



Universidad Nacional Autónoma de México
FACULTAD DE MEDICINA



División de estudios de posgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Sur del Distrito Federal
UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI
"Dr. Bernardo Sepúlveda"

TÍTULO DE LA TESIS:

Grado de experiencias pseudopsicóticas en pacientes con diagnóstico de trastorno de depresión mayor sin síntomas psicóticos, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en el Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA.

Presenta:

Dr. Luis Pablo Hernández Salas

Tutor principal:

Dra. Nancy Jiménez Miranda

Co-tutor:

Carlos Hernández Vega

Lugar de la investigación: Hospital Regional de Psiquiatría "Dr. Héctor H. Tovar Acosta". Avenida San Fernando 201. Col, Toriello Guerra, 14070 Ciudad de México, CDMX



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

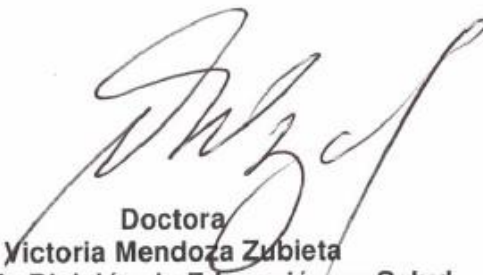


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



Doctora
Victoria Mendoza Zubieta
Jefe de la División de Educación en Salud
UME Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI



Doctor
José Jesús Favila Bojórquez
Profesor titular de la especialidad de Psiquiatría



Doctora
Nancy Jiménez Miranda
Tutora. Médico psiquiatra adscrita en Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor
H. Tovar Acosta



Dr. Carlos Hernández Vega
Cotutor. Médico psiquiatra adscrita en Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor
H. Tovar Acosta



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3601.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES Dr. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL
SIGLO XXI

Registro COFEPRIS 17 CI 09 015 034
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 023 2017082

FECHA Jueves, 15 de agosto de 2019

M.E. Nancy Jiménez Miranda

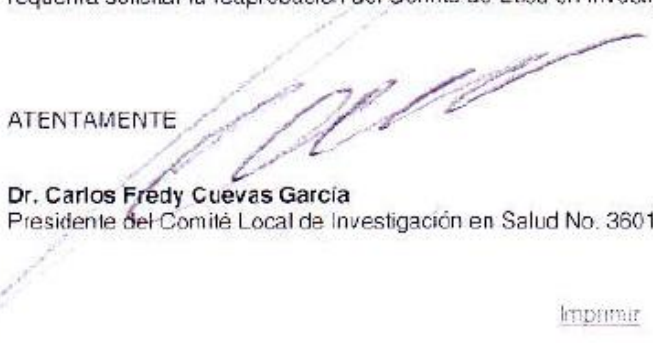
PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Grado de experiencias pseudo-psicóticas en pacientes con diagnóstico de trastorno de depresión mayor sin síntomas psicóticos, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en el Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional R-2019-3601-23B

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. Carlos Fredy Cuevas García
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3601

[Imprimir](#)

ÍNDICE

	Tema	Página
1	Resumen	5
2	Marco teórico	7
3	Antecedentes	9
4	Planteamiento del problema	11
5	Pregunta de investigación	11
6	Justificación	12
7	Hipótesis	13
8	Objetivos	14
9	Pacientes y métodos	15
10	Diseño del estudio	15
11	Criterios de selección	15
12	Tamaño de la muestra y análisis estadístico	16
13	Diseño de variables	16
14	Aspectos éticos	19
15	Recursos humanos, financiamiento	21
16	Resultados	22
17	Discusión	32
18	Conclusiones	38
19	Referencias	40
20	Anexos	44

**GRADO DE EXPERIENCIAS PSEUDO-PSICÓTICAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE DEPRESIÓN
MAYOR SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y TRASTORNO DE PÁNICO EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA DR. HÉCTOR H. TOVAR ACOSTA.**

RESUMEN

Introducción: Las experiencias pseudo-psicóticas o también conocidas como experiencias psicóticas subclínicas son manifestaciones mal comprendidas, generalmente son consideradas como fenómenos que simulan síntomas psicóticos positivos y que pueden ser experimentados en patologías psiquiátricas no psicóticas o en población por lo demás sana; son percepciones subjetivas vívidas e involuntarias. La identificación clara y oportuna de ellas es crucial para establecer una terapéutica y pronóstico adecuados, así como una menor exposición de los pacientes a tratamiento antipsicóticos innecesarios. **Objetivo:** Determinar el grado de experiencias pseudo-psicóticas en pacientes con diagnóstico de trastorno de depresión mayor sin síntomas psicóticos, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en la consulta externa de Psiquiatría y servicio de admisión continua del Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo transversal, no aleatorizado. Se aplicó Escala de Percepción Anómala de Cardiff (CAPS) a pacientes con diagnóstico de trastorno de depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada y/o trastorno de pánico de la consulta externa de Psiquiatría y servicio de admisión continua con el fin de medir el grado de experiencias pseudo-psicóticas en dichos pacientes. Se realizó análisis descriptivo, así como análisis de covariables con pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas. **Resultados:** Se evaluaron 92 pacientes con trastorno depresivo y/o ansioso, hallando una mayor prevalencia en las mujeres y en grupos etarios jóvenes. No hubo significancia estadística entre el puntaje total obtenido y los diagnósticos ($p=.229$), aunque algunos ítems relacionados con alucinaciones auditivas sí resultaron significativos estadísticamente. Las covariables de sexo, edad, comorbilidad y nivel educativo no modificaron la relación con las experiencias pseudo-psicóticas. **Conclusiones:** No se halló correlación entre el diagnóstico y los puntajes de la escala CAPS, sí así con algunos ítems en específico relacionados con alteraciones auditivas perceptuales y sus subescalas de perturbación/invasividad, con predominancia en el género femenino en algunos ítems. Los puntajes bajos obtenidos posiblemente se deban a que nuestra cultura tiende a aceptar de forma generalizada estas manifestaciones de perturbación emocional llegando a ser normalizados y subreportados.

1. DATOS DEL ALUMNO	
Apellido paterno	Hernández
Apellido materno	Salas
Nombre	Luis Pablo
Teléfono	2291033751
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de Medicina
Carrera/Especialidad	Psiquiatría
No. de Cuenta	412524592
Correo electrónico	Lphs_11@hotmail.com
2. DATOS DE LOS TUTORES	
Tutor principal:	Dra. Nancy Jiménez Miranda Especialista en Psiquiatría Médica adscrita en Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta. Teléfono: 5585677298 Correo electrónico: nancy.jimenez.miranda07@outlook.com
Co-tutor:	Dr. Carlos Hernández Vega Médico adscrita en Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta. Teléfono: 5555033943 Correo electrónico: chv2203@hotmail.com
3. DATOS DE LA TESIS	
Título	Grado de experiencias pseudo-psicóticas en pacientes con diagnóstico de trastorno de depresión mayor sin síntomas psicóticos, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en el Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta.
No. de páginas	57
Año	2021
Número de registro	R-2019-3601-238 (registro institucional) 17 CI 09 015 034 (registro COFEPRIS)

MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que los trastornos neuropsiquiátricos representan un total del 28% del global de las enfermedades, de éste, más de un tercio es causado por el trastorno depresivo con una prevalencia que oscila entre 3.3 al 21.4 %¹; mientras que los trastornos ansiosos presentan tasas de prevalencia a lo largo de la vida de 10.4 a 28.8 %². Pacientes con depresión y ansiedad comúnmente describen alucinaciones auditivas/visuales atípicas, así como percepciones delirantes cuestionables, sin evidencia de un trastorno del pensamiento formal. Estos síntomas “psicóticos” raramente forman parte de la queja principal, pero, que pueden ser descubiertos durante el examen mental. Ejemplos de estas experiencias incluyen el sonido de golpear a la puerta, una voz que llama el nombre de uno, y rostros de parientes muertos, a nombrar unos pocos.³

Las experiencias pseudo-psicóticas o también conocidas como experiencias psicóticas subclínicas son manifestaciones mal comprendidas, generalmente son consideradas como fenómenos que simulan síntomas psicóticos positivos y que pueden ser experimentados en patologías psiquiátricas no psicóticas o en población por lo demás sana; son percepciones subjetivas vívidas e involuntarias.^{3, 4}

Se sugiere que podría haber tres tipos de experiencias pseudo-psicóticas:

1. Como una expresión de perturbación neurológica que sugiera vulnerabilidad a trastornos psicóticos;
2. Manifestaciones relacionadas con enfermedades no psicóticas que no están necesariamente asociadas con angustia, discapacidad o riesgo de desarrollar trastornos psicóticos, pero que se remiten al tratamiento de la enfermedad no psicótica (el caso que compete a este estudio); y
3. Presentadas en individuos sanos sin ningún trastorno clínico, no asociado con ninguna enfermedad⁴.

Existe evidencia consistente que vincula experiencias de tipo psicótico con trauma y trastorno de estrés postraumático (TEPT)^{5,6} y uso y/o dependencia de sustancias. Sin embargo, también hay evidencia que sugiere que las experiencias pseudopsicóticas también están asociadas con los síntomas relacionados con la depresión y la ansiedad; Incluso, dichas experiencias han sido altamente asociadas con historia de “ataques de nervios”, un síndrome cultural específico muy parecido a los ataques de pánico⁷.

A lo largo del tiempo ha sido un reto clínico de particular importancia el poder determinar si estos signos son verdaderamente parte de un síndrome psicótico psiquiátrico o distinguirlos como formas de expresiones

culturales o idiomáticas de angustia. Por otro lado, cuando no se tiene información suficiente del contexto en que ocurrieron ciertas experiencias (p. ej., el contenido específico, la frecuencia, los antecedentes y los eventos posteriores a la misma), resulta difícil y prematuro hacer un diagnóstico diferencial para determinar si en efecto se trata de una experiencia psicótica o de alguna experiencia perceptual atípica⁸.

Existen unos criterios propuestos para facilitar la identificación de estas experiencias/síntomas pseudo-psicóticos (Tabla 1):⁹

Tabla 1. Criterios propuestos para la identificación de experiencias/síntomas pseudo-psicóticos
<ol style="list-style-type: none">1. Percepciones auditivas simples, vagas y no elaboradas, tales como escuchar que llaman a uno por su nombre en ausencia de estímulos.2. Percepciones visuales mal definidas y, a menudo, fugaces, como una sombra pasajera, en ausencia de estímulos.3. Percepciones auditivas y visuales anormales que tienden a ocurrir en ausencia de síntomas psicóticos clásicos como la ideación paranoica. Si se informa, la ideación paranoide suele ser un sentimiento difuso de sentirse inseguro con las personas, quienes podrían estar espiando o siguiendo al individuo; es una reminiscencia de la hipervigilancia y típicamente un pensamiento desestructurado que carece de calidad delirante.4. Impresiones de corta duración de que los fenómenos antes mencionados son reales, por ejemplo, comprobar y abrir la puerta después de oír golpeteos.5. Preservado conocimiento sobre la naturaleza anormal de las percepciones, aunque un significado patológico no sea atribuido.6. Angustia o miedo asociado a las percepciones antes mencionadas.

Dicha evaluación debe incluir múltiples sesiones, entrevistas con diversas fuentes (familiares, pareja, amistades), una exploración exhaustiva de diagnósticos comórbidos o alternos (incluyendo el TEPT), así como la observación precisa de la apariencia, la conducta y el estilo interpersonal del/de la adolescente. Además, en ésta debe obtenerse información que permita ponderar la severidad de la ideación suicida, un historial médico y de salud mental extenso (p. ej., hospitalizaciones y/o tratamiento farmacológico), un historial de desarrollo y familiar, y detalles sobre la edad de inicio y duración de los síntomas tanto depresivos, ansiosos y atípicos. Finalmente, se necesita un examen profundo del funcionamiento premórbido, de la frecuencia e intensidad de los episodios, así como del grado de malestar e impedimento académico, laboral y social.⁹

Además de ello, existen escalas ya aprobadas y validadas en múltiples idiomas (entre ellos el español) que se enfocan a evaluar la presencia, intensidad y frecuencia de dichas experiencias perceptuales anómalas,

entre ellas podemos encontrar el Peters Delusional Inventory (PDI) y la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS)^{10,11}.

ANTECEDENTES

El estudio transcultural de los síntomas psicóticos y su relación con la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos ha planteado importantes desafíos para la investigación y clínica desde el innovador estudio piloto internacional sobre la esquizofrenia (Kleinman, 1988; Sartorius et al., 1986). La investigación epidemiológica y clínica reciente ha planteado preguntas sobre la relación entre el respaldo de los síntomas psicóticos y el diagnóstico de trastornos psicóticos entre grupos culturalmente diversos.¹²

Se ha encontrado que ciertos grupos étnicos como los latinoamericanos pueden ser más propensos a presentar síntomas psicóticos, o relatos de historias compatibles con experiencias pseudo-psicóticas durante evaluaciones clínicas. Puede que estas experiencias sean una manifestación de estrés o malestar expresado de una manera culturalmente aceptable, puesto que incluso el contenido de los delirios y las alucinaciones se ha vinculado a influencias culturales, especialmente en hispanos/as¹²⁻¹⁴.

En 1996 Guamaccia y Rodriguez hallaron que los latinos de origen caribeño comparten un repertorio de creencias sobrenaturales o espirituales que pueden incluir fenómenos auditivos ambiguos, sensaciones corporales inusuales, y visualizaciones de entidades espirituales consideradas normativas; mismas que se ven exacerbadas durante períodos de estrés.¹⁴

Olfson y colaboradores (2002)⁷ encontraron que pacientes con experiencias anormales senso-perceptuales eran más propensos a ser hispanohablantes que blancos o afroamericanos, prevaleciendo en ellos una amplia gama de síntomas psicóticos. Una encuesta de pacientes psiquiátricos ambulatorios en 1979 en dos centros de Connecticut encontró que el 15.9% de los hispanos reportaron alucinaciones, en contraste con el 8.4% de los afroamericanos y el 3.3% de los blancos.¹⁵ Mientras que Posternak y Zimmerman (2005) reportaron una mayor incidencia de alucinaciones auditivas y sensación de persecución en pacientes latinos a comparación de otros grupos étnicos.¹⁶

Existen múltiples estudios (Lewi Fernandez y otros 2009, Vega y 2006, Minsky 2003 y Chang 2004) en los que se ha hecho patente un mayor reforzamiento de estos síntomas psicóticos en población latina de una forma desproporcionada a comparación del resto de la población; donde con una semiología más específica, muchos de estos síntomas serían únicamente experiencias pseudo-psicóticas.¹⁷

Cassano P. y colaboradores (2013) han encontrado que la prevalencia de síntomas pseudo-psicóticos a lo largo de la vida es del 9.5 %, elevándose hasta el 27 % en latinos con trastorno depresivo mayor (principalmente aquellos acompañados de síntomas ansiosos)¹⁷.

Por otro lado, dejando a un costado los grupos étnicos, en 2011 Varghese D. y colaboradores hallaron que los pacientes con síntomas similares a la psicosis eran 7.5 veces más propensos que los pacientes sin dichos síntomas a tener un trastorno de pánico, 6.6 veces más propensos a tener un trastorno de ansiedad generalizada, 4.9 veces más propensos a tener un trastorno depresivo mayor y tres veces más probabilidades de tener un trastorno por consumo de alcohol¹⁸.

La importancia en saber dilucidar la presencia de éstas alteraciones perceptuales (sobre todo en la población latina) radica en el decidir si iniciar o no antipsicóticos pues es bien sabido que la presencia de síntomas psicóticos en trastornos depresivos mayores aumenta el riesgo de recurrencia y de presentar conductas suicidas, por lo que múltiples guías internacionales se ha recomendado para su tratamiento el uso de antipsicóticos en conjunto con antidepresivos; lo mismo sucede con los trastornos de ansiedad¹⁹.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La existencia de experiencias/síntomas pseudo-psicóticos son reales y no es raro encontrarlos tanto en la población general sana como en pacientes con trastornos afectivos y de ansiedad. Es menester su identificación adecuada y el poder diferenciarlos de síntomas psicóticos reales, con el fin de poder instaurar un tratamiento adecuado, así como una determinación más acertada del pronóstico del paciente.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de síntomas/experiencias pseudo-psicóticas en pacientes con diagnóstico de trastorno de depresión mayor sin síntomas psicóticos, trastorno de ansiedad generalizada y/o trastorno de pánico en el

Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta?

JUSTIFICACIÓN

Al tratar a los pacientes, los psiquiatras a menudo nos enfrentamos al dilema de redefinir los límites del subtipo depresivo mayor con síntomas psicóticos; o en su defecto, dilucidar si algunas experiencias perceptuales comentadas por pacientes con trastornos de ansiedad pudieran ser definidas como síntomas psicóticos per se. Situaciones sumamente frecuentes ya que a como se ha constatado por estudios epidemiológicos, los trastornos afectivos depresivos y de ansiedad lideran las tasas de prevalencia e incidencia de los trastornos psiquiátricos en la población general, presentándose comúnmente en las consultas de primer contacto y con el especialista.

La presencia de estos síntomas pseudo-psicóticos se han asociado con una mayor utilización de los servicios ambulatorios de salud mental, así como con posible presencia de deficiencia mental y mayor posibilidad de ideación suicida. Creemos que estos síntomas son distintos del espectro psicótico del DSM-V porque tienen una presentación fenomenológica única. Han sido asociados con trauma y experiencias disociativas; su respuesta a los antipsicóticos es desigual. Son altamente prevalentes en población latina, como se ha demostrado en estudios epidemiológicos en otros países, principalmente Estados Unidos; sin embargo, cabe recalcar que aún no existen estudios realizados en nuestro país.

Cuando se trata a pacientes con depresión y/o ansiedad con síntomas similares a los de la psicosis, los médicos generalmente se dividen entre los que prefieren el uso temprano de antipsicótico y los que usan esta estrategia solo si la monoterapia con antidepresivos falla.

En la literatura aún no se ha llegado a un acuerdo sobre el abordaje de estas alteraciones perceptuales; sin embargo, debido a que la presencia de estos síntomas pueden indicar mayor grado de severidad, algunos autores recomiendan y justifican el adoptar un enfoque inicial un poco más agresivo para el tratamiento (dosis mayores de antidepresivos o tratamientos coadyuvantes como benzodiazepinas, buspirona, bupropión, etc.)^{20, 21}, y, dejar para última instancia, el uso de antipsicóticos por su gran perfil de efectos adversos (sobre todo los metabólicos). En resumen, la elaboración de este protocolo se justifica por:

- Dilucidar la presencia de experiencias/síntomas pseudo-psicóticos
- Poder diferenciarlos adecuadamente de síntomas psicóticos verdaderos
- Una mejor vigilancia del paciente por la mayor probabilidad de complicaciones
- Evitar la administración indiscriminada e incluso, en ocasiones, innecesaria de antipsicóticos.

HIPÓTESIS

Hipótesis alterna: El diagnóstico de trastorno de depresión mayor sin síntomas psicóticos, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de pánico están asociados a un mayor número de experiencias pseudo-psicóticas.

Hipótesis nula: El diagnóstico de trastorno de depresión mayor sin síntomas psicóticos, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de pánico no están asociados a un mayor número de experiencias pseudo-psicóticas.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar el grado de experiencias pseudo-psicóticas en pacientes con diagnóstico de trastorno de depresión mayor sin síntomas psicóticos, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en la consulta externa de Psiquiatría Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta

Objetivos específicos:

- Delimitar en cual trastorno psiquiátrico (trastorno de depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de pánico) existe un mayor grado de experiencias pseudo-psicóticas.
- Identificar cuáles son las experiencias pseudo-psicóticas más frecuentes en pacientes con trastorno de depresión mayor sin síntomas psicóticos, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico.
- Reconocer cuáles son las experiencias pseudo-psicóticas con mayor invasividad/perturbación en trastorno de depresión mayor sin síntomas psicóticos, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Estudio observacional, descriptivo transversal, no aleatorizado.

Universo de trabajo: Pacientes con diagnóstico de trastorno de depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada y/o trastorno de pánico de la consulta externa de Psiquiatría y servicio de admisión continua en el Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta.

Tipo de muestreo: no probabilístico

Tamaño de la muestra: Muestreo por conveniencia.

Participantes

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de trastorno de depresión mayor sin síntomas psicóticos por criterios DSM-5
- Pacientes con diagnóstico de trastorno ansiedad generalizada y trastorno de pánico por criterios DSM-5

Criterios de exclusión:

- Antecedente previo de trastorno psicótico.
- Diagnóstico de trastorno de la personalidad límite codificado en el expediente clínico.
- Diagnóstico de algún trastorno de personalidad del Cluster A (trastorno de la personalidad paranoide, trastorno de la personalidad esquizotípica, trastorno de la personalidad esquizoide) codificados en el expediente clínico.
- Consumo y abuso de alcohol y drogas ilícitas, durante las fases activas de las enfermedades estudiadas, referidos durante la entrevista clínica.

Criterios de eliminación:

- Evaluaciones incompletas (20 % o más del cuestionario sin contestar)
- Negarse a la realización de la prueba

Procedimiento: Aplicación de Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff en pacientes de la consulta externa de Psiquiatría con los diagnósticos de trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada y/o trastorno de pánico. Previa firma de consentimiento informado por parte del paciente.

Materiales: Expedientes clínicos, Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff.

Método estadístico: Para el análisis de los datos se utilizarán diversas pruebas estadísticas que serán consideradas de acuerdo a los niveles de medición de la escala que se utilizará. Se llevará a cabo análisis descriptivo en los que se utilizarán medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes para la descripción de los datos recabados. Se hará uso de paquete estadístico de Excel 2019.

Como el sexo y la edad se han visto relacionadas con alteraciones pseudo-psicóticas^{23, 24}, éstas se analizaron como covariables; también se incluyeron como covariables las comorbilidades médicas y el nivel educativo.

Los análisis se llevaron a cabo utilizando el Paquete Estadístico de Ciencias Sociales (IBM SPSS Statistics 27). Primeramente, se realizó un análisis descriptivo, posteriormente para identificar las variables asociadas a la presencia de experiencias atípicas, se hicieron análisis de distribución χ^2 , prueba paramétrica T de student y u de man Whitney para pruebas no paramétricas.

Variables y escalas de medición:

Variable independiente: Trastorno de depresión mayor sin síntomas psicóticos, trastorno de ansiedad generalizada y/o trastorno de pánico

Tipo de variable: nominal

Variable dependiente: Presencia o ausencia de experiencias pseudo-psicóticos

Tipo de variable: nominal

- Trastorno de ansiedad generalizada
- *Definición conceptual:* ansiedad y preocupación excesivas sobre diversos acontecimientos o actividades durante la mayor parte de los días, a lo largo de un período de seis meses como mínimo. La preocupación es difícil de controlar y se asocia a síntomas somáticos como tensión muscular, irritabilidad, trastornos del sueño e inquietud. La ansiedad no se centra en características de otro trastorno, no está causada por el consumo de una sustancia o afección orgánica, y no se produce sólo durante un trastorno del estado de ánimo o psiquiátrico. La ansiedad es difícil de controlar, es subjetivamente angustiante y deteriora las áreas importantes de la vida de un individuo.
- *Definición operacional:* Reunión de criterios diagnósticos CIE10

- Trastorno de pánico:
- *Definición conceptual:* crisis intensa y aguda de ansiedad acompañada por la sensación de catástrofe inminente. La ansiedad se caracteriza por períodos discretos de pánico intenso que pueden ir de varias crisis en un solo día a algunas durante 1 año. Dichos ataques aparecen de forma espontánea, causan notable malestar clínico y mal adaptación, habiendo estado presentes por lo menos un mes.
- *Definición operacional:* Reunión de criterios diagnósticos CIE10

- Trastorno depresivo mayor
- *Definición conceptual:* trastorno del estado de ánimo en el cual debe estar presente por lo menos un ánimo triste y/o pérdida de interés o placer, acompañado de al menos otros cuatro síntomas (de un total de nueve); pudiendo ser éstos somáticos como pérdida del apetito, insomnio, o cognitivos como disminución en la concentración. Dicho cuadro debe estar presente al menos dos semanas y provocar malestar o deterioro a fin de diferenciar un trastorno de fluctuaciones normales del estado de ánimo. Deben descartarse otras enfermedades psiquiátricas, efectos de alguna sustancia u otra afección médica general, por ejemplo, hipotiroidismo.
- *Definición operación:* Reunión de criterios diagnósticos CIE10

- Experiencias pseudo-psicóticas:
- *Definición conceptual:* también conocidas como experiencias psicóticas subclínicas, son manifestaciones mal comprendidas, generalmente son consideradas como fenómenos que simulan síntomas psicóticos positivos y que pueden ser experimentados en patologías psiquiátricas no psicóticas (episodios depresivos, ansiosos, de estrés) o en población por lo demás sana. Son percepciones subjetivas vívidas e involuntarias
- *Definición operacional:* serán los puntajes obtenidos mediante Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff

Covariables:

- Sexo
- Edad
- Nivel educativo
- Comorbilidad médica

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición
Comorbilidad médica	Se refiere a la coexistencia temporal o permanente de dos o más trastornos de la salud	Enfermedades crónicas adicionales a los trastornos de ansiedad/depresión mencionados por el paciente o registrados en el expediente	Nominal
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento o cada uno de los períodos en que se considera la vida humana	Número entero que indica la cantidad de años.	Discreta
Sexo	Características biológicas que distinguen al hombre de la mujer.	Masculino o femenino	Nominal
Nivel educativo	Grado de estudios hasta el cual el paciente llegó a realizar	Sin educación/analfabeta, básica, media superior/técnica, superior	Nominal

Instrumento: Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (Anexo 1)

La Escala de Percepción Anómala de Cardiff (CAPS) es una medida psicométrica de autoinforme de experiencias alucinatoria que se validó por primera vez en 2006⁸ y se revalidó en un estudio de replicación posterior²²; siendo ampliamente utilizada desde entonces. Desde su primera publicación se ha utilizado para examinar el papel de las anomalías perceptivas en la paranoia, el autismo, trastornos afectivos y ansiosos], epilepsias y trauma.²³

El aspecto más ampliamente investigado de las alucinaciones es donde aparecen como un componente de la psicosis; de hecho, éstas pueden aparecer a lo largo de todo el fenotipo de las psicosis y pueden variar desde alteraciones perceptivas benignas hasta alucinaciones intensas y angustiantes, siendo estas últimas más propensas a estar presentes en trastornos psiquiátricos diagnosticables. Sin embargo; CAPS fue diseñado para medir este gran rango de experiencias alucinatorias no limitadas al espectro de la psicosis; incluyendo, por ejemplo, su presencia en trastornos afectivos, ansiosos, neurológicas.²³

Este cuestionario está compuesto por 32 elementos que tienen un formato dicotómico (Sí / No); redactado en un lenguaje neutral. La puntuación total se obtiene sumando cada uno de los ítems, por lo que el rango para los CAPS es 0 (bajo) a 32 (alto). Además, cada uno de los ítems tiene 3 dimensiones que miden el grado de angustia, intrusividad y frecuencia de las experiencias anómalas con una escala Likert (1-5), de modo que el rango para cada una de ellas va de 0 a 160. Cada una de las tres dimensiones busca evaluar la relevancia de la experiencia para el sujeto. Esto ha sido descrito como fundamental para la diferenciación entre lo normal y lo patológico; en otras palabras, la experiencia y no la mera experiencia en sí.⁹ Existen estudios de validación de CAPS en español, realizado tanto en España (2014) y América para cubrir el español europeo y latinoamericano^{9,24}.

ASPECTOS ÉTICOS

Se solicitará la aprobación ética del estudio por el comité de ética de Centro Médico Nacional Siglo XXI y del Hospital Psiquiátrico "Héctor Tovar Acosta" IMSS. Este estudio se llevará a cabo de acuerdo a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de la Investigación de Salud, así como se apegará a las normas éticas de la Declaración de Helsinki y sus encomiendas.

Información al paciente y consentimiento informado

A cada sujeto que se le proponga participar en el estudio, se le entregará un documento escrito denominado "Hoja de información al paciente" (anexo 2), en el que se referirá, de forma detallada, el objetivo y la descripción del estudio, los procedimientos del estudio, la duración prevista y el número de sujetos participantes, los beneficios y riesgos posibles derivados de su participación en el mismo, confidencialidad de los datos de carácter personal.

Este documento estará redactado con un vocabulario que permita que su contenido sea completamente legible y comprensible para el paciente. El investigador deberá informar al paciente sobre el estudio, la naturaleza voluntaria de su participación y que no supone ningún cambio ni en su tratamiento ni en su atención médica respecto a los que recibiría en caso de no participar. Él contestará a sus dudas y preguntas y, de acuerdo con la normativa vigente, obtendrá el consentimiento informado escrito del sujeto. El sujeto participante en el estudio y/o su tutor legal podrán revocar en cualquier momento el consentimiento para la utilización de sus datos en el análisis, sin expresión de causa y sin que por ello se derive para él responsabilidad ni perjuicio alguno.

Evaluación beneficio/riesgo

Dado su carácter observacional transversal, el presente estudio no tiene posibilidad de generar ningún riesgo sobre los sujetos estudiados (ni físico, psicológico ni invasión a privacidad), puesto que únicamente se limita a una recogida de datos procedentes de la historia clínica y escalas, y no conlleva ningún cambio en el tratamiento ni en los procedimientos diagnósticos respecto a las condiciones de seguimiento clínico habitual.

El beneficio que recibe el paciente se debe a las condiciones propias de su tratamiento, que es independiente del estudio, y que forma parte de la práctica habitual del médico que está formando parte del presente estudio. Sin embargo, este estudio podría ayudar a mejorar el conocimiento de esta población, lo que podría permitir una mejora del manejo de los pacientes en la práctica clínica habitual.

Confidencialidad de los datos

Con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos del estudio, sólo tendrán acceso a los mismos el investigador y su equipo de colaboradores, el Comité Ético de Investigación Clínica y las autoridades sanitarias pertinentes.

Los investigadores se comprometen a recoger, registrar y notificar los datos de forma fidedigna y correcta, respondiendo de su actualización y calidad ante las auditorias oportunas. Los investigadores del estudio deben garantizar la confidencialidad de los datos de los sujetos y velar porque se cumpla en todo momento con lo establecido por las normas de confidencialidad.

Los pacientes se identificarán mediante un número-código. Se garantizará la total confidencialidad de los datos, en particular la identidad de los participantes.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Material y equipo:

- Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff
- Expedientes clínicos
- Carta de consentimiento informado
- Computadora personal con software de Microsoft Office
- Material de oficina (hojas de papel bond para fotocopias de las escalas, folders para organización de documentos, bolígrafos, lápices)
- La aplicación de escalas se realizará en los servicios de consulta externa y admisión continua de Psiquiatría del Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta.

Recursos humanos:

- Un investigador, quien es médico residente del curso de especialidad en Psiquiatría
- Un asesor técnico y uno metodológico

Recursos financieros:

- Los recursos de papelería fueron cubiertos por el investigador.
- Las instalaciones e inmuebles son propiedad del Instituto Mexicano del Seguro Social.

RESULTADOS

Se reclutó un total de 94 pacientes de los cuales se descartó uno por falta de información (no completar escala), así como otro por presentar uno de los criterios de exclusión. Quedando un total de los 92 pacientes evaluados. Los cuales se conforman de 70.7 % (65) femeninos y 29.3 % (27) masculinos.

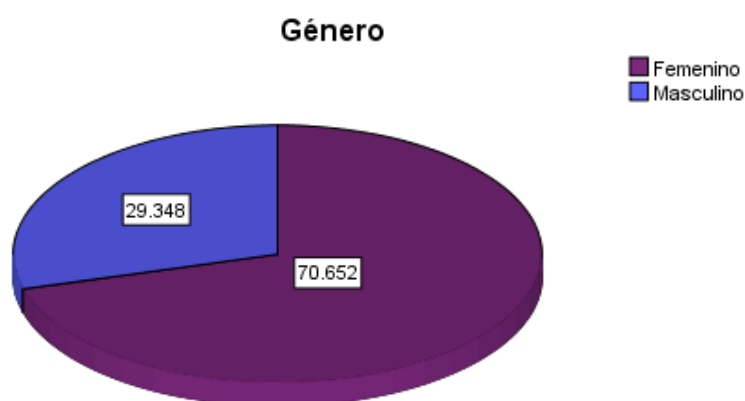


Figura1.Género

Su edad osciló entre los 18 a 83 años de edad, con una media de 37.42 años y una mediana de 34.5 años. Predominaron 3 grupos de edad en esta muestra, el 28.2% de 18-25 años, el 26% de 26 a 35 años y el 20% de 46 a 55 años.

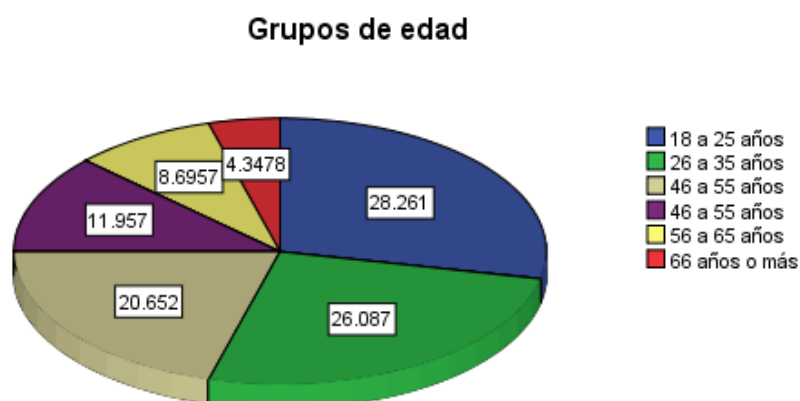


Figura2. Grupos de Edad

Se observa que en la población de estudio el 40.21 % contaba con educación media superior, 32.6 % con educación básica, 23.91 % con educación tipo superior, 2.17 % con posgrado y 1.08 % era analfabeta.

El 32.6% (30) presentó comorbilidades mientras que el 67.4% (62) no presentaron. Al realizar el comparativo con los diagnósticos psiquiátricos no existe correlación y al comparar con los puntajes tampoco.

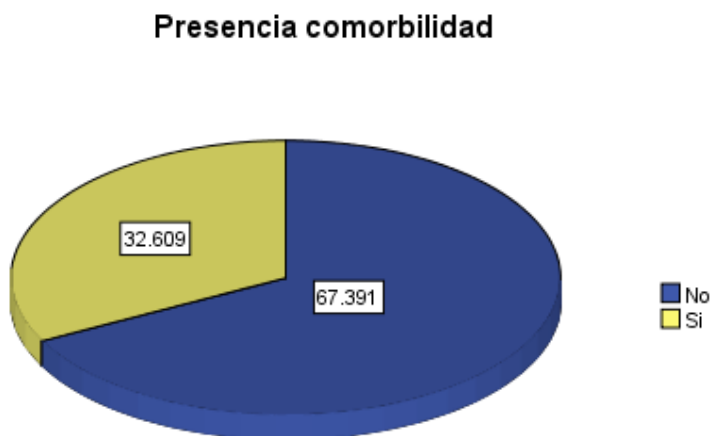


Figura3. Comorbilidades

El trastorno depresivo mayor fue el diagnóstico prevalente, estando presente en el 73.91 % de la muestra, mientras que los trastornos de ansiedad lo estuvieron en el 33.69 %; y, un 8.6 % de los participantes presentaban comorbilidad de algún trastorno afectivo de corte depresivo y un trastorno ansioso. Del total de pacientes con trastorno depresivo 16.17 % (11) presentaron un episodio leve, 26.47 % (18) episodio moderado, 55.88 % (38) episodio grave y 1.47 % (1) un episodio no especificado. Del total de pacientes con trastornos de ansiedad, 80.64 % (25) presentaron trastorno de ansiedad generalizada, 29 % (9) trastorno de pánico y 6.45 % (2) trastorno de ansiedad no especificado.

