüller F, Jäger M, Messer T, Laux G, et al. Evaluating depressive symptoms and their impact on outcome in schizophrenia applying the Calgary Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 2011; 123(3):228–38.
5. Apiquian R, Fresan A, Rosa U, Garcia-Anaya M, Loyzaga C, Nicolini H, et al. Estudio Comparativo de Pacientes Esquizofrénicos Con y Sin Depresión. *Salud Ment*. 2001; 24(5):25–9.
6. Naidu K, van Staden WCW, van der Linde M. Severity of psychotic episodes in predicting concurrent depressive and anxiety features in acute phase schizophrenia. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2014; 14(1):166. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4068766&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
7. Kelly DL, Shim JG, Feldman SM, Yu Y, Gonley RR. Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death. *J Psychiatr Res* 2004; 38:531–536. 12.
8. Umut G, Altun ZO, Danismant BS, Kucukparlak I, Karamustafalioglu N, Ilnem MC. The correlation of suicide attempt and suicidal ideation with insight, depression and severity of illness in schizophrenic patients. *Dusunen Adam*. 2013; 26(4):341–50.
9. Rajkumar RP. Depressive Symptoms during an Acute Schizophrenic Episode: Frequency and Clinical Correlates. *Depress Res Treat*. 2015; 2015.
10. Kocatürk BK, Essizoglu A, Aksaray G, Akarsu FÖ, Musmul A. Relationship suicide, cognitive functions, and depression in patients with schizophrenia. *Noropsikiyatri Ars*. 2015; 52(2):169–73.
11. Shawyer F, Mackinnon A, Farhall J. Psychiatry, Psychol Law: Command hallucinations and violence: implications for detention and treatment. 2003 (Octubre): 97-107.
12. Birchwood M, Peters E, Tarrier N, Dunn G, Lewis S, Wykes T, et al. A multi-centre, randomised controlled trial of cognitive therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2014; 11(1):155. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70247-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70247-0).
13. Barrowcliff AL, Haddock G. The relationship between command hallucinations and factors of compliance: A critical review of the literature. *J Forens Psychiatry Psychol* [Internet]. 2006; 17(2):266–98. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14789940500485078\npapers3://publication/doi/10.1080/14789940500485078>.
14. Barrowcliff AL, Haddock G. Factors affecting compliance and resistance to auditory command hallucinations: perceptions of a clinical population. *J Ment Health* [Internet]. 2010; 19(6):542–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20874508>.
15. Ortega-Soto. HA, Perales. SG, Imaz. B, Patzin. JP, Brunner. E, Apiquian. R, et al. Validez y reproductibilidad de una escala para evaluar la depresión en pacientes esquizofrénicos. *Salud Ment*. 1994; 17(Septiembre):7–14.

## Anexo 1: Carta de consentimiento/asentimiento informado para paciente:

### HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

**Lugar y fecha:** Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, México, DF a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2017.

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

I. Yo: \_\_\_\_\_ declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de evaluar la existencia de relación de alucinaciones auditivas imperativas de autodaño, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y síntomas depresivos.

II. Se me ha informado que se me realizará una entrevista, para realizar y/o confirmar el diagnóstico de esquizofrenia.

III. Se me explicó que los instrumentos de prueba y las mediciones son totalmente inofensivos, sin generar consecuencias a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.

IV. Se me comentó que mi única responsabilidad es proporcionar información acerca de mi salud durante el estudio.

V. Los resultados de dichas pruebas ayudarán a determinar si cuento con síntomas depresivos y la relación que hay entre las alucinaciones auditivas imperativas de autodaño y que los resultados se utilizarán con fines estadísticos.

VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación

VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.

Con fecha \_\_\_\_\_, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio titulado:

***“Correlación entre síntomas depresivos y alucinaciones auditivas imperativas de autodaño en pacientes con esquizofrenia”.***

Teléfonos donde se puede localizar: 01 55 5573 1500

\_\_\_\_\_  
Firma de Consentimiento/Asentimiento

\_\_\_\_\_  
Firma de quien Explicó el Procedimiento

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo

## Anexo 2: Carta de consentimiento informado para familiares:

### HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

**Lugar y fecha:** Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, México, DF a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2017.

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

I. Yo: \_\_\_\_\_, en calidad de \_\_\_\_\_ declaro que se me propone que mi familiar \_\_\_\_\_ participe en el proyecto de investigación con el fin de evaluar la existencia de relación de alucinaciones auditivas imperativas de autodaño, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y síntomas depresivos

II. Se me ha informado que se le realizará una entrevista y se realizará la escala de Calgary para depresión en esquizofrenia.

III. Se me explicó que los instrumentos de prueba y las mediciones son totalmente inofensivos, sin generar consecuencias a su salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en su salud.

IV. Se me comentó que su única responsabilidad es proporcionar información acerca de su salud durante el estudio.

V. Los resultados de dichas pruebas ayudarán a determinar si cuenta con síntomas depresivos y la relación que hay entre las alucinaciones auditivas imperativas de autodaño y que los resultados se utilizarán con fines estadísticos.

VI. Se me ha asegurado que podemos preguntar todo lo relacionado con el estudio y su participación.

VII. Se me aclaró que puede abandonar el estudio en cuanto mi familiar o yo lo decidamos. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

VIII. Autorizo la publicación de los resultados del estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará su nombre o revelará su identidad. Los resultados obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.

Con fecha \_\_\_\_\_, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a la participación de \_\_\_\_\_ en el proyecto, acepto que participe de manera voluntaria en el estudio titulado:

***“Correlación entre síntomas depresivos y alucinaciones auditivas imperativas de autodaño en pacientes con esquizofrenia”.***

Teléfonos donde se puede localizar: 01 55 5573 1500

\_\_\_\_\_  
Firma de Consentimiento

\_\_\_\_\_  
Firma de quien Explicó el Procedimiento

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo