



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Medicina**

**División de estudios de posgrado e investigación**

**Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"**

**Título: EVALUACIÓN DE NIVEL DE EMPATÍA Y SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN PACIENTES PARTICIPANTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE REHABILITACIÓN DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO DEL INPRFM, UN ESTUDIO EXPLORATORIO.**

Tesis para obtener el grado de especialista en Psiquiatría.

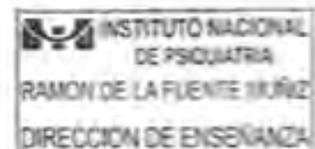
Presenta: Dra. Miriam Tatiana Serment Azuara.

Tutores:

Metodológico: Dr. Ricardo Arturo Saracco Alvarez.

Teórico: Dra. Leonila Rosa Díaz Martínez.

Director de Enseñanza: Dr. Héctor Senties Castellá.



México, Ciudad de México. Junio 2017.



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.

## Contenido:

<b>Abreviaturas</b> .....	3
<b><u>Introducción</u></b>	
<b>Marco de referencia y antecedentes</b> .....	4
<b>Justificación</b> .....	14
<b>Objetivos</b> .....	15
Objetivo General.....	15
Objetivos Específicos.....	15
<b>Hipótesis</b> .....	15
<b><u>Material y Métodos</u></b> .....	16
<b>Tipo de estudio</b> .....	16
<b>Población de estudio y tamaño de la muestra</b> .....	16
<b>Criterios de inclusión, exclusión y eliminación</b> .....	16
<b>Variables y escalas de medición</b> .....	17
<b>Recolección y análisis estadístico</b> .....	18
<b><u>Flujograma de actividades</u></b> .....	19
<b><u>Aspectos éticos</u></b> .....	19
<b><u>Cronograma de actividades</u></b> .....	20
<b><u>Resultados</u></b> .....	21
<b><u>Discusión</u></b> .....	25
<b><u>Conclusiones</u></b> .....	28
<b><u>Referencias</u></b> .....	29
<b><u>Anexos</u></b> .....	32
Escala Empathy Quotient versión español.....	32
Escala Interpersonal Reactivity Index versión español.....	34
Consentimiento informado.....	35

## Abreviaturas

CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS), décima edición.

DSM 5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición.

EQ: Empathy Quotient.

IRI: Interpersonal Reactivity Index.

IRI tp: Interpersonal Reactivity Index subdivision toma de perspectiva.

IRI f: Interpersonal Reactivity Index subdivision fantasía.

IRI pe: Interpersonal Reactivity Index subdivision preocupación empática.

IRI mp: Interpersonal Reactivity Index subdivision malestar personal.

INPFRM: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

PANSS: Escala de síntomas positivos y negativos de esquizofrenia.

PANSS p: Escala de síntomas positivos y negativos de esquizofrenia subdivisión síntomas positivos.

PANSS n: Escala de síntomas positivos y negativos de esquizofrenia subdivisión síntomas negativos.

PANSS g: Escala de síntomas positivos y negativos de esquizofrenia subdivisión psicopatología general.

PRIE: Programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico.

## Introducción.

### 1 Marco de referencia y antecedentes.

#### 1.1 Introducción acerca de Esquizofrenia.

La esquizofrenia es un padecimiento psiquiátrico, que afecta al aproximadamente al 1% de la población alrededor del mundo y cuyos síntomas se manifiestan de manera típica en la adultez temprana. Se conforma principalmente por síntomas positivos, síntomas negativos y síntomas cognitivos que incluyen alteraciones en la percepción, atención, memoria y emoción<sup>1</sup>. Con el tiempo, se han descrito numerosas combinaciones de síntomas presentes en el padecimiento, con varios grados de gravedad, diversos periodos de estabilidad y otros padecimientos comórbidos<sup>2</sup>. Los síntomas del padecimiento, se asocian a diversos grados de disfunción social y familiar<sup>3</sup>. A pesar, de que aún no se establece con claridad la etiología, es probable que el efecto aditivo de diversos genes confiera susceptibilidad al padecimiento, el cual requiere de la interacción con factores ambientales para desencadenarse.

Una de las características que se ha visto que más disfunción genera en el paciente es la discapacidad en la interacción social, la cual puede estar sustentada en una deficiencia en la empatía. Esta capacidad actúa en los sujetos sanos en la interacción con los otros, mediante la comprensión de sus actos y con la representación de sus pensamientos y emociones basados en la experiencia propia.

Algunos modelos de esquizofrenia, postulan que el trastorno puede comprenderse como una discapacidad para comprender los estados mentales de otros, o de manera similar, una discapacidad en la capacidad de intuición<sup>4</sup>.

El gran impacto social de la esquizofrenia no es representativo en comparación con la prevalencia descrita del padecimiento, lo cual es debido a la variabilidad en la respuesta al tratamiento, la cual es parcial y a la gran discapacidad funcional.

En relación al funcionamiento social, la esquizofrenia se encuentra relacionada con mayor probabilidad de desempleo y falta de vivienda. La vida del paciente, se caracteriza por escaso contacto con familiares y pocas o nulas amistades.

En México la prevalencia de la Esquizofrenia es similar al resto del mundo y se encuentra catalogada dentro de las 10 enfermedades más discapacitantes<sup>5</sup>.

## 1.2 Descripción de empatía.

La empatía incluye múltiples procesos afectivos y cognitivos, y consta de diversos componentes descritos por Strayer en 1987, quien la describe como una estructura multidimensional y que media la interacción entre las personas. Los tres procesos descritos son: la percepción de señales afectivas, la excitación vicaria y los aspectos cognitivos de la empatía<sup>6</sup>.

En relación al primer proceso, la atención y posteriormente la percepción de las señales afectivas, lo describe como un factor importante para el reconocimiento de las emociones de otros, el cual resulta fundamental para la empatía. Estudios, han demostrado la hiperactivación de áreas corticales visuales de manera previa a la activación de otras áreas de procesamiento cerebrales, en respuesta a estímulos emocionales en comparación con estímulos neutros. Con esto se concluye que la percepción de estímulos emocionales requiere una gran cantidad de atención y aplicación de recursos de procesamiento sensorial<sup>7</sup>.

Acerca del segundo proceso, la excitación vicaria, fue analizada por Hoffman como el modelo emocional, para el desarrollo de empatía en la infancia. En este modelo, la excitación afectiva condicionada (mediada por el contacto con el cuidador primario), y la mímica motora son procesos involuntarios, formando un componente automático básico en el aspecto emocional de la empatía. Con el desarrollo de este proceso, la observación de angustia en el otro ser, activa procesos corporales como la actividad muscular facial y visceral y produce una emoción compatible, por lo que las emociones y los procesos corporales se combinan íntimamente bajo la influencia del otro.

La empatía cognitiva ha sido reconocida como parte de la Teoría de la mente, y se refiere al proceso de leer la mente o mentalizar. Este proceso implica la realización de una teoría por parte de los individuos para

hacer atribuciones del estado mental del otro. Este tipo de empatía requiere un sentido de reconocimiento de que los pensamientos del otro, son particulaes e independientes de los del propio sujeto. Es un proceso activo que implica la representación del estado mental ajeno, reconstruyendo las experiencias del otro en la experiencia propia, siendo requerida la contribución de las funciones ejecutivas, así como de la atención y la memoria episódica.

Los tres procesos previos son componentes de lo que podríamos nombrar una empatía normal, demostrándose alteración de los diversos componentes en diferentes condiciones clínicas como, por ejemplo, el trastorno antisocial de la personalidad y el autismo<sup>8</sup>.

Específicamente, acerca de la Teoría de la mente, aún no se aclaran con exactitud los mecanismos cognitivos y neurales en los que subyace esta capacidad. Los estudios de neuroimagen han mostrado la activación de distintas áreas cerebrales mientras las personas razonan acerca de los estado mentales de otros, lo que lleva a que lesiones en distintas áreas cerebrales puedan alterar esta capacidad<sup>9</sup>. El primer reporte se observó en personas con lesiones en el hemisferio derecho y en el lóbulo frontal. Sin embargo, posteriormente se sumó evidencia de alteraciones, también en la unión temporoparietal y en estructuras subcorticales como la amígdala y los ganglios basales<sup>10</sup>.

Si la capacidad de atribuir los estados mentales de otros, se pudiera separar en diversos procesos que la compusieran y que son relativamente independientes uno del otro en un nivel funcional y neuronal, pudieramos esperar que ciertas lesiones cerebrales pudieran afectar selectivamente alguno de dichos procesos dejando los otros íntegros. Sin embargo, algunos de estos procesos independientes se componen de funciones de alto orden como las funciones ejecutivas o el lenguaje, esperaríamos que el déficit afectara de manera general en la eficiencia en la que los otros procesos operan.

Uno de los procesos independientes, involucrados en el sistema de la Teoría de la mente, es la capacidad de inhibición de la propia perspectiva, la cual es crucial cuando se intenta apartar la influencia de los pensamientos propios en la predicción y el análisis de las conductas ajenas<sup>11</sup>.

Estudios neuropsicológicos, han mostrado que la inhibición de la propia perspectiva puede ser afectada selectivamente, mediante lesiones adquiridas en áreas específicas. Se ha descrito la implicación de la corteza prefrontal lateral derecha, en la habilidad de inhibir la propia perspectiva, demostrándose que no todas las

personas que tienen dificultades en el control inhibitorio tienen afectada la capacidad de inhibir la propia perspectiva. Algunos presentan dificultad para inhibir información externa irrelevante que puede condicionar la presencia de distractibilidad y la inhabilidad de concentrarse en un objetivo específico. Otras personas pueden presentar dificultades en el control de pensamientos irrelevantes, lo cual puede generar perseveración en conductas y acciones, así como la inhabilidad de modificar estos en respuesta a estímulos externos<sup>12</sup>.

### 1.3 Empatía en Esquizofrenia.

Las dificultades de las personas con diagnóstico de Esquizofrenia para establecer relaciones con otras personas se han observado desde los inicios de la descripción del padecimiento. Se ha visto en las personas con el padecimiento problemas en la regulación de la interacción social con afecto embotado y respuestas afectivas inapropiadas para el contexto social.