Los pacientes con depresión grave alcanzaron un puntaje total de CAPS de 384 con un promedio de 10.38, el grupo con depresión moderada 273 puntos con promedio de 15.16, mientras que el grupo con depresión leve un puntaje de 113 y un promedio de 10.27. El 4.4 % de los pacientes con trastorno depresivo mayor no presentó alteraciones sensoriales. Respecto a los trastornos de ansiedad únicamente el 9.67 % no presentó alteraciones sensoriales; en el 90.3 % restante, el grupo de trastornos ansiosos comórbidos con algún episodio afectivo de corte depresivo obtuvo una media de 8.75, mientras que el grupo de trastornos de ansiedad puros obtuvo una media de 8.

Del total únicamente 6.5 % (6) pacientes no presentaron alteraciones sensoriales, el resto sí en un rango variable, con una media de 10.54 en el puntaje total CAPS, y medias de 31, 29.2 y 28 en las subescalas de perturbación, invasividad y frecuencia respectivamente.

Se realiza análisis estadístico para valorar la relación con el género y el diagnóstico psiquiátrico, se observa principalmente que el grupo más importante puede ser el género femenino con un 47.7% (31) con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor grave, encontrando un valor estadísticamente significativo.

Diagnóstico psiquiátrico y género

	Género		Total
	Femenino	Masculino	
TDM leve	8 12.30%	2 7.40%	10 10.90%
TDM grave	31 47.70%	5 18.50%	36 39.10%
TDM moderado	10 15.40%	6 22.20%	16 17.40%
TAG	13 20.00%	9 33.30%	22 23.90%
Trastorno de pánico y otros	3 4.60%	5 18.50%	8 8.70%
Total	65 100.00%	27 100.00%	92 100.00%

p=0.030

Se realizó un análisis de correlación entre el nivel educativo y el diagnóstico psiquiátrico, sin embargo, no existió significancia estadística. p=0.358

Después se realizó un análisis bivariado para conocer el nivel relacional entre el diagnóstico y el puntaje del CAPS con la prueba T de student en donde no se encontró significancia estadística (p=0.229).

Se comparó también cada ítem del cuestionario con la prueba χ^2 de Pearson destacando los ítems a continuación presentados. La primera pregunta con relevancia estadística es la siguiente, la cual en el trastorno depresivo mayor se presentó en el 29.2 % (14) tanto de intensidad moderada como grave lo que nos hace pensar que es un grupo importante en este apartado, pues es significativamente estadístico. P=0.024

¿Le ha parecido alguna vez oír los sonidos mucho más alto de lo normal?

	Si	No	Total
TDM leve	4 8.30%	6 13.60%	10 10.90%
TDM grave	14 29.20%	22 50.00%	36 39.10%
TDM moderado	14 29.20%	2 4.50%	16 17.40%
TAG	12 25.00%	10 22.70%	22 23.90%
T. de pánico y otros	4 8.30%	4 9.10%	8 8.70%
Total	48 100.00%	44 100.00%	92 100.00%

P= 0.024

La siguiente pregunta que resultó de interés por el porcentaje de 35.6 % (16) en TDM grave y de 28.9 % (13) en TDM moderado con una p significativa (p=0.022), fue:

¿Ha oído alguna vez ruidos o sonidos cuando no hay nada que los explique?

	Si	No	Total
TDM leve	6 13.30%	4 8.70%	10 11.00%
TDM grave	16 35.60%	19 41.30%	35 38.50%
TDM moderado	13 28.90%	3 6.50%	16 17.60%
TAG	6 13.30%	16 34.80%	22 24.20%
Trastorno de pánico y otros	4 8.90%	4 8.70%	8 8.80%
Total	45 100.00%	46 100.00%	91 100.00%

p=0.022

Para continuar con el análisis estadístico y conocer qué puntaje era el más relevante con cada diagnóstico y con cada subescala de las experiencias pseudo-psicóticas se realizó el siguiente análisis bivariado encontrando como relevantes los siguientes ítems:

¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos? Frecuencia

	0	1	2	3	4	5	Total
TDM leve	5 9.30%	0 0.00%	2 14.30%	2 28.60%	0 0.00%	1 16.70%	10 10.90%
TDM grave	23 42.60%	1 14.30%	7 50.00%	3 42.90%	1 25.00%	1 16.70%	36 39.10%
TDM moderado	7 13.00%	1 14.30%	1 7.10%	1 14.30%	3 75.00%	3 50.00%	16 17.40%
TAG	14 25.90%	2 28.60%	4 28.60%	1 14.30%	0 0.00%	1 16.70%	22 23.90%
Trastorno de pánico y otros	5 9.30%	3 42.90%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	8 8.70%
Total	54 100.00%	7 100.00%	14 100.00%	7 100.00%	4 100.00%	6 100.00%	92 100.00%

p=0.034

¿Ha visto alguna vez formas, luces o colores, aunque realmente no haya nada? Perturbación

	0	1	2	3	4	5	Total
TDM leve	3 5.40%	1 14.30%	5 38.50%	0 0.00%	1 16.70%	0 0.00%	10 10.90%
TDM grave	22 39.30%	2 28.60%	6 46.20%	3 50.00%	2 33.30%	1 25.00%	36 39.10%
TDM moderado	9 16.10%	3 42.90%	1 7.70%	0 0.00%	2 33.30%	1 25.00%	16 17.40%
TAG	18 32.10%	0 0.00%	0 0.00%	1 16.70%	1 16.70%	2 50.00%	22 23.90%
Trastorno de pánico y otros	4 7.10%	1 14.30%	1 7.70%	2 33.30%	0 0.00%	0 0.00%	8 8.70%
Total	56 100.00%	7 100.00%	13 100.00%	6 100.00%	6 100.00%	4 100.00%	92 100.00%

p=0.049

¿Ha oído alguna vez voces que comentan lo que está pensando o haciendo? Perturbación

	0	1	2	3	4	5	Total
TDM leve	6 9.10%	0 0.00%	0 0.00%	2 28.60%	1 16.70%	1 16.70%	10 10.90%
TDM grave	27 40.90%	2 50.00%	0 0.00%	3 42.90%	1 16.70%	3 50.00%	36 39.10%
TDM moderado	8 12.10%	2 50.00%	0 0.00%	1 14.30%	3 50.00%	2 33.30%	16 17.40%
TAG	19 28.80%	0 0.00%	1 33.30%	1 14.30%	1 16.70%	0 0.00%	22 23.90%
Trastorno de pánico y otros	6 9.10%	0 0.00%	2 66.70%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	8 8.70%
Total	66 100.00%	4 100.00%	3 100.00%	7 100.00%	6 100.00%	6 100.00%	92 100.00%

p=0.050

¿Ha notado alguna vez que alguien lo está tocando, pero cuando mira no hay nadie? Invasividad

	0	1	2	3	4	5	Total
TDM leve	3 5.00%	0 0.00%	5 41.70%	1 14.30%	1 20.00%	0 0.00%	10 10.90%
TDM grave	23 38.30%	2 40.00%	3 25.00%	4 57.10%	2 40.00%	2 66.70%	36 39.10%
TDM moderado	9 15.00%	1 20.00%	3 25.00%	2 28.60%	1 20.00%	0 0.00%	16 17.40%
TAG	20 33.30%	0 0.00%	1 8.30%	0 0.00%	0 0.00%	1 33.30%	22 23.90%
Trastorno de pánico y otros	5 8.30%	2 40.00%	0 0.00%	0 0.00%	1 20.00%	0 0.00%	8 8.70%
Total	60 100.00%	5 100.00%	12 100.00%	7 100.00%	5 100.00%	3 100.00%	92 100.00%

p=0.033

¿Le ha parecido alguna vez que los sonidos están distorsionados de un modo extraño e inusual? Perturbación

	0	1	2	3	4	5	Total
TDM leve	7 10.60%	0 0.00%	0 0.00%	2 28.60%	1 16.70%	0 0.00%	10 10.90%
TDM grave	28 42.40%	0 0.00%	1 12.50%	4 57.10%	2 33.30%	1 50.00%	36 39.10%
TDM moderado	7 10.60%	2 66.70%	3 37.50%	0 0.00%	3 50.00%	1 50.00%	16 17.40%
TAG	19 28.80%	1 33.30%	1 12.50%	1 14.30%	0 0.00%	0 0.00%	22 23.90%
Trastorno de pánico y otros	5 7.60%	0 0.00%	3 37.50%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	8 8.70%
Total	66 100.00%	3 100.00%	8 100.00%	7 100.00%	6 100.00%	2 100.00%	92 100.00%

p=0.028

¿Ha notado alguna vez que alguien lo está tocando, pero cuando mira no hay nadie? Frecuencia

	0	1	2	3	4	Total
TDM leve	3 5.00%	0 0.00%	5 25.00%	2 40.00%	0 0.00%	10 10.90%
TDM grave	23 38.30%	1 20.00%	9 45.00%	2 40.00%	1 50.00%	36 39.10%
TDM moderado	9 15.00%	1 20.00%	5 25.00%	0 0.00%	1 50.00%	16 17.40%
TAG	20 33.30%	1 20.00%	0 0.00%	1 20.00%	0 0.00%	22 23.90%
Trastorno de pánico y otros	5 8.30%	2 40.00%	1 5.00%	0 0.00%	0 0.00%	8 8.70%
Total	60 100.00%	5 100.00%	20 100.00%	5 100.00%	2 100.00%	92 100.00%

p=0.031

¿Le ha parecido alguna vez que los sonidos están distorsionados de un modo extraño e inusual? Invasividad

	0	1	2	3	4	5	Total
TDM leve	7 10.60%	0 0.00%	2 22.20%	0 0.00%	0 0.00%	1 100.00%	10 10.90%
TDM grave	28 42.40%	0 0.00%	2 22.20%	3 37.50%	3 75.00%	0 0.00%	36 39.10%
TDM moderado	7 10.60%	3 75.00%	1 11.10%	4 50.00%	1 25.00%	0 0.00%	16 17.40%
TAG	19 28.80%	1 25.00%	2 22.20%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	22 23.90%
Transtorno de panico y otros	5 7.60%	0 0.00%	2 22.20%	1 12.50%	0 0.00%	0 0.00%	8 8.70%
Total	66 100.00%	4 100.00%	9 100.00%	8 100.00%	4 100.00%	1 100.00%	92 100.00%

p=0.017

¿Se ha mirado alguna vez al espejo y ha pensado que su rostro parece distinto de lo usual? Perturbación

	0	1	2	3	4
TDM leve	5 9.30%	0 0.00%	4 44.40%	0 0.00%	1 25.00%
TDM grave	16 29.60%	4 100.00%	3 33.30%	7 58.30%	0 0.00%
TDM moderado	10 18.50%	0 0.00%	1 11.10%	2 16.70%	1 25.00%
TAG	16 29.60%	0 0.00%	1 11.10%	2 16.70%	2 50.00%
Trastorno de pánico y otros	7 13.00%	0 0.00%	0 0.00%	1 8.30%	0 0.00%
Total	54 100.00%	4 100.00%	9 100.00%	12 100.00%	4 100.00%

p=0.050

¿Ha oído alguna vez dos o más voces inexplicables hablando entre sí? Perturbación

	0	1	2	3	4	5	Total
TDM leve	7 9.60%	0 0.00%	2 40.00%	0 0.00%	1 33.30%	0 0.00%	10 10.90%
TDM grave	28 38.40%	0 0.00%	1 20.00%	2 100.00%	1 33.30%	4 50.00%	36 39.10%
TDM moderado	10 13.70%	1 100.00%	0 0.00%	0 0.00%	1 33.30%	4 50.00%	16 17.40%
TAG	22 30.10%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	22 23.90%
Transtorno de panico y otros	6 8.20%	0 0.00%	2 40.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	8 8.70%
Total	73 100.00%	1 100.00%	5 100.00%	2 100.00%	3 100.00%	8 100.00%	92 100.00%

p=0.031

¿Ha oído alguna vez dos o más voces inexplicables hablando entre sí? Invasividad

	0	1	2	3	4	5	Total
TDM leve	7 9.60%	0 0.00%	1 25.00%	1 25.00%	1 12.50%	0 0.00%	10 10.90%
TDM grave	28 38.40%	0 0.00%	1 25.00%	2 50.00%	5 62.50%	0 0.00%	36 39.10%
TDM moderado	10 13.70%	0 0.00%	1 25.00%	1 25.00%	2 25.00%	2 100.00%	16 17.40%
TAG	22 30.10%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	22 23.90%
Trastorno de pánico y otros	6 8.20%	1 100.00%	1 25.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	8 8.70%
Total	73 100.00%	1 100.00%	4 100.00%	4 100.00%	8 100.00%	2 100.00%	92 100.00%

p=0.050

Se realiza también análisis relacional bivariado con género y con puntaje de las subescalas en donde se observa una relación significativa con los siguientes ítems:

¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos? Perturbación

	0	1	2	3	4	5	Total
Femenino	40	1	7	6	3	8	65
Masculino	14	7	2	2	2	0	27
Total	54	8	9	8	5	8	92

p=0.004

¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos? Invasividad

	0	1	2	3	4	5	Total
Femenino	40	1	8	5	5	6	65
Masculino	14	6	4	2	1	0	27
Total	54	7	12	7	6	6	92

p=0.015

DISCUSIÓN

La población en la que estamos inmersa, cuando presenta trastorno depresivo mayor y/o trastornos de ansiedad comúnmente describe experiencias pseudo-psicóticas todas ellas en el contexto de un examen de estado mental no notable, sin evidencia de un trastorno de pensamiento formal; entre dichas experiencias podemos describir principalmente tendencia a síntomas positivos como alteraciones perceptuales inusuales (por ejemplo alucinaciones mal definidas), creencias paranormales, ideas de referencia, suspicacia, experiencias anómalas y extravagantes, etc. Estos síntomas rara vez forman parte de la queja principal, pero pueden ser descubiertos durante la evaluación psiquiátrica. Dichas experiencias no son tan inusuales como se cree, en una revisión sistemática recientemente publicada de 35 cohortes basadas en la población, van Os et al²⁵ reportaron una prevalencia media de experiencias pseudo-psicóticas del 5,3%, mientras que en nuestro estudio el 93.5 % de la muestra las presentó, al menos con un ítem positivo. Todas las aparentes alteraciones sensoperceptuales reportadas en este estudio ocurrieron en pacientes que se encontraban alerta, no fueron fenómenos hipnagógicos o hipnopómpicos y cabe destacar que no siempre se mostró una actitud negativa hacia las experiencias pseudo-psicóticas reportadas.

En este estudio se reportó que la prevalencia de género fue en un 70 % femenino lo cual concuerda con lo reportado en la epidemiología mundial, Craske MG et al.²⁷ en un estudio de revisión de 2017 de *Primer Nature* reportaron del doble al triple de probabilidades de padecer un trastorno de ansiedad en las mujeres, así como un doble riesgo/prevalencia de desarrollar depresión/ansiedad según lo reportado en la revisión literaria epidemiológica disponible sobre la prevalencia de la depresión y otros trastornos mentales comunes de la OMS en 2017²⁸. Estos hallazgos en las diferencias en la morbilidad psiquiátrica podrían ser causadas en parte por los efectos de las hormonas sexuales en el desarrollo y funcionamiento cerebral, y en parte por factores sociales como el aprendizaje y los roles de género que influyen en las emociones y los comportamientos.

Respecto a lo observado con la variable del nivel educativo no se encontró significancia estadística; si bien esta ha sido reportada como una variable de riesgo sociodemográfica para presentar trastornos psiquiátricos, estrés psicológico y alteraciones sensoperceptuales, también se ha reportado que esta relación no siempre es constante, encontrando así estudios donde se ha revelado que un nivel de educación más bajo no se siempre se asocia con una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos o estresores psicológicos, como en los estudios de Molarius et al.²⁹ en 2012 realizado en Suecia y el de Bromet y colaboradores³⁰ (multinacional) de 2011.

Sin embargo, existen autores como Bourgin y colaboradores³¹ quien publicaron su estudio transversal en 2019 en Estados Unidos en la revista Elsevier, donde mencionan que un alto nivel educativo se correlacionaba con una mayor prevalencia de experiencias pseudo-psicóticas. Por lo tanto, actualmente la relación causa-efecto entre un menor logro académico y trastornos psiquiátricos como la depresión no está clara, agregándose además recientemente un gran estudio con 25.000 individuos el cual sugirió que dichas diferencias podrían deberse en parte a la genética compartida y no así tanto a las variables educativas (Peyrot WJ. et al 2015, diario Molecular Psychiatry)³². Es probable que dichas discrepancias en la literatura estén relacionadas con las influencias del tiempo de estudio y la ubicación, ya que los problemas psiquiátricos están sujetos a factores culturales y biológicos.

No únicamente se ha encontrado una mayor prevalencia de trastornos afectivos/ansiosos en las mujeres, si no también se encuentra una mayor presencia de experiencias pseudo-psicóticas en ellas, como lo reportado en los estudios por Scott et al.³³ en 2008 realizado en Australia, por Unterrassner et al.³⁴ en 2017 en un estudio de cohorte realizado en Suiza y por Bourgin et al.³¹ en 2019 en su estudio transversal realizado en Estados Unidos. Sin embargo, en este estudio no se halló diferencias significativas respecto a la presencia de experiencias pseudo-psicóticas entre ambos sexos, esto de manera similar a un estudio transversal de 2007 de Vega et al.¹² donde se evaluó la prevalencia de síntomas psicóticos putativos no de primer rango en población mexicana de Estados Unidos hallando sólo ligeras diferencias en las frecuencias de dichos síntomas por sexo para las personas con trastornos depresivos/ansiosos. Podríamos considerar que esa última concordancia podría ser secundaria a que en la población latina estas experiencias tienden a ser vistas como meras manifestaciones culturales aceptables de angustia, estrés o malestar generalizándose en todos los individuos, tanto hombres como mujeres.

En este estudio los rangos de edad más afectados fueron los grupos de 18-25 años (28.2%), 26 a 35 años (26 %) y 46 a 55 años (20 %); dicha distribución concuerda con la mediana de edad de inicio de los trastornos afectivos y ansiosos, reportada aproximadamente a los 25 años de edad con un período de riesgo máximo que va desde la adolescencia tardía hasta los 45 años, según artículos de revisión de la revista Primer Nature de los autores Otte C. et al³⁵ en 2016 y Craske MG. et al.²⁷ en 2017. En lo referente a las experiencias pseudopsicóticas hay un creciente cuerpo de evidencia sobre la asociación de correlacionados demográficos clave como los grupos etarios; dos estudios transversales que se valieron de encuestas, uno publicado por Scott et al.³² en la revista Acta de Psiquiatría Escandinava en Australia en 2008 y otro publicado en la revista Elsevier por Veroux H. et al³⁶ en Francia en 1998 notificaron que las experiencias pseudopsicóticas se presentan o al menos se reportan con mayor frecuencia en la edad adulta joven y disminuyen a lo largo de la vida. En nuestro estudio no se presentó diferencia significativa respecto a los

grupos etarios y la frecuencia de las experiencias pseudopsicóticas, esto pudiese estar condicionado en parte por la general aceptabilidad de expresión de estas manifestaciones en nuestra cultura; sin embargo, nuestros hallazgos concordaron con otro estudio realizado en Granada, España por Brañas et al.³⁷ en 2017 en la revista *Psychiatry Research Elsevier*, donde en un análisis bivariante, no encontraron ninguna correlación entre la edad y la frecuencia de dichas experiencias o entre la edad y la angustia/estrés asociados con el dominio de las experiencias pseudopsicóticas. Además, dichas diferencias podrían deberse también a que la mayoría de los estudios de alto riesgo de progresión a psicosis realizados en la población se han realizado principalmente en muestras de adolescentes y adultos jóvenes (Murray y Jones, 2012), y a que el estudio de las experiencias pseudo-psicóticas en adultos mayores ha quedado fuera de las estrategias de muestreo y recibido menos atención. Otra de las razones por las cuales pueda llegar a existir sesgo de prevalencia en los adultos mayores podría deberse a tabús culturales y estigmas sociales, llevándolos a la menor búsqueda de apoyo psicológico/psiquiátrico por parte de éstos.

Pasando al apartado de comorbilidades, al realizar el comparativo con los diagnósticos psiquiátricos no existió correlación al comparar con los puntajes en CAPS. Esto contrasta parcialmente con un análisis internacional de 16 países (incluyendo México) de Scott et al.³⁹ de 2018 donde se encontró que las experiencias pseudo-psicóticas se asociaron significativamente con la aparición posterior de 8 de las 12 condiciones médicas generales estudiadas (artritis, dolor de espalda o cuello, otros dolores crónicos, dolor de cabeza frecuente o severo, enfermedades cardíacas, presión arterial alta, diabetes y úlcera péptica); y, en ese mismo estudio las experiencias pseudo-psicóticas no se asociaron significativamente con la aparición posterior de asma, cáncer, otras enfermedades pulmonares crónicas o accidentes cerebrovasculares. Después del ajuste de los antecedentes de trastornos mentales a las condiciones médicas generales, todas las asociaciones previamente significativas seguían siendo significativas, aunque todas estaban algo atenuadas, lo que sugiere que una parte de estas asociaciones de experiencias pseudo-psicóticas/condiciones médicas generales se explicaron por los trastornos mentales y no en sí por las experiencias pseudo-psicóticas. Estos resultados amplían los resultados de estudios previos (Saha et al., 2011a, Moreno et al., 2013, Oh y DeVylder, 2015) proporcionando una descripción de las asociaciones entre las experiencias pseudo-psicóticas y condiciones médicas generales en la población. En nuestro estudio, se encontró semejanza con la no asociación con asma (esperado según el estudio de Scott et al. 2018)³⁹, no así con la diabetes mellitus e hipertensión arterial, donde también hubo una correlación negativa; esto pudiese ser explicado por el bajo tamaño de la muestra de pacientes con dichas comorbilidades (únicamente 9 pacientes con hipertensión arterial y 6 con diabetes mellitus tipo 2). Respecto a su posible correlación, es teóricamente concebible que ambas condiciones se pueden asociar a través de la elevación crónica o la desregulación de las vías de respuesta fisiológica al estrés, dado que se han acumulado

pruebas considerables para estos mecanismos biológicos en las asociaciones de depresión y ansiedad con condiciones cardio-metabólicas posteriores; además de existir varios determinantes potenciales compartidos de las experiencias pseudo-psicóticas y las condiciones médicas generales, como la genética, el bajo peso al nacer, las circunstancias tempranas adversas y las alteraciones del sueño.

En lo referente al grado de experiencias pseudo-psicóticas se realizó un análisis bivariado para conocer el nivel relacional entre el diagnóstico y el puntaje del CAPS con la prueba T de student en donde no se encontró significancia estadística. $p=0.229$. Este resultado contrasta con la vasta literatura donde los hallazgos muestran una relación entre los síntomas de la ansiedad y depresión con experiencias pseudo-psicóticas; por ejemplo, la presencia de un estado de ánimo deprimido se asoció con experiencias psicóticas en una gran encuesta comunitaria holandesa ($n = 7076$), mientras que una encuesta con sede en el Reino Unido ($n = 8580$) encontró que ambos síntomas de ansiedad y depresión se asociaron con experiencias psicóticas¹⁶. Además, contrario a otros estudios realizados en la población general (Ohayon & Schatzberg, 2002), en donde entre los jóvenes deprimidos, aquellos con los síntomas más severos se encontraron con más probabilidades de experimentar síntomas psicóticos o cuasi-psicóticos; en este estudio no hubo diferencias al respecto, ya que si bien el grupo depresivo moderado presentó el mayor promedio de puntaje total (15.16), el grupo de pacientes con depresión grave y leve obtuvieron promedios similares (10.38 y 10.27 respectivamente). Lo que contrasta con la especificación del DSM 5 que cuando contempla la presencia de estos síntomas en el trastorno depresivo mayor se denomina grave con síntomas psicóticos, y no contempla que ocurran estos síntomas sin que la depresión se considere grave.

