

11241

5
20)

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

DEPRESION EN LA ESQUIZOFRENIA

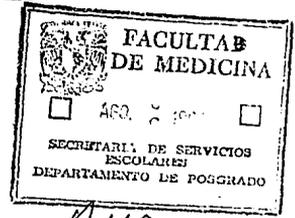
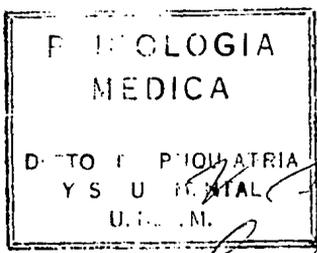
(ESTUDIO DE CORRELACION DE LA ESCALA DE CALGARY PARA DEPRESION EN ESQUIZOFRENIA VERSION EN ESPAÑOL, CON LOS SINTOMAS DEPRESIVOS, NEGATIVOS Y EXTRAPIRAMIDALES)

Tesina que presenta el médico cirujano:

DR. SERGIO GRACIA PERALES

Con el fin de obtener el título de:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Dr. Héctor A. Ortega Soto
Asesor Teórico y Metodológico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

INDICE

Antecedentes	1
Justificación	9
Planteamiento del Problema	10
Objetivos	10
Hipótesis	10
Sujetos	10
Criterios de Inclusión	11
Criterios de Exclusión	11
Método	11
Análisis de Datos	12
Resultados	12
Discusión	14
Conclusiones	15
Bibliografía	16
Tabla 1	20
Tabla 2	21
Tabla 3	22
Tabla 4	23
Tabla 5	24
Guía de Entrevista para la Escala de Calgary para Depresión en Esquizofrenia	25

ANTECEDENTES:

La esquizofrenia es un síndrome de extraordinaria importancia y complejidad; El cuidado y estudio de los esquizofrénicos es un reto fascinante y frustrante a la vez.

La esquizofrenia es uno de los principales problemas de salud pública, con una alta prevalencia a lo largo de la vida (0.5 a 1 %, dependiendo de la definición), la morbilidad es severa y la mortalidad es significativa (1).

La esquizofrenia frecuentemente inicia a edad temprana y deja secuelas en sus víctimas, lo que conduce a un deterioro social y económico. Esta enfermedad produce un gran sufrimiento tanto en los pacientes como en sus familiares. Su costo para la sociedad es importante, pues excede el gravamen financiero para el cáncer (1).

La esquizofrenia puede ser reconocida y definida con razonable concordancia, pero su etiología y fisiopatología continúan sin conocerse. Las subdivisiones de la esquizofrenia, así como los límites entre este síndrome y otros trastornos no es claro.

Los signos y síntomas de esta enfermedad son diversos, abarcando casi todos los aspectos de la cognición y la conducta: percepción, pensamiento inferencial, el habla y el lenguaje, así como la motricidad, la volición, las emociones y la ejecución (1).

La historia de la esquizofrenia está repleta de esfuerzos para identificar subtipos homogéneos. Durante los últimos años se ha puesto especial atención sobre algunos grupos específicos de síntomas y se han establecido tipologías, como la de Crow (2) que los divide en Tipo I y Tipo II, tomando en cuenta el predominio de síntomas positivos o negativos y la presencia o ausencia de déficits cognitivos (3, 4).

La heterogeneidad de la presentación clínica puede reflejar una diferente etiología y fisiopatología. Se han hecho grandes esfuerzos para poder ligar una fisiopatología específica con la presentación

clínica, por ejemplo: anomalías en la estructura cerebral y el síndrome negativo, hiperactividad dopaminérgica y los síntomas positivos (1, 2).

Actualmente se manejan tres posibles teorías para explicar esta heterogeneidad sintomática y clínica:

- 1) Un proceso etiopatológico único, que produce diversas manifestaciones clínicas.
- 2) Múltiples entidades patológicas que producen la esquizofrenia por medio de diversos procesos etiopatológicos (vg: el síndrome de retraso mental de los 50's).
- 3) Los grupos específicos de síntomas reflejan diferentes procesos patológicos, que se combinan de diferentes formas en los distintos pacientes (1).

En fechas recientes se ha puesto una mayor atención a los síndromes que comúnmente coexisten con la esquizofrenia. Entre los más frecuentes tenemos: la depresión, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno por angustia y el abuso de sustancias (1, 5).

El síndrome que con mayor frecuencia acompaña a la esquizofrenia es la depresión (6). La presencia de síntomas depresivos en la esquizofrenia fueron reconocidos y descritos desde Kraepelin y Bleuler (7, 8, 9, 10), pero su significado para el diagnóstico y pronóstico continúa siendo controvertido (8).

Los síntomas que contribuyen para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor, no son necesariamente exclusivos de la depresión y se pueden sobreponer con los síntomas de: el síndrome negativo, la aquinesia o los síntomas prodrómicos de una recaída psicótica (6, 7, 11).

La depresión o al menos un síndrome descriptivamente similar a ésta, ocurre aproximadamente en el 25 % (rango 14 a 60 %) de los esquizofrénicos después de la desaparición de la sintomatología psicótica aguda (7, 9, 12, 13, 14) y se caracteriza por la presencia de un afecto deprimido, anhedonia, disminución de la energía y baja autoestima; también pueden estar presentes síntomas vegetativos y alteraciones en el apetito y en el sueño (12, 13).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es frecuente encontrar en los pacientes esquizofrénicos síntomas que simulan a la depresión, por lo que debemos hacer diagnóstico diferencial con la sintomatología negativa y la aquinesia (3, 4, 15).

DESCRIPCION CLINICA:

PARKINSONISMO:

MOTOR: La aquinesia es considerada como el principal síntoma del Parkinson, junto con la rigidez y el temblor. Este término es utilizado en Psiquiatría y en Neurología para indicar lentitud y pobreza de movimiento. En Psiquiatría se ha ampliado el término para describir un estado inducido por el uso de neurolépticos que se caracteriza por una disminución de la espontaneidad, disminución de las gesticulaciones, lenguaje menos espontáneo y particularmente apatía y dificultad para iniciar sus actividades cotidianas. Este síndrome está presente en el 30 % de los pacientes esquizofrénicos tratados con neuroléptico y que no presentan síntomas extrapiramidales (16).

DEPRESION Y ANHEDONIA: La depresión esta presente en aproximadamente el 30 a 60 % de los pacientes con Parkinson. Entre el 11 y el 43 % de los pacientes presentan síntomas depresivos antes de presentar sintomatología propia del Parkinson. Algunos autores sugieren que existe una correlación entre las alteraciones motoras y la depresión. Vogel en 1982 reportó que la aquinesia se correlaciona directamente con el síndrome apático (subsíndrome depresivo) y también reportó un mayor grado de disforia en los pacientes con aquinesia que en aquellos que tenían temblor. Por otra parte, Goldi en 1981 encontró que los pacientes esquizofrénicos con antecedentes familiares de depresión mostraban mayores efectos colaterales con los neurolépticos, que los esquizofrénicos sin estos antecedentes (9, 16, 17).

ALTERACIONES COGNITIVAS: Numerosas investigaciones han reportado alteraciones cognitivas en los pacientes con Parkinson, entre las más importantes se encuentra la bradipsiquia que también es conocida como bradifrenia. En un artículo de revisión sobre aquinesia (16) se cita textualmente lo

siguiente: Birkmayer en 1983 llamó bradifrenia al correlato psiquiátrico de la aquinesia y en esta los procesos del pensamiento se encuentran lentificados, pero el juicio y el manejo de conceptos se encuentran conservados. Agid y colaboradores en 1984 sugirieron que el parkinsonismo siempre se encuentra asociado a bradifrenia y depresión. Roger y colaboradores en 1987 encontraron una reducción de la bradifrenia después del tratamiento, tanto para el Parkinson como para la depresión retardada. Mayeux en 1981 y Martilla y Rine en 1976 encontraron una relación significativa entre depresión en Parkinson y deterioro de la función cognitiva. No todos los investigadores están de acuerdo con los resultados de algunos estudios en los que se sugiere que la demencia puede estar asociada con aquinesia y rigidez (16).

DEPRESION RETARDADA:

MOTOR: El retardo psicomotor es uno de los síntomas más comunmente reportados en la depresión endógena. El retardo motor puede preceder a los síntomas cognitivos de la depresión y pueden persistir aún después de que estos se han resuelto. Algunos autores han reportado que el retardo motor es un predictor de respuesta a los antidepresivos tricíclicos (10, 16).

ALTERACIONES COGNITIVAS: La depresión se ha asociado con deterioro cognitivo global muy similar a el de la demencia, pero totalmente reversible al dar tratamiento antidepresivo adecuado (16).

SINTOMATOLOGIA NEGATIVA:

MOTOR: La hipoquinesia es el síntoma negativo más frecuentemente notado. Becker en 1985 encontró retardo motor con igual frecuencia en esquizofrénicos deprimidos y no deprimidos. El retardo psicomotor en la esquizofrenia es considerado como un componente del síndrome negativo y un indicador de pobre pronóstico.

DEPRESION Y ANHEDONIA: Dentro de la sintomatología negativa es frecuente encontrar anergia y abulia, que son dos de los síntomas centrales, así como disminución en el nivel de energía e incapacidad para experimentar placer. El afecto aplanado o embotado solo esta presente en el 66 % de los esquizofrénicos (18).

ALTERACIONES COGNITIVAS: Dentro de los déficits cognitivos de la esquizofrenia se encuentra un aumento de las estereotipias del pensamiento, así como lentitud psicomotriz (18).

SUICIDIO:

La conducta suicida es frecuente en personas con esquizofrenia, con un rango de aparición del 18 al 55 %. Dentro de los factores relacionados se encuentra en primer lugar la depresión, que es seguida por otros factores como lo son: cronicidad, mal control de la sintomatología, pobre funcionamiento social y laboral, severidad del padecimiento, intentos suicidas previos, acatisia y durante los primeros años de la enfermedad o durante las exacerbaciones de los síntomas (5, 19).

En un estudio prospectivo realizado por Addington y colaboradores en 1992 (19), concluyeron que los esquizofrénicos crónicos que tienen una pobre o incompleta respuesta al tratamiento farmacológico y que continúan presentando sintomatología positiva residual tienen un mayor riesgo suicida (9, 19).

ETIOLOGIA:

Algunos autores han reportado de manera anecdótica, la aparición de sintomatología depresiva que precede a la aparición o exacerbación de los síntomas psicóticos (11, 14, 20, 21).

Otros autores opinan que los síntomas depresivos son parte del curso natural de la esquizofrenia. Esto fué observado desde la época de Bleuler y Mayer Gross, quienes estaban de acuerdo con esta opinión (2, 9, 11).

Se han propuesto toda una variedad de posibles teorías sobre la etiología de la depresión postpsicótica. Algunos autores han propuesto el uso del término depresión postpsicótica cuando los síntomas depresivos aparecen durante la remisión del episodio psicótico y constituye una respuesta del paciente a su reciente experiencia. Otros autores han asumido que la depresión postpsicótica es secundaria a el uso de neurolépticos, especialmente los de depósito, por lo que hace referencia al término de depresión farmacológica (2, 9, 11, 12).

Indirectamente los neurolépticos pueden producir síntomas parkinsonicos, como lo son la bradiquinesia y la disminución de la espontaneidad que pueden imitar a la sintomatología depresiva (4, 9, 16). Además la asociación entre síntomas depresivos y ciertos síntomas negativos como: anergia, anhedonia, abulia, sensación de vacío y la retirada emocional, nos hace difícil distinguir entre los síntomas afectivos y los negativos.

NEUROBIOQUIMICA:

Los hallazgos neurobioquímicos sugieren que tanto el parkinsonismo como la depresión retardada y la sintomatología negativa presentan cambios en el metabolismo de la dopamina a nivel del sistema nervioso central (16).