El concepto fenomenológico de intersubjetividad se refiere a la referencia compartida de un objeto entre dos mentes conscientes independientes y se establece cuando las dos mentes de manera basal presentan empatía. La carencia de intersubjetividad o falta de experiencia empática en las personas con Esquizofrenia ha sido referida por diversos autores como “la pérdida del contacto vital con la realidad” (Minkowski), “inconsistencia de la experiencia natural” (Binswanger) o “una crisis global del sentido común” (Blankenburg). Se ha descrito que la falta de rapport reportada por el psiquiatra en algunos estudios hacia el paciente con Esquizofrenia y la dificultad para empatizar con él es indicador de la dificultad del paciente para establecer relaciones empáticas con otras personas<sup>13</sup>.

Se ha hipotetizado, que la falta de reconocimiento de los estados afectivos en base a la expresión facial, son los factores que más contribuyen al déficit de empatía en Esquizofrenia. Las personas con este padecimiento, fallan usualmente en identificar los estados emocionales de otros basándose en dicho estímulo; siendo descrita la asociación de este déficit con alteraciones en el funcionamiento social. Se ha encontrado también, que la gravedad en el déficit del reconocimiento afectivo, a través de la expresión facial, correlaciona de manera positiva con la presencia de síntomas negativos, especialmente con el aplanamiento o embotamiento afectivo. Algunos otros estudios, han encontrado una asociación positiva entre éste déficit y el síndrome de desorganización, que se caracteriza por alteraciones en el pensamiento y afecto inapropiado. Estudios, han demostrado que el patrón en el que los pacientes analizan la expresión facial, es diferente al del resto de la población. Se ha observado, que la mayoría de la población se enfoca en el área ocular, aproximadamente la

mitad del tiempo que realizan el escaneo facial, mientras que otras áreas como la nariz o la boca se observan con menor detenimiento; mientras que los pacientes con Esquizofrenia que tienen predominio de síntomas negativos o ideas delirantes, muestran atención reducida en éstas características faciales durante el escaneo de la cara.

En los pacientes con Esquizofrenia, también se ha encontrado evitación parcial de la contemplación de expresiones faciales humanas, la cual no se observó al contemplar rostros no humanos. Esto se explica por una probable hipersensibilidad y malinterpretación de las expresiones humanas ajenas. Debido a la presencia de delirios de persecución, la persona ajena se puede percibir como hostil y la reacción natural es la evitación<sup>14</sup>.

Numerosos estudios, sugieren que las personas con Esquizofrenia, también presentan una disregulación en la excitación vicaria, ya que desde los tres años de edad se han descrito anormalidades en la conductancia de la piel, con incremento de ésta en estímulos provenientes del sistema nervioso autónomo; así como también se han encontrado anormalidades en la experiencia subjetiva de la emoción, con predominio de emociones negativas y menor intensidad en la expresión emocional en comparación con controles sanos<sup>15</sup>.

Con relación al proceso de empatía cognitiva, se han documentado anormalidades en la prueba de Sally-Anne en pacientes en comparación con controles, siendo documentado que la gravedad de la sintomatología mantiene una relación positiva con el déficit en este proceso de empatía. Los síntomas asociados incluyen síntomas negativos, alteraciones del pensamiento e ideas delirantes de tipo persecutorio.

En ciertos estudios, se ha demostrado que, hasta un tercio de las diversas anormalidades en el comportamiento social en los pacientes con Esquizofrenia, se puede explicar por alteraciones en la Teoría de la mente, más no por alteraciones en la habilidad de reconocer emociones. Se ha corroborado que la disfunción de diversas áreas cerebrales en estos pacientes, como la corteza prefrontal se encuentra fuertemente asociada a síntomas de disfunción social. El daño particular en la región ventromedial y orbitofrontal, sugiere la presencia de un circuito neural único asociado a la cognición social.

Dentro de la Teoría de la mente, se han descrito paradigmas que permiten comprender las creencias o pensamientos de los demás y otros que permiten comprender las emociones de los demás ante cierta situación particular, identificando un componente cognitivo y uno afectivo respectivamente de la Teoría de la mente. Se ha demostrado en estudios que los pacientes con Esquizofrenia presentan alteraciones principalmente en el componente afectivo, el cual tiene asociación positiva con el deterioro global del paciente, incluyendo síntomas

negativos y positivos, y presenta relevancia en el aspecto clínico y conductual en las interacciones sociales, lo que acentúa la importancia del tratamiento psicosocial.

La cognición social, así como la emoción, se encuentran fuertemente relacionadas en términos de que comparten estrategias de procesamientos y sustratos neuronales como la corteza ventromedial, la amígdala y su relación con la corteza somatosensorial derecha. Este hallazgo fortalece la teoría de que la respuesta empática se relaciona directamente con el componente afectivo de la Teoría de la mente.

Teorías recientes, también sugieren que la Teoría de la mente se compone de la interpretación del estado mental del otro (percepción social) y del razonamiento del estado mental del otro (cognición social). Las habilidades de percepción social son importantes para interpretar las emociones ajenas basadas en información observable como expresiones faciales o gestos. La cognición social requiere de la integración de un contexto e información histórica acerca de la persona. Para dichos procesos se requieren de habilidades cognitivas, como la memoria de trabajo y la atención. Las deficiencias en el funcionamiento social son los aspectos clínicos más disfuncionales en los pacientes con Esquizofrenia, siendo los déficits en la empatía una contribución importante para un peor pronóstico del padecimiento. Debido a dichos hallazgos, la cognición social debe considerarse un objetivo de las intervenciones conductuales terapéuticas con el complemento de programas enfocados al reconocimiento de la emoción y los déficits en Teoría de la mente, además del tratamiento farmacológico basal<sup>16</sup>.

#### 1.4 Aspectos clinimétricos de empatía.

Existen, hasta la fecha, diversas maneras de evaluar las habilidades empáticas en los individuos. Las escalas que han sido preferibles y más utilizadas hasta la fecha son de autorreporte. Algunas escalas, diseñadas hasta la fecha son: Escala de empatía de Hogan, la cual consta de 64 ítems y mide particularmente el constructo cognitivo de empatía. También, está el cuestionario de empatía emocional de Mehrabian y Epstein, el cual consta de una escala de 33 ítems, que mide particularmente el constructo emocional de empatía. Otra escala utilizada de tipo autoaplicable, es el Interpersonal Reactivity Index (IRI)<sup>17,18,19,20</sup>, desarrollado por Davis, el cual aborda los constructos afectivos y cognitivos de la empatía, así como sus aspectos psicosociales. Consta de 4 dimensiones independientes con 7 ítems cada una. Las respuestas constan de una escala del 1 al 5 (1=no me describe bien, 2= me describe un poco, 3= me describe bien, 4=me describe bastante bien y 5= me describe muy bien). Los valores de esta escala son positivos o negativos según el ítem que se evalúe (Positivos: 1, 2, 5, 6, 8, 9,

10, 11, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 y 28; y Negativos: -3, -4, -7, -12, -13, -14, -15, -18 y -19). Las cuatro dimensiones que conforman la escala son:

1. Toma de perspectiva: La cual indica los intentos espontáneos del sujeto por adoptar la perspectiva del otro, es decir, la habilidad para comprender el punto de vista de otras personas; los ítems que lo componen son: -3, 8, 11, -15, 21, 25 y 28.
2. Fantasía: La cual evalúa la tendencia a identificarse con personajes y la capacidad imaginativa del sujeto para colocarse en situaciones ficticias; los ítems correspondientes a esta dimensión son: 1, 5, -7, -12, 16, 23 y 26.
3. Preocupación empática: La cual mide la reacción emocional de las personas ante las experiencias negativas de los otros, tomando en consideración los sentimientos de compasión, preocupación y cariño ante el malestar ajeno; siendo los ítems que le corresponden 2, -4, 9, -14, -18, 20 y 22.
4. Malestar Personal: Mide sentimientos de ansiedad y malestar que se presentan en el sujeto al observar experiencias negativas en los demás. Los ítems que la miden son 6, 10, -13, 17, -19, 24 y 27 (Anexo A).

Esta escala, al validarse se encontró con una estabilidad temporal adecuada, con diferencias en género concordantes con otras investigaciones, las cuales consisten en mayor puntaje en género femenino que masculino. En la validación de su versión al español, se obtuvieron coeficientes de consistencia interna similares a los obtenidos en la versión original para las diferentes dimensiones (de 0.70 a 0.78).

Acerca de la correlación entre las dimensiones del IRI, la dimensión de toma de perspectiva y preocupación empática presentan la mayor correlación estadísticamente significativa (0.01), siendo estas dimensiones las responsables de una respuesta empática más madura.

Acerca de las dimensiones de IRI en su comparación con otros constructos se vio que las dimensiones consistentes en toma de perspectiva, fantasía y preocupación empática se correlacionan de forma importante con la conducta prosocial y con el razonamiento internalizado, que incluye argumentos orientados a la comprensión del problema de otros y anticipar consecuencias físicas y emocionales.