La contrariedad en los hallazgos de este estudio pudieran estar condicionados por el tamaño de la muestra, y a la gran aceptabilidad de estas expresiones culturales de las emociones, dichas manifestaciones tienden a ser normalizadas por los pacientes; es importante recalcar que al momento de realizar este estudio nos encontramos en período de pandemia situación que impidió la recolección de mayor muestra además que dicha situación posiblemente haya exacerbado la normalización de estas manifestaciones pseudo-psicóticas, ya sea por distintas razones como mayor ansiedad, expectación aprensiva, incertidumbre, aislamiento social, mayor tiempo de ocio, estresores económicos etc. Aunado a ello, como las experiencias pseudo-psicóticas son mal entendidas, existen grandes variaciones en las definiciones y superposición de terminologías utilizadas, así como múltiples herramientas de evaluación adoptadas por diferentes estudios. En concreto, en una revisión sistemática de Lee KW. et al.⁴ de 2015, se evaluaron 76 estudios que estudiaban las experiencias pseudo-psicóticas, en dicha revisión se encontró que se llegaron a utilizar hasta 41 escalas de evaluación diferentes tanto autoaplicadas como heteroaplicadas, por lo que esta gran cantidad de variaciones también contribuyó a resultados variados de la investigación. Por lo tanto,

establecer un consenso sobre la definición de las experiencias pseudo-psicóticas es crucial para promover nuestra comprensión, generalizar resultados y evaluar la asociación de ellas con otros trastornos psiquiátricos.

A pesar de que no se encontró correlación entre el diagnóstico y el puntaje por las posibles razones antes comentadas, sí se observaron algunos ítems individuales estadísticamente significativos por su alta repetitividad, principalmente a nivel de los pacientes con trastorno depresivo moderado y grave; los ítems fueron los siguientes “¿Ha oído alguna vez ruidos o sonidos cuando no hay nada que los explique?”, “¿Le ha parecido alguna vez oír los sonidos mucho más alto de lo normal?” los cuales corresponden al apartado de “alucinaciones”; lo cual concuerda en parte con distintos estudios (Vega WA. et al.¹⁴ 2006, un análisis multinacional de 18 países de McGrath JJ. et al.⁴⁰ en 2015, Kuszrits I. et al.⁴¹ 2020 y Mischoulon D. 2005⁴²), donde en general, las experiencias alucinatorias fueron el subtipo de experiencias pseudo-psicóticas más reportados por frecuencias, seguidas por otras como las experiencias delirantes, síntomas de primer rango, y experiencias extravagantes. De igual manera en el análisis estadístico para conocer qué puntaje era el más relevante con cada diagnóstico y con cada subescala de las experiencias pseudo-psicóticas se realizó el siguiente análisis bivariado encontrando como relevantes los siguientes ítems: “¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos?”, “¿Ha visto alguna vez formas, luces o colores, aunque realmente no haya nada?”, “¿Ha notado alguna vez que alguien lo está tocando pero cuando mira no hay nadie?”, “¿Ha oído alguna vez dos o más voces inexplicables hablando entre sí?”, “¿Le ha parecido alguna vez que los sonidos están distorsionados de un modo extraño e inusual?”. El tipo de alucinaciones tanto auditivas como de otra índole más a menudo reportadas tanto en la literatura como en este estudio son alucinaciones relativamente simples, vagas, y no las más bien elaboradas que generalmente se ven en la psicosis importante. Esto apoya las advertencias de los expertos de que el principal desafío para hacer diagnósticos precisos para los pacientes latinos/hispanos implica descifrar si las “alucinaciones” representan modismos culturales u otras experiencias personales culturalmente influenciadas.

En las subescalas de perturbación/invasividad, las cuales hacen alusión a la angustia/distracción que producen dichos síntomas, sólo 5 ítems resultaron significativos (comentadas en el párrafo anterior), y otras dos con tendencia (ver sección de resultados). En dos de ellas se encontró diferencia significativa de género, siendo mayor el puntaje en mujeres: “¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos?” y “¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos?”. Nuevamente estos resultados podrían estar condicionados por la baja cantidad de muestra y también por la aceptabilidad generalizada de dichas manifestaciones; además, como reporta otro estudio (Kline et al. 2000)⁴³, es concebible que para muchos individuos las experiencias pseudo-psicóticas hayan sido percibidas

inicialmente como aterradoras o confusas, pero con el tiempo estas experiencias se hayan vuelto afectivamente neutrales a través de la exposición repetida, además que se ha reportado que las experiencias pseudopsicóticas con mayor perturbación son aquellas del subtipo ideas persecutorias (Armando et al. 2010)⁴⁴, ítems que no se encuentran en la escala CAPS aplicada. Alternativamente, estos individuos siempre pueden haberlas percibido como algo benigno o simplemente considerar estas experiencias como comunes. Respecto a la mayor perturbación encontrada en mujeres, éstas concuerdan con un estudio comentado anteriormente de Brañas et al. en 2017, donde se reportó mayor sensación de perturbación/angustia por parte de las mujeres que los hombres. Las diferencias en la manera de experimentar dichas alteraciones pueden ser causadas en parte por factores sociales como el aprendizaje y los roles de género que influyen en las emociones y los comportamientos; además que en otros estudios (aunque en éste no se haya reportado) se ha encontrado una correlación positiva entre la presencia de trastornos afectivos/ansiosos y una mayor perturbación, los cuales son más prevalentes en mujeres, motivo por el cual se tendría que realizar un estudio con una muestra mucho mayor.

Dentro de las limitaciones del estudio actual no pudimos examinar la secuencia temporal, no sabemos si la ansiedad o los síntomas depresivos precedieron a la aparición de las alteraciones pseudopsicóticas o viceversa. Por ejemplo, Olfson y colaboradores⁷, encontraron que los pacientes con síntomas similares a la psicosis tenían 7,5 veces más probabilidades que los pacientes sin dichos síntomas de tener trastorno de pánico, 6,6 veces más probabilidades de tener trastorno de ansiedad generalizado y 4,9 veces más probabilidades de tener trastorno depresivo mayor. Por lo que se requerirán estudios longitudinales para explorar esta cuestión de investigación en particular.

Además, mientras que los síndromes depresivos y de ansiedad están bien reconocidos como parte del pródromo de la esquizofrenia, la presencia de experiencias pseudo-psicóticas en los trastornos depresivos y ansiosos es menos entendida, por lo que estudios con medidas más precisas de gravedad de los síntomas y curso en el tiempo (recurrencias/remisiones) se necesitan para confirmar y extender estos resultados.

CONCLUSIONES

Los fenómenos pseudo-psicóticos son un fenómeno mal entendido, son parte del continuum de los síntomas psicóticos, por lo que pensar de la psicosis en términos estrictamente dicotómicos como estar presente o ausente, puede traer limitaciones en nuestro quehacer médico. Hoy en día existen pruebas sólidas de que estas experiencias son prevalentes en individuos de otra manera sanos o en otros trastornos mentales comunes.

Nuestros resultados hallaron una franca mayor prevalencia de trastornos afectivos en las mujeres, no así en la presencia de las experiencias pseudopsicóticas entre hombre y mujer; tampoco se llegó a encontrar correlación entre el puntaje total de CAPS con los diagnósticos de depresión/ansiedad. Estos resultados contrastantes con algunas literaturas podrían estar condicionados por el tamaño de la muestra y porque en la población mexicana y latina, a diferencia de otros grupos étnicos, estas experiencias tienden a ser vistas como meras manifestaciones culturales aceptables de angustia o perturbación emocional, generalizándose en todos los individuos, tanto hombres como mujeres, llegándose a ser normalizados e incluso subreportados. Los ítems específicos que sí llegaron a resultar relevantes fueron aquellos correspondientes a alteraciones perceptuales auditivas, tanto en los apartados de invasividad como perturbación.

Podemos entender entonces que el conjunto de tradiciones y costumbres juegan un papel importante que debe considerarse, debido a la posibilidad de que en ciertas sociedades sea más aceptado reportar experiencias inusuales y que faciliten el que sus miembros consideren estas experiencias como parte normal de la vida. Nuestra comunidad acepta, y hasta fomenta, los relatos fantasiosos sin considerarlos psicóticos, lo mismo ocurre con la tendencia a aceptar como normales ciertas experiencias que otros podrían considerar atípicas o incluso psicóticas si se desconoce nuestra idiosincrasia. Ejemplos de esto son el ver o conversar con espíritus, las ideas supersticiosas, el énfasis en que poderes sobrenaturales interactúan con las personas (fomentado por la religión, el espiritualismo y el ocultismo), y otros fenómenos típicos del folklore latinoamericano que predisponen a darle credibilidad a lo paranormal. Esto tanto en población sana como en aquella que se encuentra cursando por algún episodio depresivo y/o de ansiedad.

Esto está evidenciado en nuestros sistemas nosológicos los cuales nos instruyen a los médicos a tener en cuenta los posibles factores culturales, sin embargo, no existe ningún algoritmo oficial para distinguir la verdadera psicosis de los modismos de angustia, apenas en un par de artículos se han expuesto proposiciones para su identificación oportuna.

Hasta que se establezca un marcador biológico de psicosis, esta pregunta permanecerá abierta al debate. El problema tiene importantes implicaciones clínicas, porque las pautas actuales tanto nacionales como internacionales sugieren que la depresión acompañada de psicosis garantiza el tratamiento con medicamentos antipsicóticos, así como cualquier otra sintomatología aparentemente psicótica en cualquier otro trastorno psiquiátrico.

Con lo analizado en esta investigación podemos constatar que los médicos nos podemos enfrentar al dilema de tratar a pacientes con antipsicóticos y arriesgarnos a exponerlos a efectos secundarios adversos. Además de ello el diagnóstico erróneo de un trastorno psicótico en un paciente puede resultar en una estigmatización innecesaria. Resulta entonces crucial distinguir las experiencias psicóticas reales de las que, aunque atípicas, pueden ocurrirles a muchas personas como resultado de sugerencias, ilusiones, creencias religiosas o espirituales, eventos traumáticos o como parte de su depresión, ansiedad, etc.

REFERENCIAS

1. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Secretaría de Salud; 1 de diciembre de 2015
2. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Secretaria de Salud, 2010.
3. Pierre JM. Hallucinations in Nonpsychotic Disorders: Toward a Differential Diagnosis of "Hearing Voices". *Harv Rev Psychiatry*. 2010 Jan-Feb;18(1):22-35.
4. Lee KW, Chan KW, Chang WC, Lee EH, Hui CL, Chen EY. A systematic review on definitions and assessments of psychotic-like experiences. *Early Interv Psychiatry*. 2016 Feb;10(1):3-16
5. Bak M, Krabbendam L, Janssen I, de Graaf R, Vollebergh W, van Os J. Early trauma may increase the risk for psychotic experiences by impacting on emotional response and perception of control. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112:360–366.
6. Scott J, Chant D, Andrews G, Martin G, McGrath J. Association between trauma exposure and delusional experiences in a large community-based sample. *Br J Psychiatry*. 2007; 190:339–343.
7. Olfson M, Lewis-Fernandez R, Weissman MM, et al: Psychotic symptoms in an urban general medicine practice. *American Journal of Psychiatry* 159:1412–1419, 2002.
8. Cassano P, Fava M, Mischoulon D. Major depressive disorder with psychosis-like symptoms among Latinos. *Psychiatr Serv*. 2012;63(5):482-7.
9. López Robledo YM, Cumba-Avilés E, Bernal G. Experiencias atípicas psicóticas y cuasi-psicóticas en adolescentes puertorriqueños/as deprimidos/as: Prevalencia y factores asociados[Psychotic and quasi-psychotic atypical experiences in Puerto Rican depressed adolescents: Prevalence and related factors]. *Interam J Psychol*. 2009;43(2):350-361.
10. Bell V, Halligan PW, Ellis HD. The Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS): a new validated measure of anomalous perceptual experience. *Schizophr Bull*. 2006 Apr;32(2):366-77.
11. Jaén-Moreno MJ, Moreno-Díaz MJ, Luque-Luque R, Bell V. Validation of the Spanish version of the Cardiff Anomalous Perceptions Scale in the general population. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014 Jan-Feb;42(1):1-8.
12. Lewis-Fernández R, Horvitz-Lennon M, Blanco C, et al. Significance of endorsement of psychotic symptoms by US Latinos. *J Nerv Ment Dis*. 2009 May;197(5):337-47.
13. Earl TR1, Fortuna LR, Gao S, et al. An exploration of how psychotic-like symptoms are experienced, endorsed, and understood from the National Latino and Asian American Study and National Survey of American Life. *Ethn Health*. 2015;20(3):273-92.
14. Vega WA, Sribney WM, Miskimen TM, et al. Putative psychotic symptoms in the Mexican American population: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2006 Jul;194(7):471-7.