PARKINSONISMO: El cambio patológico más importante de Parkinson es la degeneración de la sustancia nigra. Esta área contiene los cuerpos celulares de las neuronas dopaminérgicas, con terminación en el cuerpo estriado. El contenido de dopamina estriatal está marcadamente disminuida en los cerebros de los pacientes con Parkinson, por lo que la teoría de la reducción de la actividad dopaminérgica esta ampliamente aceptada como la fisiopatología del Parkinson (16).

DEPRESION RETARDADA: Dentro de las teorías de los trastornos afectivos se ha implicado una regulación alterada de la dopamina (22). Esto esta basado en estudios sobre los metabolitos de las aminas biógenas en líquido cefalorraquídeo. En estos estudios se ha encontrado una disminución del ácido homovanílico (metabolito de la dopamina) en pacientes deprimidos que manifiestan un marcado retardo motor (16).

SINTOMATOLOGIA NEGATIVA: La esquizofrenia puede presentar un trastorno bimodal de la regulación de la dopamina y los síntomas negativos pueden representar un estado hipodopaminérgico; también, se ha considerado que el aumento en el número de receptores para dopamina en cerebros de esquizofrénicos, apoya la noción de que la hipodopaminérgica esta asociada con la sintomatología negativa. Durante los últimos años se han realizado estudios neuroquímicos controlados en pacientes esquizofrénicos con hipoquinesia y se ha encontrado evidencia sugestiva de una relación entre síntomas negativos y una reducción de la neurotransmisión dopaminérgica (16).

AGONISTAS DOPAMINERGICOS:

Es bien conocido que los agonistas dopaminérgicos mejoran la sintomatología del Parkinson.

Algunos autores han reportado mejoría importante en pacientes con depresión retardada tratados con L-Dopa.

Meltzer en 1986 (citado en 16) en un estudio de revisión, llegó a la conclusión que la L-Dopa puede ser efectiva en el tratamiento de los síntomas negativos de la esquizofrenia, especialmente cuando es dada junto con el neuroléptico y la duración de la enfermedad es de menos de 10 años.

AQUINESIA EN MODELOS ANIMALES:

Se ha reportado en repetidas ocasiones que la aquinesia es el principal efecto farmacológico de las drogas que causan deficiencia estriatal de dopamina, especialmente los bloqueadores dopaminicos (fenotiacinas y butirofenonas) y los depletores de dopamina (reserpina y alfa metil-p-tirosina) e interesadamente los agentes colinomiméticos (fisostigmina y acetilcolina) también están asociados con aquinesia.

Los agentes que facilitan la liberación de dopamina (anfetaminas) así como los estimulantes de los receptores dopaminérgicos (dopamina y apomorfinas) y también los agentes anticolinérgicos (escopolamina y atropina) pueden producir un predominio de estimulación dopaminérgica o ejercer un efecto aquinético (16).

Los modelos animales muestran que la alteración en la regulación de la dopamina esta implicada en el Parkinson, la depresión y la sintomatología negativa.

INSTRUMENTOS DE MEDICION:

Durante los últimos años, se le ha dado mucha importancia a la depresión en la esquizofrenia. No obstante, no existían instrumentos para valorar la sintomatología depresiva en los esquizofrénicos, ya

que las múltiples escalas e inventarios para valorar la depresión son inapropiadas para la población psicótica (19, 23).

En 1990 se publicó por primera vez la escala de Calgary para depresión en esquizofrenia, que se basó en la escala de depresión de Hamilton y el Present State Examination. Originalmente constaba de 11 reactivos (23) y posteriormente se eliminaron 2, resultando la actual escala que consta de 9 reactivos. En estudios de validación y concordancia llevados a cabo por sus creadores, se llegó a la conclusión de que todos los reactivos de la escala discriminan significativamente la presencia o ausencia de un episodio depresivo mayor (8, 23).