Finalmente, otra escala de tipo autoaplicable es el Empathy Quotient (EQ)<sup>21</sup>, la cual fue desarrollada por Baron-Cohen y se conforma por un total de 60 ítems, de los cuales 40 abarcan el constructo de empatía (1, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 48, 49, 50, 52, 54, 55, 57, 58, 59 y 60) y 20 ítems son utilizados como distractores (2, 3, 5, 7, 9, 13, 16, 17, 20, 23, 24, 30, 31, 33,

40, 45, 47, 51, 53 y 56). Cada ítem califica como 1 punto, sí la respuesta registra medianamente el comportamiento empático y califica 2 puntos, sí la registra en mayor nivel. La mitad de los ítems fueron redactados para producir una respuesta en desacuerdo y la otra para producir una respuesta de acuerdo. En la escala de tipo Likert; en los ítems 1,6,19, 22, 25, 26, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 44, 52, 54, 55, 57, 58, 59 y 60 la respuesta “totalmente de acuerdo” califica con 2 puntos y “un poco de acuerdo” califica para 1 punto. Asimismo en los ítems 4, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 21, 27, 28, 29, 32, 34, 39, 46, 48, 49 y 50 la respuesta “totalmente en desacuerdo” califica con 2 puntos y la respuesta “un poco en desacuerdo” califica para 1 punto. La máxima puntuación de la escala es de 80 puntos y la media obtenida para sujetos control es de 42.1 con una DE 10.6. El rango de 0-32 se sugiere como bajo, 33-52 como medio, (media femenina 47 y media masculina 42), 53-63 como rango sobre la media y 64-80 como muy alto. Utilizando el análisis de componentes principales se mostraron tres grupos de cohesión los cuales son identificados como 1. Empatía cognitiva, 2. Reactividad emocional y 3. Habilidades sociales. Para la escala cognitiva el alpha de Cronbach fue de 0.84, para la escala de reactividad emocional fue de 0.76 y para la escala de habilidades sociales fue de 0.57, la última sin diferencia en cuanto al género.

## 1.5 Intervenciones psicosociales en el tratamiento de Esquizofrenia.

Las incapacidades psicosociales de la Esquizofrenia, ya han sido plenamente identificadas y afectan diversas áreas del funcionamiento social como la ocupacional/laboral, las relaciones interpersonales, la económica, las vinculaciones de pareja con sus componentes sexuales, así como las relaciones familiares. La problemática social se agudiza, ya que debido al aislamiento social que los caracteriza, generalmente no tienen amigos y su red de apoyo es muy reducida. De igual forma, las relaciones familiares son un elemento que afecta su funcionamiento psicosocial, sobre todo si existe un ambiente donde la emoción expresada es alta, que pudiera generar crisis familiares y reactivar síntomas o condicionar recaídas en el paciente<sup>22</sup>.

El inicio de los tratamientos psicosociales tuvo lugar en países del primer mundo, como Inglaterra y Estados Unidos, ocurriendo de manera simultánea con el inicio del tratamiento farmacológico, que se inició en los años cincuenta con la aparición de la Clorpromacina. Sus objetivos han consistido en proveer a los pacientes de habilidades para reducir las incapacidades y, en consecuencia, mejorar el funcionamiento psicosocial, prevenir recaídas y rehospitalizaciones y promover el cumplimiento con los medicamentos.

Las primeras publicaciones acerca de los tratamientos psicosociales, ocurrieron en la década de los cincuentas, comenzando a incrementarse paulatinamente a tal grado que existen hasta la fecha numerosos meta-análisis y revisiones de las cuales se pueden mencionar las siguientes conclusiones: 1. La mayoría de los tratamientos psicosociales en cualquiera de sus modalidades, ya sea individual, grupal o familiar, son efectivos. 2. No es posible, ni conveniente, aplicar alguna forma de tratamiento psicosocial de manera independiente al uso de los medicamentos antipsicóticos. 3. Tampoco es posible considerar que los tratamientos psicosociales pueden ser aplicados en sustitución del tratamiento farmacológico, siendo la recomendación la combinación de tratamiento farmacológico con alguna forma de intervención psicosocial.

En los últimos cincuenta años se han diseñado una gran cantidad de tratamientos psicosociales entre los que se encuentran: el aprendizaje de habilidades sociales, el apoyo para el trabajo, el aprendizaje del manejo de la enfermedad, la terapia psicológica integrada, el tratamiento asertivo en la comunidad, la rehabilitación cognitiva, el abordaje cuando existe comorbilidad con abuso de sustancias, el apoyo para la vivienda y la prevención de recaídas.

Específicamente en Latinoamérica el país con mayores contribuciones en la literatura acerca de estas medidas de tratamiento es México, en donde diversos programas se han llevado a cabo en pacientes psicóticos agudos hospitalizados, en pacientes con Esquizofrenia crónicos hospitalizados, así como en pacientes crónicos no hospitalizados.

El tratamiento para pacientes de la consulta externa, tiene como objetivo principalmente que los pacientes adquieran habilidades psicosociales para mejorar su funcionamiento comunitario, prevenir recaídas, rehospitalizaciones y mejorar el apego a los antipsicóticos. Está conformado por cinco áreas consistentes en: 1. Área ocupacional/laboral (conseguir trabajo, mantenerlo, ayudar en tareas de la casa). 2. Área social (tomar la iniciativa para empezar una conversación, ser capaz de tener amigos, asistir a eventos sociales). 3. Área económica (manejo y distribución del dinero). 4. Área de pareja/sexual (tener citas, enamorarse, casarse). 5. Área familiar (comunicación, convivencia y resolución de conflictos).

## 1.6 La rehabilitación integral del paciente Esquizofrénico en el INPFRM.

El Programa de Rehabilitación Integral para pacientes Esquizofrénicos (PRIE), para manejo de pacientes de consulta externa, inició en el año 1994 y toma en cuenta las bases de Rehabilitación psiquiátrica propuestas por

de la Fuente en 1993: Reincorporar al individuo a la comunidad con participación activa, posiblemente en su actividad anterior o a otra en la que pueda desempeñarse lo más satisfactoriamente posible dentro de la sociedad tomando en cuenta su personalidad y sus intereses<sup>23</sup>.

La rehabilitación psiquiátrica incluye un abordaje integral al proporcionar elementos que protegen contra el estrés y la vulnerabilidad, como el tratamiento farmacológico. Así como, un número adecuado de estrategias psicosociales que llegan a comprender diversas modalidades de psicoterapia, terapias ocupacionales y recreativas así como la posibilidad de obtención de empleo. Las estrategias rehabilitatorias incluídas en el PRIE han sido: 1. Tratamiento farmacológico. 2. Psicoterapias grupales. 3. Terapias de inducción laboral-vocacional. 4. Musicoterapia. 5. Psicoterapia psicosocial. 6. Terapia ocupacional. 7. Taller de pintura y dibujo artístico, taller de literatura, taller de papel maché y taller de Hata-Yoga. 8. Curso psicoeducativo para familiares. 9. Dinámica grupal con familiares responsables y 10. Psicoterapia unifamiliar.

Se han publicado hasta la fecha, numerosos estudios cuasiexperimentales pretest-postest, comparativos entre grupos experimentales y controles, midiendo mediante instrumentos validados aspectos como la gravedad de la sintomatología psiquiátrica, el apego terapéutico, el desempeño cotidiano, el funcionamiento psicosocial, la actividad global, las actividades ocupacionales dentro del hogar, la emoción expresada, la atribución de la enfermedad, las pautas de comunicación y la relación en la familia. Los resultados al finalizar el programa en comparación con los grupos controles han demostrado diferencias en todas las áreas de funcionamiento: ocupacional, social, económico, de pareja-sexual y familiar así como el funcionamiento psicosocial global, las cuales han sido estadísticamente significativas. Asimismo en la verificación de habilidades ocupacionales se reportó mejoría en cuanto a los comportamientos sociales, la destreza en el trabajo, la fiabilidad y la ampliación. También hubo una mejoría notable con énfasis en el autocuidado, las relaciones familiares, las interpersonales y el área laboral remunerada, así como una disminución en la emoción expresada de los familiares la cual también fue estadísticamente significativa ( $P < 0.006$ )<sup>24</sup>.

En un estudio de seguimiento a dos años, se concluyó que los pacientes presentaron después del programa, un menor nivel de recaídas y re-hospitalizaciones en comparación con el grupo control, logrando una mayor estabilidad en el cuadro clínico. En el desempeño cotidiano se reportaron diferencias significativas en el área de autocuidado, relaciones interpersonales y algunos aspectos de la sintomatología como los trastornos del sueño, la inquietud y la agitación psicomotriz. Se concluye que la rehabilitación permitió que se bordaran las consecuencias que sufre el paciente, que no provienen únicamente de la enfermedad ni de la reacción personal

a ella, sino de las actitudes de la familia y de la sociedad en general, como los contactos sociales, los cuales se mantuvieron después de dos años<sup>25</sup>.

### Planteamiento del problema.

Se ha descrito que uno de los aspectos que ensombrecen el pronóstico de los pacientes con Esquizofrenia es la disfunción psicosocial. Al aplicar medidas de rehabilitación enfocadas hacia el manejo de dicho aspecto en un grupo de pacientes, es necesario evaluar mediante instrumentos validados si existen cambios en la capacidad empática como resultado de dichas intervenciones, ya que es un constructo del cual se derivan el desarrollo de habilidades que pueden facilitar la integración y el funcionamiento del paciente en el contexto social.

### Justificación.

A pesar de que el tratamiento farmacológico consiste en la primera línea de tratamiento en la esquizofrenia, en el transcurso del tiempo se ha visto que la mayoría de los pacientes no presentan mejoría significativa de forma global, la cual les permita integrarse y desempeñarse adecuadamente en el entorno social. La persistencia de síntomas cognitivos afecta de forma primordial el funcionamiento psicosocial condicionando dependencia y aislamiento. Existen hasta la fecha numerosos estudios que sugieren complementar el tratamiento farmacológico con diferentes aproximaciones de terapias de rehabilitación, contando con evidencia suficiente que sustenta que con el tratamiento combinado en comparación con el tratamiento farmacológico convencional, hay una mejoría global y una mayor facilidad para la integración del paciente en su entorno familiar y social, además de una mejor aceptación de la enfermedad. En el INPRFM se cuenta con estudios que sustentan, mediante diferentes instrumentos de medición, mejoría en el funcionamiento psicosocial y en el aspecto clínico de los pacientes con intervenciones de rehabilitación de 12 y 6 meses de duración, sin embargo hasta el momento no se han medido cambios en el programa actual de 3 meses de duración ni se han documentado cambios en aspectos específicos de la sintomatología cognitiva de los participantes. Existen hasta la fecha diferentes instrumentos que se han desarrollado para medir el nivel de afección cognitiva en la esquizofrenia y particularmente la cognición social. El EQ e IRI son instrumentos validados al español, autoaplicables, que ofrecen una aproximación al nivel de empatía tanto cognitiva como afectiva del paciente, contando con estudios internacionales que comparan su aplicación en pacientes esquizofrénicos con controles sanos y que nos ofrecen parámetros de comparación. Debido a la utilidad de dichos instrumentos de medición y a su facilidad de aplicación, se investigó si la mejoría en el aspecto clínico y psicosocial que se ha documentado

posterior a la participación en el PRIE conlleva cambios específicos en la capacidad empática o en alguno de sus subtipos y si estos cambios se asocian a una mejoría en la gravedad del padecimiento según la escala PANSS.