15. Geltman D, Chang G. Hallucinations in Latino psychiatric outpatients: a preliminary investigation. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004 Mar-Apr;26(2):153-7.
16. Posternak MA, Zimmerman M. Elevated rates of psychosis among treatment-seeking Hispanic patients with major depression. *J Nerv. Men Dis* 2005;193:66-69
17. Cassano P, Chang T, Trinh NH, Baer L, Fava M, Mischoulon D. Differential impact of isolated psychotic symptoms on treatment outcome of major depressive disorder in the STAR*D cohort of Whites, Blacks and Latinos. *J Affect Disord*. 2013 Sep 5;150(2):578-84
18. Varghese D, Scott J, Welham J, et al. Psychotic-like experiences in major depression and anxiety disorders: a population-based survey in young adults. *Schizophr Bull*. 2011 Mar;37(2):389-93.
19. Gournellis R, Tournikioti K, Touloumi G, et al. Psychotic (delusional) depression and suicidal attempts: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2018 Jan;137(1):18-29.
20. Stewart JW, McGrath PJ, Deliyannides RA, et al: Does dual antidepressant therapy as initial treatment hasten and increase remission from depression? *Journal of Psychiatric Practice* 15:337–345, 2009.
21. Rush AJ, Fava M, Wisniewski SR, et al: Sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D): rationale and design. *Controlled Clinical Trials* 25:119–142, 2004.
22. Bell V, Halligan PW, Pugh K, Freeman D. Correlates of perceptual distortions in clinical and non-clinical populations using the Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS): Associations with anxiety and depression and a re-validation using a representative population sample. *Psychiatry Res*. 2011; 189 (3):451–457.
23. Tamayo-Agudelo W, Jaén-Moreno MJ, León-Campos MO, et al. Validation of the Spanish-language Cardiff Anomalous Perception Scale. *PLoS One*. 2019; 14(3).
24. Tamayo-Agudelo W, Jaén-Moreno MJ, Luque-Luque R. Estructura factorial de la Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS) en una muestra de población colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2015; 44:213–219.
25. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med*. 2008;39:1–17.
26. Yamasaki S, Usami S, Sasaki R, et al. The association between changes in depression/anxiety and trajectories of psychotic-like experiences over a year in adolescence. *Schizophr Res*. 2018;195:149-153. doi:10.1016/j.schres.2017.10.019.
27. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Rapee RM, Wittchen HU. Anxiety disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2017 May 4;3:17024. doi: 10.1038/nrdp.2017.24. Erratum in: *Nat Rev Dis Primers*. 2017 Dec 14;3:17100. PMID: 28470168.

28. WHO. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2017.
29. Molarius A, Granstrom F. Educational differences in psychological distress? Results from a population-based sample of men and women in Sweden in 2012. *BMJ Open*. 2018;8(4):e021007. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021007.
30. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Hu C, Iwata N, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011;9:90. doi: 10.1186/1741-7015-9-90.
31. Bourgin J, Tebeka S, Mallet J, Mazer N, Dubertret C, Le Strat Y. Prevalence and correlates of psychotic-like experiences in the general population. *Schizophr Res*. 2020 Jan; 215:371-377. doi: 10.1016/j.schres.2019.08.024. Epub 2019 Aug 30. PMID: 31477372.
32. Peyrot, W. J. et al. The association between lower educational attainment and depression owing to shared genetic effects? Results in ~25,000 subjects *Mol. Psychiatry* 20, 735-743 (2015).
33. Scott J, Welham J, Martin G, Bor W, Najman J, O'Callaghan M, Williams G, Aird R, McGrath J. Demographic correlates of psychotic-like experiences in young Australian adults. *Acta Psychiatr Scand*. 2008 Sep;118(3):230-7. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01214.x. Epub 2008 Jun 1. PMID: 18518864.
34. Unterrassner L, Wyss TA, Wotruba D, Ajdacic-Gross V, Haker H, Rössler W. Psychotic-Like Experiences at the Healthy End of the Psychosis Continuum. *Front Psychol*. 2017 May 15;8:775. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00775. PMID: 28555120; PMCID: PMC5431212.
35. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, Mohr DC, Schatzberg AF. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2016 Sep 15;2:16065. doi: 10.1038/nrdp.2016.65. PMID: 27629598.
36. Verdoux H, van Os J, Maurice-Tison S, Gay B, Salamon R, Bourgeois M. Is early adulthood a critical developmental stage for psychosis proneness? A survey of delusional ideation in normal subjects. *Schizophr Res*. 1998 Feb 9;29(3):247-54. doi: 10.1016/s0920-9964(97)00095-9. PMID: 9516665.
37. Brañas A, Barrigón ML, Lahera G, Canal-Rivero M, Ruiz-Veguilla M. Influence of depressive symptoms on distress related to positive psychotic-like experiences in women. *Psychiatry Res*. 2017 Dec;258:469-475. doi: 10.1016/j.psychres.2017.08.094. Epub 2017 Sep 1. PMID: 28965815
38. Wikström A, Tuulio-Henriksson A, Perälä J, Saarni S, Suvisaari J. Psychotic like experiences (PLE's) in middle-aged adults. *Schizophr Res*. 2015 Dec;169(1-3):313-317. doi: 10.1016/j.schres.2015.10.020. Epub 2015 Oct 24. PMID: 26507638.
39. Scott, K. M., Saha, S., Lim, C. W., Anguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J. et al. (2018). Psychotic experiences and general medical conditions: A cross-national analysis based on 28002 respondents from 16 countries in the WHO World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 48, 2730-2739.

40. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi A, et al. Psychotic Experiences in the General Population: A Cross-National Analysis Based on 31,261 Respondents From 18 Countries. *JAMA Psychiatry*. 2015 Jul;72(7):697-705. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0575. PMID: 26018466; PMCID: PMC5120396.
41. Kusztrits I, Larøi F, Laloyaux J, et al. Mapping psychotic-like experiences: Results from an online survey. *Scand J Psychol*. 2021 Apr;62(2):237-248. doi: 10.1111/sjop.12683. Epub 2020 Oct 2. PMID: 33009660.
42. Mischoulon D, Lagomasino IT, Harmon C. Atypical psychotic symptoms in a Hispanic population: diagnostic dilemmas and implications for treatment. *Psychiatry (Edgmont)*. 2005;2(10):38-46.
43. Kline E, Wilson C, Ereshefsky S, Nugent KL, et al. Schizotypy, psychotic-like experiences and distress: an interaction model. *Psychiatry Res*. 2012 Dec 30;200(2-3):647-51. doi: 10.1016/j.psychres.2012.07.047. Epub 2012 Aug 18. PMID: 22906952; PMCID: PMC3719132.
44. Armando M, Nelson B, Yung AR, Ross M, Birchwood M, Girardi P, Fiori Nastro P. Psychotic-like experiences and correlation with distress and depressive symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Schizophr Res*. 2010 Jun;119(1-3):258-65. doi: 10.1016/j.schres.2010.03.001. Epub 2010 Mar 26. PMID: 20347272.

ANEXOS

Anexo 1

Introducción: Las preguntas de este cuestionario se refieren a sensaciones y percepciones que quizá haya usted experimentado. Algunas de estas experiencias serán inusuales y otras cotidianas.

Comprendemos que señalar una respuesta con un círculo no siempre representa su experiencia con tanta exactitud como a usted le gustaría. No obstante, le pedimos que señale las repuestas que más se ajuste a su experiencia y que no descarte ninguna pregunta.

Le agradeceríamos que responda a las preguntas con la mayor sinceridad posible.

No nos interesan las experiencias ocurridas bajo el influjo de drogas.

Instrucciones

Cada unidad va precedida de una pregunta. Por favor, lea la pregunta y señale con un círculo SÍ o NÓ.

Si señala **NO**, por favor continúe con la siguiente pregunta

Si señala **SÍ**, por favor valore la experiencia en las escalas del lado derecho señalando con un círculo un número del 1 al 5.

En estas escalas se le pregunta si la experiencia le perturbó, si le resultó invasiva (es decir, le distrajo o le impidió su actividad normal) y la frecuencia con que le ocurre.

Ejemplos: (Usted no necesita responder a las siguientes, son ejemplos solamente)

¿Ha observado alguna vez que las luces parecen parpadear sin motivo?

(NO)

SI

En caso de marcar SÍ,
por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada	1	2	3	4	5	Es muy perturbador
No es invasivo	1	2	3	4	5	Es muy invasivo
No ocurre nunca	1	2	3	4	5	Ocurre siempre

¿Le ha parecido alguna vez oír el sonido de la radio o la televisión a un volumen inusualmente bajo?

NO

(SI)

En caso de marcar SÍ,
por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada	1	(2)	3	4	5	Es muy perturbador
No es invasivo	1	2	(3)	4	5	Es muy invasivo
No ocurre nunca	1	(2)	3	4	5	Ocurre siempre

1) ¿Le ha parecido alguna vez oír los sonidos mucho más alto de lo normal?

NO SI	En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha	No me perturba nada					Es muy perturbador
		1	2	3	4	5	
							Es muy invasivo
		1	2	3	4	5	
		No ocurre nunca					Ocurre siempre
		1	2	3	4	5	

2) ¿Ha sentido alguna vez la presencia de otro ser, aunque no sea capaz de verlo?

NO SI	En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha	No me perturba nada					Es muy perturbador
		1	2	3	4	5	
							Es muy invasivo
		1	2	3	4	5	
		No ocurre nunca					Ocurre siempre
		1	2	3	4	5	

3) ¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos?

NO SI	En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha	No me perturba nada					Es muy perturbador
		1	2	3	4	5	
							Es muy invasivo
		1	2	3	4	5	
		No ocurre nunca					Ocurre siempre
		1	2	3	4	5	

4) ¿Ha visto alguna vez formas, luces o colores aunque realmente no haya nada?

NO SI	En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha	No me perturba nada					Es muy perturbador
		1	2	3	4	5	
							Es muy invasivo
		1	2	3	4	5	
		No ocurre nunca					Ocurre siempre
		1	2	3	4	5	

5) ¿Ha experimentado alguna vez una quemazón inusual u otras sensaciones extrañas en su cuerpo?

NO SI					No me perturba nada					Es muy perturbador	
					1	2	3	4	5		
					No es invasivo					Es muy invasivo	
				1	2	3	4	5			
				No ocurre nunca					Ocurre siempre		
				1	2	3	4	5			

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

6) ¿Ha oído alguna vez ruidos o sonidos cuando no hay nada que los explique?

NO SI					No me perturba nada					Es muy perturbador	
					1	2	3	4	5		
					No es invasivo					Es muy invasivo	
				1	2	3	4	5			
				No ocurre nunca					Ocurre siempre		
				1	2	3	4	5			

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

7) ¿Ha oído alguna vez sus pensamientos en voz alta dentro de su cabeza, de modo que alguien a su lado pudiera oírlos?

NO SI					No me perturba nada					Es muy perturbador	
					1	2	3	4	5		
					No es invasivo					Es muy invasivo	
				1	2	3	4	5			
				No ocurre nunca					Ocurre siempre		
				1	2	3	4	5			

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

8) ¿Ha detectado alguna vez olores que parecen no proceder de su alrededor?

NO SI					No me perturba nada					Es muy perturbador	
					1	2	3	4	5		
					No es invasivo					Es muy invasivo	
				1	2	3	4	5			
				No ocurre nunca					Ocurre siempre		
				1	2	3	4	5			

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

- 9) ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que su cuerpo, o alguna parte de él está cambiando o ha cambiado de forma?