Posteriormente, los autores realizaron estudios de especificidad para la escala de Calgary para depresión en esquizofrenia. En este estudio se aplicó la escala a 100 pacientes externos que cumplieran con los criterios diagnósticos del DSM III R para esquizofrenia, y se les aplicó además PANSS (escala de síntomas positivos y negativos) y Simpson Angus (síntomas extrapiramidales) y se llegó a la conclusión de que la escala de Calgary logra un grado útil de separación entre la depresión, los síntomas negativos y los síntomas extrapiramidales cuando se combina con las otras dos escalas del estudio (24).

En un estudio realizado por los mismos autores en 1993, entre la escala de Calgary contra el inventario de Beck, se llegó a la conclusión de que ambos instrumentos son útiles para la medición de la depresión, pero el inventario de Beck mostró dificultades para su utilización en pacientes psicóticos (24).

TRATAMIENTO:

El primer paso prudente en el tratamiento de una probable depresión postpsicótica, consiste en eliminar la posibilidad de que nos encontremos ante un cuadro de aquinesia, secundaria a la medicación neuroléptica, para esto es necesario el uso de sustancias antimuscarínicas (antiparkinsonicos) (14, 15, 25); pues la aquinesia puede simular un cuadro depresivo o bien sintomatología negativa (14, 15, 21, 26).

En el caso de que nos encontremos ante una verdadera depresión postpsicótica, el uso de antidepresivos está indicado. Existen reportes anecdóticos de que el uso de antidepresivos puede producir una descompensación psicótica (14, 27), pero estas descompensaciones parecen estar limitadas a los cuadros depresivos que se presentan como síntomas prodrómicos de la descompensación psicótica y por lo tanto no son consecuencia del uso del antidepresivo (21, 27).

Por último los síntomas negativos parecen responder adecuadamente al tratamiento con antidepresivos, aunque no se conoce con certeza el mecanismo por el que mejora esta sintomatología. Esto se ha relacionado con el bloqueo o antagonismo 5HT₂, por lo que los medicamentos que actúan bloqueando estos receptores tendrán un mejor resultado (mianserina, amitriptilina, etc) sobre los síntomas negativos (6).

JUSTIFICACION:

El diagnóstico clínico del síndrome depresivo en pacientes esquizofrénicos continúa presentando una especial dificultad, ya que es frecuente encontrar una sobreposición de los síntomas depresivos y la sintomatología negativa; también, es frecuente encontrar cuadros depresivos secundarios a la reactivación de la psicosis y por otra parte, la aquinesia resultante del uso de neurolépticos puede imitar clínicamente a la depresión.

Actualmente el único instrumento existente para la medición de la sintomatología depresiva en pacientes esquizofrénicos es la escala de Calgary, que fué publicada en 1990 por Addington (23); desafortunadamente no se cuenta con una versión en castellano de esta escala.

La escala de Calgary para depresión en esquizofrenia es un instrumento que podrá ayudar al clínico a medir de manera objetiva la sintomatología depresiva en pacientes esquizofrénicos y diferenciarla de la aquinesia, de la sintomatología negativa y de un posible cuadro depresivo secundario a una recaída psicótica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Actualmente el único instrumento existente para la medición de la sintomatología depresiva en pacientes esquizofrénicos es la escala de Calgary. Sin embargo, el diagnóstico clínico de la depresión en este grupo de pacientes continúa presentando una especial dificultad para el clínico, ya que es frecuente la sobreposición de los síntomas depresivos con la sintomatología negativa y la aquinesia secundaria al uso de neurolépticos.

OBJETIVOS:

- 1.- Obtener una versión en español de la escala de Calgary para depresión en esquizofrenia.
- 2.- Determinar la correlación entre las puntuaciones de la escala de Calgary con las del Inventario de Beck, la escala de Dimascio (Síntomas extrapiramidales) y las subescalas del PANSS para síntomas positivos, negativos y psicopatología general.