## Objetivos generales y particulares

### Objetivo general:

Determinar si los participantes del PRIE presentaron mejoría en el puntaje de las escalas utilizadas para medir empatía (Empathy Quotient e Interpersonal Reactivity Index en su versión al español) posterior al cumplimiento del programa en comparación con un grupo control y determinar si la mejoría se presentó de manera global o en subtipos específicos de la empatía medibles con estas escalas.

### Objetivos particulares:

- Determinar si los cambios a nivel de empatía de manera posterior al cumplimiento del programa de rehabilitación integral correlacionaron con cambios en el puntaje de la escala PANSS.
- Determinar qué componentes específicos de la empatía cambiaron en los pacientes que participaron en el programa de rehabilitación integral.
- Determinar si el PRIE condiciona cambios en la gravedad de la esquizofrenia según escala PANSS.

## Hipótesis.

1. Los pacientes que participaron en el PRIE mostrarán incremento en el nivel de empatía, medido con las escalas EQ e IRI en su versión al español en comparación con su estado previo y en comparación con el grupo control.
2. Los cambios en el nivel de empatía medidos posterior a la participación en el curso de rehabilitación integral correlacionarán con una mejoría en el puntaje de la escala PANSS en los pacientes participantes.
3. Hipótesis nula: El PRIE no generará cambios en los niveles de empatía medidos mediante las escalas EQ e IRI en su versión al español, así como tampoco en el puntaje previo y posterior en la escala PANSS.

## Material y método.

### Tipo y diseño de estudio

Fue un estudio longitudinal cuasi experimental analítico de preprueba-postprueba con un con grupo de estudio y grupo control, según la guía STROBE.

### Tamaño de la muestra y población a estudiar.

En el proyecto se proyectó incluir 30 pacientes participantes del programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del INPRFM y 30 pacientes controles obtenidos de la consulta externa de la clínica de Esquizofrenia y Psiquiatría general.

### Criterios de inclusión para participantes.

Se incluyeron a los pacientes que participaron en el programa de rehabilitación integral en Esquizofrenia del INPRFM, con los siguientes criterios:

1. Hombre o mujer.
2. Edad entre 18 - 65 años.
3. Cumplir con criterios diagnósticos de Esquizofrenia de acuerdo al DSM 5 y CIE 10.
4. Saber leer y escribir.
5. Firma de consentimiento informado.

### Criterios de exclusión para participantes.

1. Individuos que no aceptaron participar en el estudio.
2. Individuos que mostraron incapacidad para entender y/o contestar los ítems de las escalas.

## Criterios de eliminación.

- 1 Pacientes que abandonaron el programa de rehabilitación integral.

## Variables:

Variable	Clasificación	Medición
	<u>Socio demográficas</u>	
Sexo	Nominal dicotómica	Femenino/Masculino
Edad	Intervalar	Años
	<u>Clínicas</u>	
Gravedad de síntomas psicóticos Síntomas positivos. Síntomas negativos. Síntomas generales.	Intervalar	Puntaje obtenido mediante escala de PANSS.
Nivel de empatía: Interpersonal Reactivity Index: (Toma de perspectiva, Fantasía, Preocupación empática, Malestar personal).	Intervalar	Puntaje obtenido mediante escala Empathy Quotient e Interpersonal Reactivity Index
Empathy Quotient:	Intervalar	

## Recolección de datos y análisis de resultados

La muestra comprendió el reclutamiento de pacientes que se integraron al programa de Rehabilitación integral y que cumplieron criterios de inclusión, explicándoseles los objetivos y procedimiento del estudio, otorgándose consentimiento informado e incluyendo únicamente a aquellos que aceptaron y que finalizaron el programa de

Rehabilitación, así como que también acudieron a las citas de aplicación de escalas de medición previas y posteriores al programa.

El grupo control se seleccionó de los pacientes que acuden regularmente a la consulta externa de la clínica de Esquizofrenia. Que cumplieran con los criterios de inclusión, explicándoseles los objetivos y procedimiento del estudio, otorgándose consentimiento informado e incluyendo únicamente aquellos que firmaron y que completaron las escalas de la aplicación previa y posterior al transcurso de tiempo establecido por los investigadores.

El estudio incluyó dos intervenciones, las cuales se realizaron a cada uno de los grupos, en la primera se entregaron las escalas autoaplicables EQ e IRI, las cuales fueron contestadas por cada uno de los participantes, realizándose también por parte de los médicos rotantes en el servicio de Rehabilitación y médicos tratantes la escala PANSS para medir gravedad de síntomas de Esquizofrenia. Posteriormente al finalizar el programa de Rehabilitación el cual comprendió actividades a lo largo de 3 meses consecutivos, se realizó la segunda intervención, nuevamente aplicando las escalas EQ e IRI a los pacientes participantes del programa, y en un periodo de tiempo equivalente a los pacientes del grupo control, asimismo con una segunda realización de la escala PANSS por parte de los médicos.

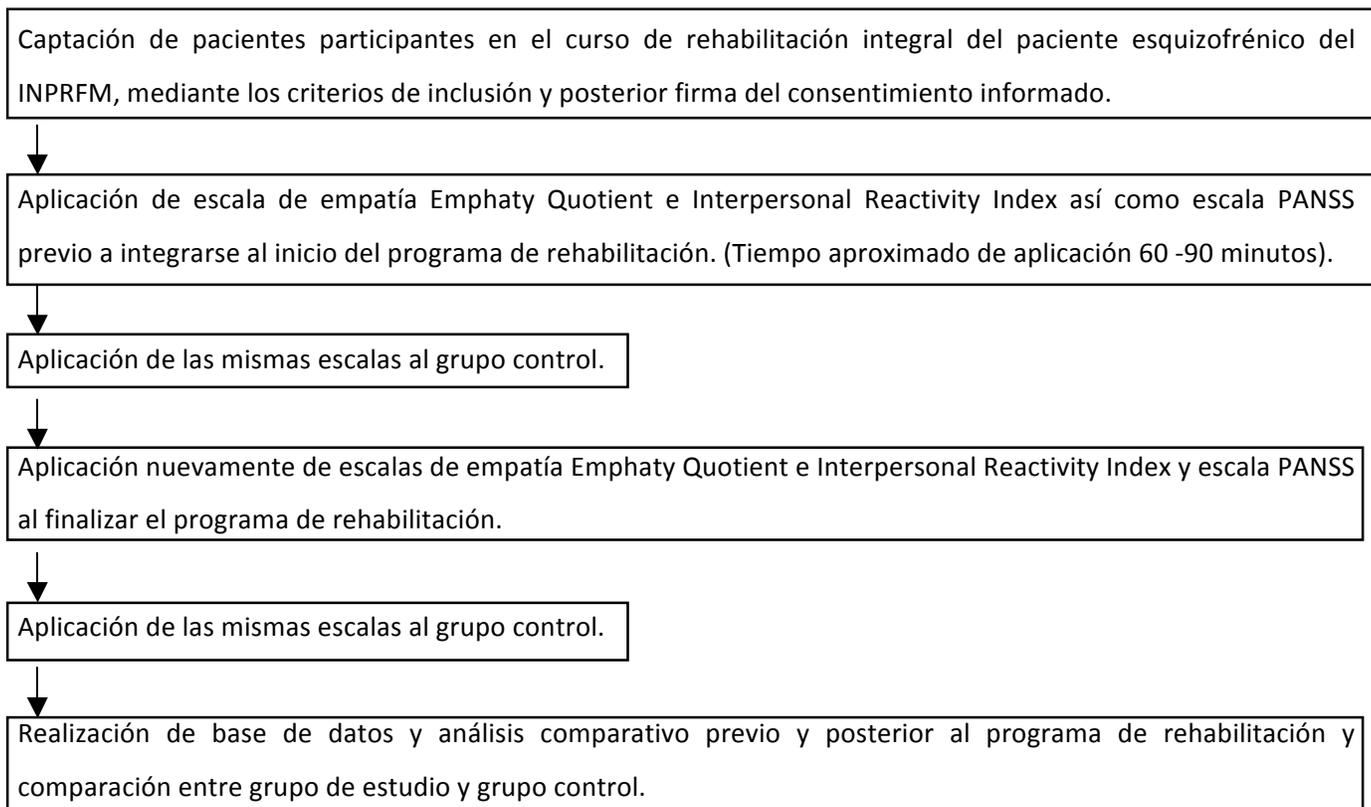
### Análisis estadístico.

Se categorizó la variable de sexo como femenino =1 y masculino=2 para facilitar el análisis de los datos. Se incluyeron, además como variables dependientes: la edad de los pacientes, el tiempo entre la aplicación de las escalas inicial y final, el resultado total de la escala EQ inicial y final para ambos grupos, el resultado total de la escala IRI y los resultados de sus subdivisiones, toma de perspectiva, fantasía, preocupación empática y malestar personal de manera inicial y final de ambos grupos; además de los resultados de las escalas de PANSS total y subdivisión de síntomas positivos, síntomas negativos y psicopatología general de manera inicial y final a ambos grupos.

Se aplicó estadística descriptiva para evaluar la distribución de resultados según las variables sociodemográficas. El análisis de los resultados se realizó mediante el modelo lineal general (ANOVA) de medidas repetidas, utilizando como covariable el tiempo (días) entre la aplicación de las escalas, debido a que se notó que la diferencia entre los grupos era significativa, obteniendo medias estimadas corregidas por tiempo de

aplicación, para realizar la comparación entre los grupos. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22 para el análisis de los datos.