<p>NO SI</p> <p>En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha</p>						No me perturba nada				Es muy perturbador
						1	2	3	4	5
						No es invasivo				
					1	2	3	4	5	
					No ocurre nunca					Ocurre siempre
					1	2	3	4	5	

- 10) ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que sus extremidades pudieran no ser suyas o no estar unidas a su cuerpo apropiadamente?

<p>NO SI</p> <p>En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha</p>						No me perturba nada				Es muy perturbador
						1	2	3	4	5
						No es invasivo				
					1	2	3	4	5	
					No ocurre nunca					Ocurre siempre
					1	2	3	4	5	

- 11) ¿Ha oído alguna vez voces que comentan lo que está pensando o haciendo?

<p>NO SI</p> <p>En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha</p>						No me perturba nada				Es muy perturbador
						1	2	3	4	5
						No es invasivo				
					1	2	3	4	5	
					No ocurre nunca					Ocurre siempre
					1	2	3	4	5	

- 12) ¿Ha notado alguna vez que alguien lo está tocando pero cuando mira no hay nadie?

<p>NO SI</p> <p>En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha</p>						No me perturba nada				Es muy perturbador
						1	2	3	4	5
						No es invasivo				
					1	2	3	4	5	
					No ocurre nunca					Ocurre siempre
					1	2	3	4	5	

- 13) ¿Ha oído alguna vez voces que dicen palabras o frases cuando no hay nadie cerca que pudiera decirlas?

<p>NO SI</p> <p>En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha</p>					No me perturba nada					Es muy perturbador			
					1	2	3	4	5				
					No es invasivo					Es muy invasivo			
				1	2	3	4	5					
				No ocurre nunca				Ocurre siempre					
				1	2	3	4	5					

- 14) ¿Ha experimentado alguna vez sabores sin causa aparente en la boca?

<p>NO SI</p> <p>En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha</p>					No me perturba nada					Es muy perturbador			
					1	2	3	4	5				
					No es invasivo					Es muy invasivo			
				1	2	3	4	5					
				No ocurre nunca				Ocurre siempre					
				1	2	3	4	5					

- 15) ¿Le ha parecido alguna vez que las sensaciones ocurren todas de repente y lo inundan de información?

<p>NO SI</p> <p>En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha</p>					No me perturba nada					Es muy perturbador			
					1	2	3	4	5				
					No es invasivo					Es muy invasivo			
				1	2	3	4	5					
				No ocurre nunca				Ocurre siempre					
				1	2	3	4	5					

- 16) ¿Le ha parecido alguna vez que los sonidos están distorsionados de un modo extraño e inusual?

<p>NO SI</p> <p>En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha</p>					No me perturba nada					Es muy perturbador			
					1	2	3	4	5				
					No es invasivo					Es muy invasivo			
				1	2	3	4	5					
				No ocurre nunca				Ocurre siempre					
				1	2	3	4	5					

17) ¿Le ha resultado difícil alguna vez distinguir una sensación de otra?

<p>NO SI</p> <p>En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha</p>					No me perturba nada					Es muy perturbador	
					1	2	3	4	5		
					No es invasivo					Es muy invasivo	
				1	2	3	4	5			
				No ocurre nunca				Ocurre siempre			
				1	2	3	4	5			

18) ¿Le han parecido alguna vez inusualmente intensos los olores cotidianos?

<p>NO SI</p> <p>En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha</p>					No me perturba nada					Es muy perturbador	
					1	2	3	4	5		
					No es invasivo					Es muy invasivo	
				1	2	3	4	5			
				No ocurre nunca				Ocurre siempre			
				1	2	3	4	5			

19) ¿Le ha parecido alguna vez que el aspecto de las cosas o las personas cambia de un modo extraño, por ejemplo, con formas, tamaños o colores distorsionados?

<p>NO SI</p> <p>En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha</p>					No me perturba nada					Es muy perturbador	
					1	2	3	4	5		
					No es invasivo					Es muy invasivo	
				1	2	3	4	5			
				No ocurre nunca				Ocurre siempre			
				1	2	3	4	5			

20) ¿Le ha parecido alguna vez que su piel es más sensible al tacto, al calor o al frío?

<p>NO SI</p> <p>En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha</p>					No me perturba nada					Es muy perturbador	
					1	2	3	4	5		
					No es invasivo					Es muy invasivo	
				1	2	3	4	5			
				No ocurre nunca				Ocurre siempre			
				1	2	3	4	5			

21) ¿Ha creído alguna vez que la comida o la bebida saben más de lo normal?

NO SI					No me perturba nada					Es muy perturbador			
					1	2	3	4	5				
					No es invasivo					Es muy invasivo			
								1	2	3	4	5	
								No ocurre nunca					Ocurre siempre
								1	2	3	4	5	

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

22) ¿Se ha mirado alguna vez al espejo y ha pensado que su rostro parece distinto de lo usual?

NO SI					No me perturba nada					Es muy perturbador			
					1	2	3	4	5				
					No es invasivo					Es muy invasivo			
								1	2	3	4	5	
								No ocurre nunca					Ocurre siempre
								1	2	3	4	5	

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

23) ¿Ha habido días en que la luz o los colores le han parecido más brillantes o intensos de lo habitual?

NO SI					No me perturba nada					Es muy perturbador			
					1	2	3	4	5				
					No es invasivo					Es muy invasivo			
								1	2	3	4	5	
								No ocurre nunca					Ocurre siempre
								1	2	3	4	5	

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

24) ¿Ha tenido alguna vez la sensación de elevarse sin levantarse del sillón (o de la silla), como si condujera o se desplazara por una carretera?

NO SI					No me perturba nada					Es muy perturbador			
					1	2	3	4	5				
					No es invasivo					Es muy invasivo			
								1	2	3	4	5	
								No ocurre nunca					Ocurre siempre
								1	2	3	4	5	

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

25) ¿Le han parecido alguna vez los olores habituales inusualmente distintos?

NO SI					No me perturba nada					Es muy perturbador			
					1	2	3	4	5				
					No es invasivo					Es muy invasivo			
								1	2	3	4	5	
								No ocurre nunca					Ocurre siempre
								1	2	3	4	5	

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

26) ¿Ha pensado alguna vez que las cosas cotidianas le resultan normales?

NO SI					No me perturba nada					Es muy perturbador			
					1	2	3	4	5				
					No es invasivo					Es muy invasivo			
								1	2	3	4	5	
								No ocurre nunca					Ocurre siempre
								1	2	3	4	5	

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

27) ¿Le ha parecido alguna vez que el paso del tiempo cambia radicalmente?

NO SI					No me perturba nada					Es muy perturbador			
					1	2	3	4	5				
					No es invasivo					Es muy invasivo			
								1	2	3	4	5	
								No ocurre nunca					Ocurre siempre
								1	2	3	4	5	

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

28) ¿Ha oído alguna vez dos o más voces inexplicables hablando entre sí?

NO SI					No me perturba nada					Es muy perturbador			
					1	2	3	4	5				
					No es invasivo					Es muy invasivo			
								1	2	3	4	5	
								No ocurre nunca					Ocurre siempre
								1	2	3	4	5	

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

29) ¿Ha advertido alguna vez olores o aromas que la gente a su lado parece no advertir?

NO SI					No me perturba nada	Es muy perturbador		
	1	2	3	4	5	5		
					No es invasivo	Es muy invasivo		
				1	2	3	4	5
				No ocurre nunca		Ocurre siempre		
				1	2	3	4	5

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

30) ¿Ha notado alguna vez que la comida o la bebida parecen tener un sabor inusual?

NO SI					No me perturba nada	Es muy perturbador		
	1	2	3	4	5	5		
					No es invasivo	Es muy invasivo		
				1	2	3	4	5
				No ocurre nunca		Ocurre siempre		
				1	2	3	4	5

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

31) ¿Ha visto alguna vez cosas que otras personas no pueden ver?

NO SI					No me perturba nada	Es muy perturbador		
	1	2	3	4	5	5		
					No es invasivo	Es muy invasivo		
				1	2	3	4	5
				No ocurre nunca		Ocurre siempre		
				1	2	3	4	5

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

32) ¿Ha oído alguna vez sonidos o música que las personas junto a usted no oyen?

NO SI					No me perturba nada	Es muy perturbador		
	1	2	3	4	5	5		
					No es invasivo	Es muy invasivo		
				1	2	3	4	5
				No ocurre nunca		Ocurre siempre		
				1	2	3	4	5

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
 (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Grado de experiencias pseudo-psicóticas en pacientes con diagnóstico de trastorno de depresión mayor sin síntomas psicóticos, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en el Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	CDMX, CDMX, a _____ de 2019.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Justificación</p> <p>A) Los trastornos de ansiedad y depresivos pueden presentar algunas alteraciones perceptuales como alucinaciones auditivas y visuales o sentimientos de paranoia, las cuales pueden ser pasajeras y no impliquen una gravedad real. El poder diferenciar estas alteraciones perceptuales de síntomas psicóticos francos (como los presentes en la esquizofrenia), nos permitirá indicar un tratamiento más adecuado a los pacientes y evitar la sobre medicación.</p> <p>Objetivo general del estudio:</p> <p>A) Determinar el grado de experiencias pseudo-psicóticos (alucinaciones, sensaciones de paranoia) en pacientes con diagnóstico de trastorno de depresión mayor sin síntomas psicóticos, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico</p>
Procedimientos:	Se me ha explicado que padezco una enfermedad ya sea, trastorno depresivo, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de pánico, por lo que se me invita a participar en un proyecto de investigación para determinar (<i>a través de un cuestionario y entrevista</i>) algunos aspectos relacionados con sus síntomas y con ello seleccionar el tratamiento más eficaz.
Posibles riesgos y molestias:	Se me explicó que es un estudio de riesgo nulo, puesto que no se intervendrá en mí, únicamente se me aplicará un cuestionario (escala) de duración breve llamado Escala de Percepción Anómala de Cardiff, así como una entrevista sobre otros aspectos relacionados con mi enfermedad (gravedad de los síntomas, consumo de medicamentos/sustancias). Dicha aplicación de escala y cuestionario no ponen en riesgo mi integridad física.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los resultados de este estudio ayudarán a determinar algunos aspectos de mi enfermedad (en específico algunos síntomas acompañantes), con lo que se pretende tener mayor información que permita seleccionar el mejor tratamiento en mi caso y el de otros pacientes.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha asegurado que puedo preguntar hasta mi complacencia todo lo relacionado con el estudio y mi participación.
Participación o retiro:	Mi participación es voluntaria y se me dijo que puedo abandonar libremente este estudio si así conviene a mis intereses, sin que esto afecte en mi atención médica ni en ningún otro aspecto.
Privacidad y confidencialidad:	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 se revelarán cualquier información relacionada con mi identidad

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Sí autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Sí autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en
derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio:

Al finalizar se analizarán los resultados obtenidos en este estudio lo que contribuirá a determinar algunos aspectos de mi enfermedad (*la gravedad, posibles alteraciones en mis destrezas psicomotoras*), con lo que se pretende contar con mayor información que permita seleccionar el tratamiento más eficaz para mí caso y el de otros pacientes

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Nancy Jiménez Miranda

Dirección: Avenida San Fernando No. 201, Col. Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, C.P 14050, CDMX, CDMX. Hospital Psiquiátrico Héctor H. Tovar Acosta

Teléfono trabajo: 56068323, ext. 21333

Colaboradores:

Dr. Luis Pablo Hernández Salas

Dirección: Avenida San Fernando No. 201, Col. Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, C.P 14050, CDMX, CDMX. Hospital Psiquiátrico Héctor H. Tovar Acosta

Teléfono particular: 2291 03 37 51

Dr. Carlos Hernández Vega

Dirección: Avenida San Fernando No. 201, Col. Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, C.P 14050, CDMX, CDMX. Hospital Psiquiátrico Héctor H. Tovar Acosta

Teléfono trabajo: 57610258

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico:

comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Anexo 3

Criterios diagnósticos de Trastorno de depresión mayor (DSM-5)

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco

Anexo 4

Criterios diagnósticos de Trastorno de pánico (DSM-5)

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal. 134 Trastornos de ansiedad
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p.ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Anexo 5

Criterios diagnósticos Trastorno de ansiedad generalizada (DSM-5)

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Fácilmente fatigado.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).