HIPOTESIS:

Si la escala de Calgary para depresión en esquizofrenia es un instrumento capaz de discriminar entre la aquinesia, los síntomas negativos y la depresión, entonces se observará una baja correlación de la calificación del Calgary con el total del Dimascio y con los obtenidos en el PANSS. Además la correlación con el total del Inventario de Beck será elevada.

SUJETOS:

Se seleccionaron 45 pacientes del Instituto Mexicano de Psiquiatría que reunían los criterios diagnósticos del DSM III R para el diagnóstico de Esquizofrenia (28).

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1.- Sujetos que cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM III R para esquizofrenia.
- 2.- Sujetos que se encontraban participando en los protocolos de investigación concernientes al tratamiento de la esquizofrenia con dosis bajas de neuroléptico y decaonato de haloperidol.
- 3.- Se incluyeron únicamente pacientes externos del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1.- Sujetos que no comprendían el idioma castellano.
- 2.- Sujetos que no aceptaron participar en el estudio.
- 3.- Sujetos que no supieran leer y escribir.
- 4.- Sujetos con retraso mental o deterioro cognitivo importante que pudiera afectar la comprensión del lenguaje escrito y hablado.
- 5.- Aquellos sujetos que no cumplieran con los criterios de inclusión.

METODO:

La versión en inglés de la escala de Calgary para depresión en esquizofrenia fué traducida al español por dos investigadores. A partir de esas dos versiones se obtuvo una traducción preliminar de la escala. Esta versión preliminar fue traducida al inglés por otro investigador que desconocía la versión original en inglés. Posteriormente se analizaron las discrepancias surgidas en el proceso y del análisis de las discrepancias se obtuvo la versión final de la escala de Calgary.

La aplicación de la escala de Calgary se realizó después de que los pacientes fueron valorados por uno de los investigadores a cargo de los protocolos de decaonato de haloperidol y tratamiento de la esquizofrenia con dosis bajas de neuroléptico. Durante esta primera entrevista se aplicó a los pacientes el PANSS y la escla para síntomas extrapiramidales de Dimascio. Posteriormente se le entregó a cada paciente una copia del Inventario de Beck versión en castellano (traducida y validada por Torres y colaboradores en el Instituto Mexicano de Psiquiatría), que fué contestada por cada uno de los pacientes incluidos en el estudio.

Una vez realizado lo anterior se procedió a la aplicación de la escala de Calgary a los pacientes, esto último se efectuó siempre por el mismo evaluador, quién era ciego a los resultados del PANSS, Dimascio e Inventario de Beck.

ANALISIS DE DATOS:

Se utilizaron: el análisis de correlación de Pearson, la Matriz de probabilidades de Bonferroni y la regresión múltiple del programa de computo Systat.

RESULTADOS:

Se evaluó a un total de 45 pacientes, de los cuales 17 (37.7 %) eran del sexo femenino y 28 (62.3 %) del masculino. La edad de los pacientes se encontró dentro de un rango de 19 a 49 años, con una media de 31.4 y una desviación estandar de 7.0. En relación con el estado civil 6 (13.3 %) de los pacientes eran casados, 1 (2.2 %) estaba divorciado y 38 (84.5 %) pacientes fueron solteros. Con respecto a la escolaridad solamente 2 (4.4 %) tenían primaria incompleta, 7 (15.5 %) primaria completa, 11 (24.4 %) secundaria, 10 (22.5 %) escuela técnica, 8 (17.7 %) bachillerato y 7 (15.5 %) estudios profesionales. Unicamente 12 (26.7%) de los 45 pacientes incluidos en el estudio se encontraban trabajando en el momento que se les realizó la entrevista. (TABLA 1)