### Flujograma.



### Aspectos éticos y financieros.

Se trató de un estudio con riesgo mínimo, que acorde con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud incluye: estudios prospectivos que emplean procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva, electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no nvaasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia

máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml, en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común con amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean medicamentos de investigación no registrados por la Secretaría de Salud.

Para el presente estudio, se realizaron mediciones clínicas a través de la aplicación de diversas escalas en dos ocasiones, una previa y otra posterior al programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico. La posibilidad de complicaciones relacionadas con este procedimiento fue mínima. El paciente contó con los números telefónicos para contactar al investigador y se le informó sobre el horario de atención del servicio de APC de nuestra institución para la atención de cualquier eventualidad.

Antes del ingreso a este proyecto de investigación, el paciente leyó y discutió con el investigador clínico el documento de consentimiento informado, el cual a su vez fue firmado, haciéndose entrega de una copia. Durante toda la investigación se omitieron en la base de datos los nombres de los pacientes, siéndoles asignado un código secuencial para los análisis estadísticos.

Se indicó a los pacientes que podían retirarse en cualquier momento de la investigación, sin que esto causara un perjuicio de su atención médica psiquiátrica en esta Institución.

### Cronograma de actividades.

Segundo año de Residencia	Tercer año de Residencia	Cuarto año de Residencia
Realización de anteproyecto de tesis. Proceso de Autorización del proyecto por parte del comité de Ética. Recolección de población muestra. Aplicación de escalas de empatía y escala de PANSS a grupo de estudio y grupo control.	Recolección de población muestra. Aplicación de escalas de empatía y escala de PANSS a grupo de estudio y grupo control. Recolección de datos.	Recolección de datos. Análisis de datos. Elaboración de tesis de especialidad.

## Resultados

La muestra final de pacientes participantes del PRIE (grupo 1), que ingresaron al estudio fue de 18 pacientes, los cuales cumplieron criterios de inclusión y finalizaron las escalas en su totalidad en forma previa y posterior a la aplicación del programa. Dichos pacientes correspondieron a los grupos 16, 17 y 19 de rehabilitación, cuyos programas transcurrieron de los años 2015, 2016 y 2017.

La muestra final de los pacientes controles (grupo 2), fue de 9 pacientes que cumplieron criterios de inclusión y que completaron en su totalidad las escalas inicial y final. La muestra resultó ser menor a la proyectada en un inicio y en comparación con el grupo 1, debido a que los pacientes del grupo 2 requerían, dentro de los criterios de inclusión, estabilidad en su padecimiento, teniendo programadas su citas en la consulta externa con una temporalidad entre los 2 y 12 meses, presentando además en ocasiones apego irregular a las consultas, lo cual dificultó la aplicación de las escalas en un tiempo equivalente al del grupo 1 cuyos integrantes acudían semanalmente a las sesiones del PRIE. Debido a que la diferencia en los días entre la aplicación de las escalas inicial y final entre los dos grupos era significativa, se calcularon medias estimadas corregidas por tiempo para realizar la comparación entre grupos.

El total de pacientes que se recolectaron para el estudio fueron 27 (18 casos y 9 controles), de los cuales 8 fueron mujeres (29.6%) y 19 hombres (70.3%). La media de edad de los participantes fue de 33 años. En la tabla 1 se describen las medias de los resultados de las escalas iniciales y finales de los grupos 1 y 2.

Posteriormente, se agregan los gráficos en donde se comparan las medias entre ambos grupos para cada una de las variables medidas. Finalmente, en la tabla 2 se agregan los resultados de la comparación entre grupos según el análisis del modelo lineal general para medidas repetidas, en donde el tamaño del efecto se mide mediante *eta cuadrada parcial*, la cual expresa la proporción de varianza que se explica por el efecto más la del error que se puede atribuir a dicho efecto o fuente de varianza y se obtiene a través de la siguiente fórmula:

$$\eta_p^2 = \frac{\text{Suma de Cuadrados}_{\text{TRATAMIENTO o EFECTO}}}{\text{Suma de Cuadrados}_{\text{TRATAMIENTO o EFECTO}} + \text{Suma de Cuadrados}_{\text{ERROR}}}$$

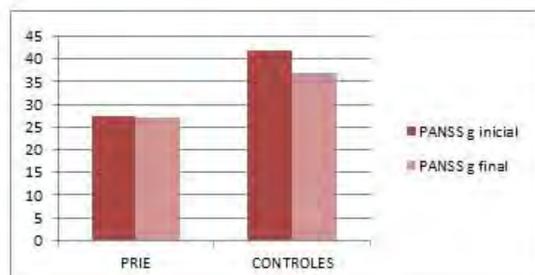
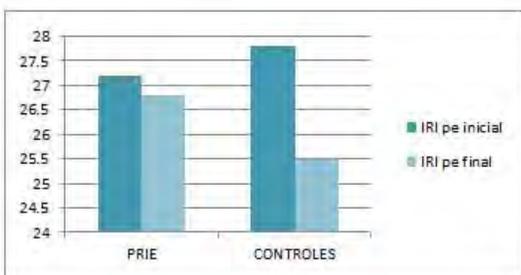
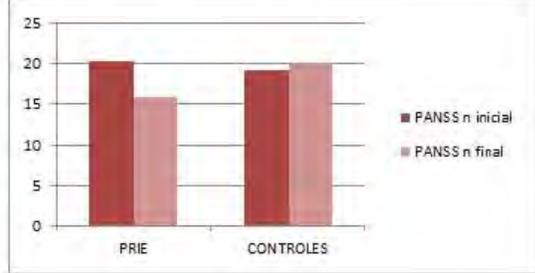
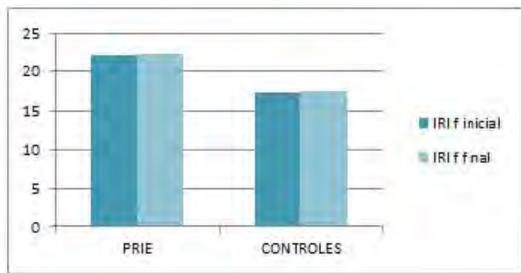
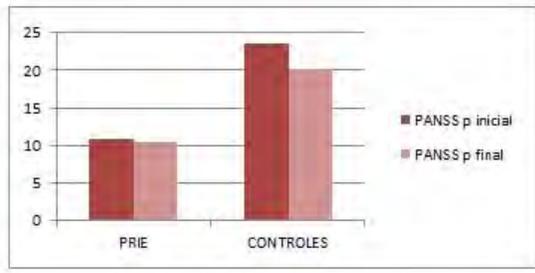
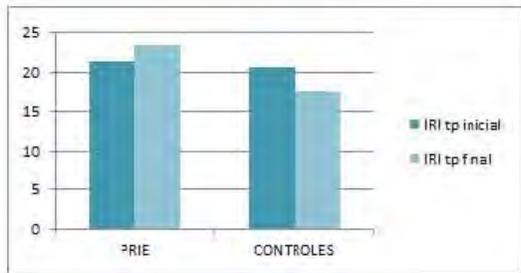
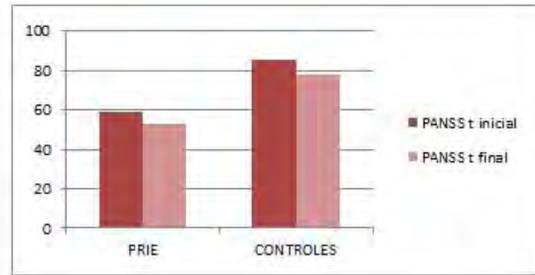
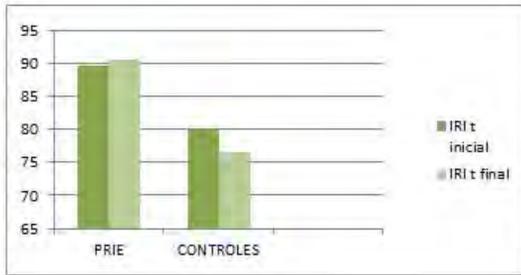
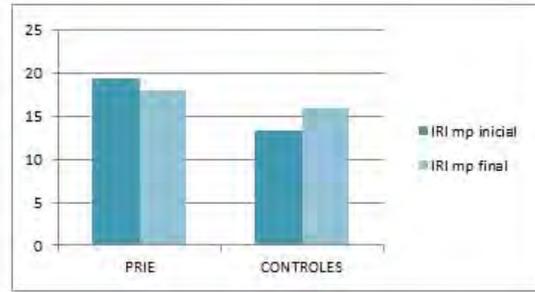
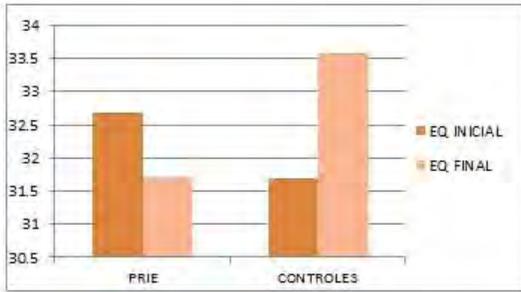
Un tamaño de efecto pequeño equivale a un valor eta cuadrada parcial de 0.01, un efecto mediano equivale a un valor de 0.06 y un efecto grande equivale a 0.14.

Se concluye con los resultados de las comparaciones entre el grupo 1 y el grupo 2, que el PRIE no condicionó cambios significativos en el nivel de empatía medido las escalas EQ e IRI en el grupo 1, en comparación con el grupo 2. En relación a las subdivisiones del IRI, se observó una tendencia hacia una mejoría en la toma de perspectiva en el grupo 1, en comparación con el 2, la cual no es estadísticamente significativa ( $s=0.08$ ); sin presentar cambios significativos en la comparación del resto de las subdivisiones.