Las puntuaciones de cada uno de los 9 inclos de la escala de Calgary fueron los siguientes: para depresión el rango fué 0 - 3.0, la media 0.8 +/- 0.9, desesperanza (rango de 0 - 3.0, media 0.9 +/- 0.8), autodevaluación (rango de 0 - 2.0, media 0.8 +/- 0.8), Ideas de referencia culposa (rango de 0 - 2.0,

media 0.3 +/- 0.5), culpa (rango 0 - 2.0, media 0.3 +/- 0.5), depresión matutina (rango 0 - 3.0, media 0.5 +/- 0.7), despertar temprano (rango 0 - 3.0, media 0.5 +/- 0.8), suicidio (rango 0 - 2.0, media 0.7 +/- 0.8), depresión observada (rango 0 - 3.0, media 0.8 +/- 0.9), Calgary total (rango 0 - 21, media 5.8 +/- 5.2), El Inventario de Beck (rango de 0 - 42, media 16.2 +/- 11.3). (TABLA 2)

Este mismo procedimiento se siguió en el PANSS, el que se dividió en PANSS subescala de sintomatología positiva (rango de 8 - 29, media 14.6 +/- 5.4), PANSS subescala de sintomatología negativa (rango de 7 - 37, media 18.6 +/- 6.4), PANSS subescala de psicopatología general (rango de 16 - 54, media 34.8 +/- 9.9) y PANSS total (rango 37 - 107, media 68.2 +/- 18.8). (TABLA 3)

La escala para síntomas extrapiramidales de Dimascio arrojó los siguientes datos: expresión facial (rango 0 - 2, media 0.5 +/- 0.5), rigidez (rango 0 - 2, media 0.5 +/- 0.6), acatisia (rango 0 - 2, media 0.7 +/- 0.7), temblor (rango 0 - 3, media 0.3 +/- 0.7), aquinesia (rango 0 - 2, media 0.6 +/- 0.6), distonía (rango 0 - 1, media 0.1 +/- 0.3), Dimascio total (rango 0 - 8, media 2.8 +/- 2.0). (TABLA 4)

En la correlación de Pearson se encontró una alta correlación con el Inventario de Beck ($r=0.824$, $p<0.001$) y una moderada correlación con la subescala de psicopatología general del PANSS ($r=0.513$, $p<0.05$) esto último se debe a que la subescala de psicopatología general contiene los puntos de: preocupación somática, ansiedad, sentimiento de culpabilidad, tensión, depresión, retraso motor, falta de cooperación, atención deficiente, preocupación y evitación social activa, que pueden estar presentes en un síndrome depresivo. (TABLA 5)

Por último se realizó un análisis de regresión múltiple por pasos para evaluar los factores que contribuyen a la puntuación total de la escala de Calgary. Se utilizó como variable dependiente el Calgary total y como variables independientes cada uno de los puntos que conforman la escala de Calgary. De acuerdo con este análisis el punto referente a la depresión observada por el entrevistador durante la entrevista ($R=0.903$, R cuadrada= 0.815) explica el 81.5 % de la varianza total, seguido por el punto referente a la depresión matutina ($R=0.945$, R cuadrada= 0.894) que explica el 7.9 % de la varianza total del instrumento y en el tercer lugar de importancia la autodevaluación ($R=0.969$, R cuadrada= 0.923) que explica el 2.9 % de la varianza total.

Los resultados fueron los siguientes:

1.- Depresión observada	R=.903	R cuadrada=.815
2.- Depresión matutina	R=.945	R cuadrada=.894
3.- Autoevaluación	R=.961	R cuadrada=.923
4.- Depresión	R=.978	R cuadrada=.957
5.- Referencia culposa	R=.988	R cuadrada=.973
6.- Suicidio	R=.989	R cuadrada=.979
7.- Despertar temprano	R=.993	R cuadrada=.986
8.- Desesperanza	R=.996	R cuadrada=.992
9.- Culpa	R=1.00	R cuadrada=.999

DISCUSION:

En este estudio se incluyó a un grupo de pacientes esquizofrénicos con un amplio espectro clínico en la severidad de la psicopatología.

En un estudio previo (29) Addington y colaboradores encontraron una correlación estadísticamente significativa entre el Calgary y la subescala negativa del PANSS (hecho que contrasta con este trabajo), esto fue interpretado de 2 maneras. La primera fue que la correlación observada en un estado agudo representaba un incremento en la psicopatología global que se asociaba a la recaída. La segunda posibilidad que contemplaron dichos autores fue que esta correlación podría deberse a que la escala confundiera la depresión con la sintomatología negativa, esto último fue descartado por medio de un análisis factorial confirmatorio.