En lo que respecta a la gravedad del padecimiento, se observa una diferencia significativa entre la calificación de PANSS en la subdivisión de síntomas positivos y de psicopatología general, entre los dos grupos, sin presentar cambios significativos posterior a la intervención, lo cual se puede justificar en el hecho de que los pacientes que se seleccionan para el PRIE requieren presentar estabilidad en el espectro sintomatológico, siendo ésta más evidente en la valoración de los síntomas positivos y en la psicopatología general, que en la de los síntomas negativos de la esquizofrenia. Ver tabla 1.

Variable	Grupo	Eval	Media
Empathy Quotient	1	inicial	32.696
		final	31.705
	2	inicial	31.72
		final	33.591
IRI total	1	inicial	89.888
		final	90.777
	2	inicial	80.002
		final	76.669
IRI toma de perspectiva	1	inicial	21.312
		final	23.444
	2	inicial	20.599
		final	17.557
IRI fantasía	1	inicial	22.154
		final	22.32
	2	inicial	17.359
		final	17.583
IRI preocupación empática	1	inicial	27.264

		final	26.875
	2	inicial	27.805
		final	25.584
IRI malestar personal	1	inicial	19.433
		final	18.09
	2	inicial	13.467
		final	15.932
PANSS total	1	inicial	59.246
		final	53.123
	2	inicial	85.174
		final	77.531
PANSS positivo	1	inicial	10.924
		final	10.573
	2	inicial	23.597
		final	20.299
PANSS negativo	1	inicial	20.274
		final	15.976
	2	inicial	19.23
		final	20.158
PANSS general	1	inicial	27.317
		final	27.07
	2	inicial	42.033
		final	37.194



EQ (Empathy Quotient), IRI (Interpersonal Reactivity Index), tp (toma de perspectiva), f (fantasía), pe (preocupación empática), mp (malestar personal), PANSS (Escala de síntomas positivos y negativos de esquizofrenia), p (positivos), n (negativos), g (general).

Finalmente, se observó una reducción en la escala PANSS en la subdivisión de síntomas negativos en el grupo 1 en comparación con el grupo 2, posterior a la intervención, la cual es estadísticamente significativa ( $s=0.05$ ). Dicho hallazgo, se traduce en una mejoría en el aspecto de síntomas negativos en los pacientes que recibieron el PRIE en comparación con los controles.

Tabla 2.

Variables	EVAL INTERGRUPOS				ANOVA INTRAGRUPOS			
	gl	F	sig	$h^2p$	gl	F	sig	$h^2p$
EQ	1	0.27	0.6	0.01	1	0.43	0.51	0.01
IRI	1	0.42	0.51	0.01	1	0.24	0.62	0.01
IRI tp	1	3.52	0.07	0.12	1	3.33	0.08	0.12
IRI f	1	0.22	0.63	0.009	1	0.001	0.97	2.88
IRI pe	1	0.71	0.40	0.02	1	0.29	0.59	0.01
IRI mp	1	0.59	0.44	0.02	1	1.26	0.27	0.05
PANSS	1	1.82	0.18	0.07	1	0.02	0.87	0.001
PANSS p	1	4.03	0.05*	0.14	1	0.95	0.33	0.03
PANSS n	1	0.21	0.64	0.008	1	4.17	0.05**	0.14
PANSS g	1	3.92	0.05*	0.14	1	1.09	0.3	0.04

\*Cambios significativos en la comparación entre grupos 1 y 2, sin presentar cambios en la comparación inicial y final. \*\*Cambios significativos entre los grupos 1 y 2 y entre la evaluación inicial y final.

## Discusión.

El tratamiento psicosocial surge a partir de la evidencia, de que además de la sintomatología psicótica, los pacientes con esquizofrenia presentan incapacidades psicosociales, que afectan su funcionamiento a este nivel<sup>22</sup>. Los programas de rehabilitación con enfoque en el tratamiento psicosocial realizados previamente en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, que midieron un impacto favorable en el área psicosocial, constaban de psicoterapia grupal, con sesiones semanales, de un año de duración, abarcando 5 áreas: el área ocupacional, social, económica, sexual-pareja y familiar. La respuesta se midió con diferentes escalas entre ellas la escala de funcionamiento psicosocial que mide el nivel de satisfacción que reporta el paciente en su desempeño en las diferentes áreas de la escala.

En los resultados del programa, se encontró que los pacientes que recibieron la terapia combinada con tratamiento psicosocial mejoraron de manera considerable y significativa estadísticamente su sintomatología, el funcionamiento psicosocial y la actividad global, además de tener un menor porcentaje de recaídas y rehospitalizaciones y un mejor cumplimiento al tratamiento antipsicótico con mayor asistencia a las consultas y bajo nivel de abandono. Por su parte, los pacientes que recibieron únicamente el tratamiento farmacológico se mantuvieron estables, sin presentar mejoría significativa en el funcionamiento psicosocial<sup>26</sup>. Otro de los programas realizados con el mismo enfoque, fue el de entrenamiento en habilidades sociales (*social skills training*), el cual se basa en principios de conducta y modelos educacionales que incluyen modelamiento, juego de roles y asesoramiento en habilidades aprendidas con un entrenamiento intensivo, mediante técnicas estructuradas conocidas como “aprendizaje de actividades”; dicho programa de sesiones semanales de 6 meses de duración, complementado con sesiones de psicoeducación a pacientes y familiares, y de mantenimiento del tratamiento farmacológico establecido. En la medición posterior, se demostró una reducción estadísticamente significativa en todas las subescalas de PANSS y PANSS total, tanto para el grupo que recibió el entrenamiento en habilidades sociales como en el grupo control. Sin embargo, los resultados mostraron que una mayor proporción de los pacientes que recibieron el tratamiento combinado, cumplieron criterios de remisión: definidos como a) calificación de 3 o menos en los 8 items nucleares de la escala PANSS y b) duración del criterio de remisión mínimo de 6 meses. Presentaron, además mejoría funcional medido con la escala GAF (Global Assessment of functioning scale) en comparación con los controles<sup>27</sup>. Hasta la fecha, no hay reportes en la literatura con cuales comparar los resultados obtenidos en nuestro estudio con el programa de rehabilitación integral actual de duración de 3 meses.

Asimismo, no se cuenta en la literatura con estudios previos que comparen grupos de pacientes que hayan recibido algún tipo de intervención, cuyo método de medición sea, a través de las escalas autoaplicables utilizadas en este estudio. En los reportes, en donde mediante la aplicación de la escala IRI se compara a los pacientes con controles sanos, se encontró una menor calificación en la subdivisión de toma de perspectiva y preocupación empática con una mayor calificación en malestar personal en pacientes con esquizofrenia, con medias aproximadas de 21.7 puntos en toma de perspectiva, 23.39 en preocupación empática y 19.83 en malestar personal, los cuales son similares a los encontrados en nuestra muestra en las escalas iniciales del grupo control y experimental con una media de 21.07 puntos en el subtipo de toma de perspectiva, 27.4 en el subtipo de preocupación empática y 17.4 en el subtipo de malestar personal.

En relación al subtipo de fantasía, se han reportado hallazgos contradictorios con una mayor tendencia a una disminución en la capacidad de imaginarse en situaciones ficticias por parte de los pacientes con esquizofrenia en comparación con controles sanos<sup>28</sup>. Se ha observado de forma consistente en la literatura, que las personas con esquizofrenia se reportan a sí mismas más empáticas que como los reportan sus observadores o miembros de la familia, por lo que sería conveniente en estudios posteriores aplicación de instrumentos, que tomen en cuenta la información de otras fuentes cercanas a los pacientes. En un estudio realizado en Turquía, se aplicó la escala EQ a 30 pacientes con esquizofrenia y a sus hermanos o esposos, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre los que resultados de los pacientes y los resultados de los familiares acerca de los pacientes, asimismo con diferencias, las cuales no fueron estadísticamente significativas entre los resultados de los pacientes y controles sanos, con una media en la escala de EQ de los pacientes de 44.0, la de los familiares de 35.7 y la de los controles de 47.2<sup>29</sup>.

Debido a que se ha descrito que el déficit en empatía se ha asociado a déficit en otras habilidades cognitivas que a su vez impactan de forma negativa en el funcionamiento social, se asume que la mejoría en la cognición social se debe considerar un objetivo de las intervenciones terapéuticas conductuales.

No se ha descrito hasta la fecha, un perfil único de déficit cognitivo que sea característico en todos los pacientes con esquizofrenia, encontrándose en la mayoría, alteraciones en al menos un área de funcionamiento. Diferentes tipos de déficit se asocian a diferente pronóstico, por ejemplo problemas neurocognitivos que incluyen poco mantenimiento de atención predicen peor pronóstico en otros dominios que incluyen funcionamiento en la comunidad, desarrollo en el trabajo y resolución de problemas sociales. Sugerencias recientes en la evaluación del déficit cognitivo en la esquizofrenia, favorecen la integración, a través del estudio de circuitos cerebrales afectados, lo cual, a su vez genera el desarrollo de teorías que proponen modelos unificadores a lo que inicialmente parecían múltiples déficits independientes.

En 1992 Cohen y Servan Schreiber, demostraron alteraciones mediadas dopaminérgicamente en la habilidad de mantener una representación interna del contexto, durante la realización de la conducta, afectando el desarrollo del paciente en diversos paradigmas; esto se traduce en que actualmente podemos observar múltiples déficits en la realización de tareas, lo cual refleja alteraciones en algoritmos de procesamiento cortical que impactan en diversas áreas del funcionamiento. En base a estas teorías, es mucho el camino que actualmente tiene que recorrer la psiquiatría en el campo de la rehabilitación enfocada a los déficits cognitivos que afectan el funcionamiento global en el paciente con esquizofrenia<sup>30</sup>.

Se ha descrito, que terapias de remediación cognitiva pueden ayudar a mejorar habilidades de teoría de la mente. La terapia de remediación cognitiva, es definida como intervenciones basadas en un entrenamiento conductual con la meta de mejorar procesos cognitivos de forma duradera y generalizable. Existen en la literatura, estudios que demuestran mejoría en procesos de teoría de la mente con terapias de remediación cognitiva cuyo enfoque son habilidades no sociales, ya que se han observado asociaciones entre teoría de la mente y otras funciones cognitivas como memoria verbal o funciones ejecutivas<sup>31</sup>. Sin embargo, permanece sin aclararse si ciertas funciones cognitivas son más cruciales para la teoría de la mente que otras.

## Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en este estudio, podemos concluir que el PRIE en su dinámica actual de 3 meses de duración, favorece la mejoría en los síntomas negativos de los pacientes con esquizofrenia de forma significativa, en comparación con el tratamiento farmacológico convencional. No se encontraron cambios favorables en el nivel de empatía en las escalas que se utilizaron en este estudio. Sin embargo, en estudios previos con programas de 6 y 12 meses de duración, se reportó mejoría en el aspecto psicosocial medido con otros instrumentos. Se concluye también, en base a los hallazgos en la literatura, que es importante desarrollar instrumentos que evalúen la perspectiva de los familiares y acompañantes de los pacientes, en relación al tema de la empatía, ya que existe un sesgo en la autoevaluación que condiciona que los pacientes se califiquen mejor que lo que es su desempeño real, por lo que se sugiere en estudios posteriores complementar con datos otorgados por el informante.

Actualmente, se están desarrollando programas de rehabilitación enfocados a fomentar la mejoría en el aspecto cognitivo de los pacientes con esquizofrenia, entre ellos programas que colocan al paciente en situaciones ficticias, a través de material visual como cómics o videojuegos, con resultados alentadores. Aún, hay mucho camino que recorrer en el estudio de los distintos perfiles cognitivos que, de manera secundaria, condicionan problemas en la cognición social y en el desarrollo psicosocial. Sin embargo, sí algo ha demostrado resultados contundentes, es que el manejo farmacológico combinado con medidas de rehabilitación, ya sean familiares, basadas en la psicoeducación, psicosociales con enfoque en la adquisición de habilidades u ocupaciones, propician una mejoría en la integración en el entorno del paciente con esquizofrenia y un mejor pronóstico global.

## Referencias bibliográficas.

1. Perkins JALSSDO. The American Psychiatric Publishing textbook of schizophrenia (1<sup>st</sup> ed). American Psychiatric Publishing, 2006.
2. Thomicroft G, Tansella M, Becker T, Knapp M, Leese M, Schene A, et al. 2004, The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophr Res*; 69: 125-32.
3. Eack SM, Newhill CE. 2007. Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a metaanalysis. *Schizophr Bull*; 30: 75-80.
4. Hooker, C., y Park, S. 2002. Emotion processing and its relationship to social functioning in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 112(1), 41–50.
5. Medina-Mora ME, Borges G, Muñoz CL, Benjet C, Jaimes JB, Bautista CF, et al. 2003. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*; 26: 1-16.
6. Aichhorn, M., Perner, J., Weiss, B., Kronbichler, M., Staff en, W., y Ladurner, G. 2009. Temporo-parietal junction activity in theory-of-mind tasks: falseness, beliefs, or attention. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 21 (6): 1179–92.
7. Baron-Cohen S., Tager-Flusberg H., Lombardo M.V., *Understanding Other Minds*. 2013. Third Edition. Oxford University Press.
8. Farrow T.F., Woodruff P.W., *Empathy in Mental Illness*. 2007. First edition. Cambridge University Press.
9. Apperly, I. A., Samson, D., Chiavarino, C., y Humphreys, G. W. 2004. Frontal and temporo-parietal lobe contributions to theory of mind: Neuropsychological evidence from a false-belief task with reduced language and executive demands. *Journal of Cognitive Neuroscience* 16: 1773–84.
10. Farrow, T. F., Zheng, Y., Wilkinson, I. D., et al. 2001. Investigating the functional anatomy of empathy and forgiveness. *Neuroreport*, 12(11), 2433–2438.
11. Frith, C. 2002. Attention to action and awareness of other minds. *Consciousness and Cognition*, 11(4), 481–487.
12. Haker H., Rössler W., 2009. Empathy in schizophrenia: impaired resonance. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 259, 352-361.
13. Lee, K.-H., Farrow, T. F. D., Spence, S. A., y Woodruff, P. W. R. 2004. Social cognition, brain networks and schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34, 391–400.

14. Bora E., Gökçen S., Veznedaroglu B. 2008. Emphatic abilities in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 160, 23-29.
15. Exner, C., Boucsein, K., Degner, D., Irle, E., y Weniger, G. 2004. Impaired emotional learning and reduced amygdala size in schizophrenia: a 3-month follow-up. *Schizophrenia Research*, 71(2-3), 493-503.
16. Shamay-Tsoory S.G., Shur S., Barcai-Goodman L., Medlovich S., Harari H y Levkovitz Y. 2007. Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research* 149, 11-23.
17. Escrivá VM, Dolores M, Navarro F, García S, Valencia U De. 2004. La medida de la empatía: Analisis del Interpersonal Reactivity Index. *Pshicotema* 16: 255-60.
18. Davis MH. 1983. Measuring individual differences in empathy. Evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*; 44: 113-26.
19. Davis MH, 1980. A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Cat Sel Doc Psychol*; 10: 85.
20. Pérez-Albéniz A, Paúl J De, Etxeberría J, Paz M, Torres E, Vasco P. 2003. Adaptación del Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Pshicotema*; 15: 267-72.
21. Baron-Cohen S, Wheelwright S. 2004. The empathy quotient an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *J Autism Dev Disor*; 34: 163-75.
22. Guía basada en la evidencia de la APAL y de la APM para el manejo de la esquizofrenia. 2014. *Salud Mental*, Vol 37, supl 1, S67-S83.
23. Díaz-Martínez., et al. 1996. El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, Vol 19, No. 4.
24. Díaz-Martínez., et al. 2005. La rehabilitación integral del paciente esquizofrénico en México: El modelo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, grupo III, *Salud Mental*, Vol 28, No. 6.
25. Diaz-Martínez., et al. 1999. El programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Seguimiento a dos años. *Salud Mental*.
26. Valencia C, Marcelo., et al. 2004. Estudio comparativo respecto a consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia. Parte II. *Salud Mental*. Vol 27, No. 4, pp 35-43.
27. M. Valencia, A. Fresán, F. Juárez, R. Escamilla, R. Saracco. 2013. The beneficial effects of combining pharmacological and psychosocial treatment on remission and functional outcome in outpatients with schizophrenia. *Journal of Psychiatry Research*. Vol 47 1886-1892.

28. Kelsey A. Bonfils, Paul H. Lysaker, K S. Minor, Michelle P. Salyers. 2016. Empathy in schizophrenia: A meta-analysis of the Interpersonal Reactivity Index. *Psychiatry Research*.
29. Bora, E., Gökçen, S., Veznedaroglu, B., 2008. Empathic abilities in people with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 160 (1), 23-29.
30. Steven M. Silverstein, 2000. Psychiatric rehabilitation of schizophrenia: Unresolved issues, current trends, and future directions. *Applied & Preventive Psychology* 9:227-248.
31. Élisabeth Thibaut, et al. 2017. Improving Theory of Mind in Schizophrenia by Targeting Cognition and Metacognition with Computerized Cognitive Remediation: A Multiple Case Study, *Schizophrenia Research and Treatment*.

## Empathy Quotient

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

Sexo: M / F. Edad: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Cómo rellenar este cuestionario:

Abajo hay una lista con frases. Por favor lea cuidadosamente cada una y juzgue en qué medida está usted de acuerdo o desacuerdo, marcando con un círculo su respuesta. No hay respuestas correctas ni incorrectas ni engañosas.

#### PARA QUE ESTA ESCALA TENGA VALIDEZ TODAS LAS RESPUESTAS DEBEN ESTAR CONTESTADAS.

		Totalmente de acuerdo	Un poco de acuerdo	Un poco en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Puedo captar con facilidad si otra persona quiere tomar parte en una conversación.	1	2	3	4
2	Prefiero la compañía de los animales a la de las personas.	1	2	3	4
3	Intento seguir las tendencias y las modas actuales.	1	2	3	4
4	Encuentro difícil explicar a otras personas las cosas que yo entiendo con facilidad, cuando ellas no las entienden a la primera.	1	2	3	4
5	Sueño la mayoría de las noches.	1	2	3	4
6	Me gusta verdaderamente cuidar de otras personas.	1	2	3	4
7	Intento resolver mis problemas yo solo antes que discutirlos con los demás.	1	2	3	4
8	Encuentro difícil saber qué es lo que hay que hacer en una situación social.	1	2	3	4
9	A primera hora de la mañana es cuando estoy en mi mejor momento.	1	2	3	4
10	A menudo, al verme envuelto en una discusión, la gente me dice que voy demasiado lejos defendiendo mi punto de vista.	1	2	3	4
11	No me preocupa mucho llegar tarde a una cita con un amigo o amiga.	1	2	3	4
12	Las amistades y las relaciones son demasiado difíciles de mantener, así que procuro no preocuparme con ello.	1	2	3	4
13	Nunca quebrantaría una ley, por insignificante que fuera.	1	2	3	4
14	Generalmente me cuesta juzgar si alguien ha sido amable o descortés.	1	2	3	4
15	En una conversación intento concentrarme en mis propios pensamientos antes que en lo que mi interlocutor pueda estar pensando.	1	2	3	4
16	Prefiero hacer bromas a contar chistes.	1	2	3	4
17	Prefiero vivir al día a pensar en el futuro.	1	2	3	4
18	De pequeño me gustaba cortar gusanos en pedazos para ver qué pasaba.	1	2	3	4
19	Puedo captar fácilmente si una persona dice una cosa pero en realidad quiere decir otra.	1	2	3	4
20	Tiendo a tener fuertes convicciones morales.	1	2	3	4
21	Me resulta difícil ver por qué algunas cosas molestan tanto a las otras personas.	1	2	3	4
22	Me resulta fácil ponerme en el lugar de otra persona.	1	2	3	4
23	Pienso que la buena educación es lo más importante que los padres pueden enseñar sus hijos.	1	2	3	4
24	Me gusta hacer las cosas sin reflexionar demasiado.	1	2	3	4
25	Tengo facilidad para predecir cómo se sentirá otra persona.	1	2	3	4
26	Enseguida me doy cuenta de si alguien se siente molesto en un grupo.	1	2	3	4
27	Si cuando yo hablo alguien se siente ofendido pienso que el problema es suyo, no mío.	1	2	3	4
28	Si alguien me pregunta si me gusta su corte de pelo le respondo la verdad, incluso en el caso de que no me guste.	1	2	3	4
29	A veces no entiendo por qué alguien se ha sentido ofendido por una determinada observación mía.	1	2	3	4

		Totalmente de acuerdo	Un poco de acuerdo	Un poco en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
30	A menudo la gente me dice que soy totalmente imprevisible.	1	2	3	4
31	Me gusta ser el centro de atención en cualquier tipo de reunión social.	1	2	3	4
32	Ver llorar a la gente no me pone especialmente triste.	1	2	3	4
33	Me gusta discutir de política.	1	2	3	4
34	Soy muy sincero, lo que hace que algunos me consideren maleducado aunque esa no sea mi intención.	1	2	3	4
35	No suelo encontrar confusas las situaciones sociales.	1	2	3	4
36	Las otras personas me dicen que tengo facilidad para entender cómo se sienten y que es lo que están pensando.	1	2	3	4
37	Cuando hablo con otras personas tiendo más a hablar de sus experiencias que de las mías.	1	2	3	4
38	Me da pena ver sufrir a un animal.	1	2	3	4
39	Soy capaz de tomar decisiones sin que me influyeran los sentimientos de los demás.	1	2	3	4
40	No me puedo relajar hasta que no he hecho todo lo que había planeado hacer durante el día.	1	2	3	4
41	Puedo captar fácilmente si a alguien le aburre o le interesa lo que estoy diciendo.	1	2	3	4
42	Me afecta ver a personas sufriendo en los programas informativos.	1	2	3	4
43	Mis amistades suelen hablarme de sus problemas porque dicen que realmente les comprendo.	1	2	3	4
44	Me doy cuenta de que molesto incluso si la otra persona no me lo dice.	1	2	3	4
45	Con frecuencia empiezo a interesarme por nuevas aficiones, pero en seguida me canso de ellas y busco otras aficiones.	1	2	3	4
46	A veces la gente me dice que he ido demasiado lejos con mis bromas.	1	2	3	4
47	Subirme a atracciones como las "montañas rusas" me pondría demasiado nervioso.	1	2	3	4
48	A menudo la gente dice que soy insensible, aunque yo no veo por qué.	1	2	3	4
49	Si hay alguien nuevo en un grupo pienso que es cosa suya hacer el esfuerzo para integrarse en el mismo.	1	2	3	4
50	Por lo general me mantengo emocionalmente indiferente cuando veo una película.	1	2	3	4
51	Me gusta tener muy organizadas las actividades de la vida cotidiana y a menudo hago listas de las tareas que tengo que hacer.	1	2	3	4
52	Puedo conectar y saber cómo se siente alguien de forma rápida e intuitiva.	1	2	3	4
53	No me gusta correr riesgos.	1	2	3	4
54	Me doy cuenta fácilmente de lo que otra persona puede estar deseando hablar.	1	2	3	4
55	Puedo darme cuenta de si otra persona está ocultando sus verdaderas emociones.	1	2	3	4
56	Antes de tomar una decisión siempre considero los pros y los contras.	1	2	3	4
57	No elaboro conscientemente las reglas de una situación social.	1	2	3	4
58	Tengo facilidad para predecir lo que otra persona hará.	1	2	3	4
59	Tengo tendencia a implicarme en los problemas de mis amigos o amigas.	1	2	3	4
60	Suelo apreciar el punto de vista de otras personas, incluso si no estoy de acuerdo con ellas.	1	2	3	4

TRADUCIDO DE: Baron-Cohen S, Wheelwright S. The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. J Autism Dev Disord 2004; 34: 163–75.

## Interpersonal Reactivity Index

Nombre:.....

Edad.....Sexo:.....

Las siguientes frases se refieren a vuestros pensamientos y sentimientos en una variedad de situaciones. Para cada cuestión indica cómo te describe eligiendo la puntuación de 1 a 5 (1=no me describe bien; 2=me describe un poco; 3=me describe bien; 4=me describe muy bien y 5=me describe bastante bien). Cuando haya elegido su respuesta, marque con una cruz la casilla correspondiente. Lee cada frase cuidadosamente antes de responder. Contesta honestamente. GRACIAS.

	1	2	3	4	5
1. Sueño y fantaseo, bastante a menudo ,acerca de las cosas que me podrían suceder					
2. A menudo tengo sentimientos de ternura y de preocupación hacia la gente menos afortunada que yo					
3. A menudo encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra persona					
4. A veces no me siento muy preocupado por las personas cuando tienen problemas					
5. Verdaderamente me identifico con los sentimientos de los personajes de una novela					
6. En situaciones de emergencia me siento aprensivo e incómodo					
7. Habitualmente soy objetivo cuando veo una película u obra de teatro y no me involucro completamente					
8. Intento tomar en cuenta cada una de las opiniones en un conflicto antes de tomar una decisión					
9. Cuando veo que a alguien se le toma el pelo tiendo a protegerlo					
10. Habitualmente siento desesperanza cuando estoy en medio de una situación muy emotiva					
11. A menudo intento comprender mejor a mis amigos imaginándome cómo ven ellos las cosas (poniéndome en su lugar)					
12. Resulta raro para mí involucrarme completamente en un buen libro o película					
13. Cuando veo a alguien herido tiendo a permanecer tranquilo					
14. Las desgracias de otros, habitualmente no me molestan mucho					
15. Si estoy seguro que tengo la razón en algo no pierdo tiempo escuchando los argumentos de los demás					
16. Después de ver una obra de teatro o cine me he sentido como si fuera uno de los personajes					
17. Cuando estoy en una situación emocionalmente tensa me asusto					
18. Cuando veo a alguien que está siendo tratado injustamente a veces no siento compasión por él					
19. Generalmente soy bastante hábil para resolver emergencias					
20. Frecuentemente me siento muy afectado emocionalmente por cosas que veo que ocurren					
21. Pienso que hay dos partes para cada problema e intento tomar en cuenta ambas partes					
22. Me describiría como una persona bastante sensible					
23. Cuando veo una buena película puedo muy fácilmente ponerme en el lugar del protagonista					
24. Tiendo a perder el control durante las emergencias					
25. Cuando estoy disgustado con alguien normalmente trato de ponerme en su lugar por un momento					
26. Cuando estoy leyendo una historia interesante o una novela imagino cómo me sentiría si los acontecimientos de la historia me sucedieran a mí					
27. Cuando veo a alguien en una emergencia que necesita ayuda urgentemente me paraliza					
28. Antes de criticar a alguien intento imaginar cómo me sentiría si estuviera en su lugar					

MODIFICADO DE: 1. Escrivá VM, Dolores M, Navarro F, García S, Valencia U De. La medida de la empatía : análisis del Interpersonal Reactivity Index. Psicothema 2004; 16: 255-60.

Carta de consentimiento informado para pacientes.

**“Evaluación de nivel de empatía y síntomas psicóticos en pacientes participantes del programa integral de rehabilitación del paciente esquizofrénico del INPRFM, un estudio exploratorio”.**

Código para el estudio: \_\_\_\_\_

Se le invita a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Esto requiere de su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información, todas sus preguntas serán contestadas, no dude en preguntar.

**Objetivo del estudio:**

El objetivo es analizar el nivel de empatía (comprender los estados emocionales de los otros) en los participantes con diagnóstico de Esquizofrenia que acude al curso de Rehabilitación Integral y a otro grupo que no acude a este programa. Ya que nos interesa conocer si existen cambios en el nivel de empatía posterior a la participación en el curso de Rehabilitación.

**Procedimiento del estudio:**

Si usted acepta participar en este estudio, será evaluado por un investigador médico psiquiatra, que le entregará varias series de escalas que se contestan de manera personal por el participante. El riesgo de participar es mínimo. El tiempo consta de aproximadamente 60 minutos.

**Consignas a seguir:**

- a) Se pedirá su cooperación como participante.
- b) La aplicación de las escalas serán sin costo económico alguno.
- c) En caso de cambiar de opinión o decidir, por cualquier motivo, no colaborar en el estudio, puede retirarse de él en cualquier momento en que usted lo decida, le solicitamos nos lo informe.

**Ventajas:**

- a) Las valoraciones que se realizarán a lo largo del estudio permitirán evaluar si existen cambios en los niveles de empatía por participar en el curso de rehabilitación.
- b) Usted de manera indirecta, ayudará al conocimiento sobre la naturaleza de los síntomas cognitivos en el aspecto social del paciente con Esquizofrenia.
- c) Beneficios: Si usted lo desea podrá conocer el resultado y el nivel de empatía que presenta.
- d) Para los participantes del grupo control, el beneficio de participar en el estudio es conocer acerca del programa de rehabilitación integral y en caso de desear formar parte de éste, pasará a lista de espera para ingreso directo en los grupos subsecuentes.

**Confidencialidad:**

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará el nombre de ningún participante. Se le asignará un código numérico para su identificación. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación.

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

**ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.**

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento.

Si tengo dudas o requiero información adicional respecto al estudio, puede comunicarse con la Dra. Miriam Tatiana Serment Azuara (al teléfono 42605250) o de la Dra. Rosa Díaz Martínez (al teléfono 42605250) del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Módulo “B”, planta baja de 08:00 a 17:00 horas.

Nombre del participante	Firma paciente	Fecha
Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha
Nombre del Testigo 1	Firma del Testigo 1	Fecha
Nombre del Testigo 2	Firma del Testigo 2	Fecha