En este estudio se encontró una alta correlación entre la escala de Calgary para depresión en esquizofrenia con el Inventario de Beck ($r=0.824$, $p<0.001$), este hallazgo concuerda con lo reportado por Addington (24) que encontró que el Inventario de Beck es un buen instrumento para valorar la sintomatología depresiva en los pacientes esquizofrénicos pero que muestra dificultades para su aplicación en pacientes hospitalizados. En el trabajo actual no se incluyeron pacientes hospitalizados y además los pacientes incluidos en la muestra tenían una escolaridad mínima de primaria incompleta, todos sabían leer y escribir, y ninguno de los pacientes mostraba un deterioro cognitivo importante;

Ninguno de los pacientes presentaba una marcada alteración de la capacidad asociativa. Todo esto contrasta con la muestra de pacientes utilizados en el estudio de Addington, por lo que es posible que estas diferencias en la muestra de pacientes haya contribuido a las diferencias encontradas por Addington y cols (24).

También se encontró una moderada correlación de la escala de Calgary con la subescala de psicopatología general del PANSS, hecho que era de esperarse pues esta subescala contiene los puntos referentes a preocupación somática, ansiedad, sentimiento de culpa, tensión, depresión, retraso motor, falta de cooperación, atención deficiente, alteración de la voluntad y preocupación; síntomas que son comunes en la depresión.

En el presente estudio la escala de Calgary mostró ser un instrumento útil en la medición de la depresión en los pacientes esquizofrénicos, separándola de la sintomatología negativa y extrapiramidal. Esto último fué comprobado con la correlación de Pearson, que mostró una baja correlación con el puntaje de la subescala de sintomatología negativa del PANSS y el puntaje total del Dimascio.

CONCLUSIONES

- 1.- La versión en español de la escala de Calgary para depresión en esquizofrenia mostró ser un instrumento útil para la medición de la sintomatología depresiva en los pacientes esquizofrénicos.
- 2.- Se encontró una correlación alta entre la escala de Calgary y el Inventario de Beck, lo que sugiere que ambos instrumentos miden lo mismo (sintomatología depresiva) en los pacientes esquizofrénicos.
- 3.- La escala de Calgary parece medir una dimensión diferente de la que mide la subescala de síntomas negativos del PANSS y la escala de Dimascio para síntomas extrapiramidales.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Andereasen N.C. y Carpenter W.T.: **Diagnosis and clasification of schizophrenia.** Schizophrenia Bulletin 1993;19:199-214.
- 2.- Severe J.S., Mandel M.R. y Schooler M.R.: **Development and prediction of postpsychotic depression in neuroleptic-treated schizophrenic patients.** Psychopharmacology Bulletin 1982;18:95-99.
- 3.- Newcomer J.W., Faustman W.O. et al: **Distinguishing depression and negative symptoms in unmedicated patients with schizophrenia.** Psychiatry Research 1990;31:243-250.
- 4.- Ragin A.B., Pogue-Geile M. y Oltmanns T.F.: **Poverty of speech in schizophrenia and depression during in-patient and port-hospital periods.** British Journal of Psychiatry 1989;154:52-57.
- 5.- Bartels S.J., Drake R.E. y McHugo G.J.: **Alcohol abuse, depression and behavior in schizophrenia.** American Journal of Psychiatry 1992;149:394-395.
- 6.- Kane J.M. y Marder S.R.: **Psychopharmacologic treatment of schizophrenia.** Schizophrenia Bulletin 1993;19:287-302.
- 7.- Addington D. y Addington J.: **Depression dexamethasone nonsuppression and negative symptoms in schizophrenia.** Canadian Journal of Psychiatry 1990;35:430-433.
- 8.- Addington D., Addington J. et al: **Reliability and vality of a depression rating scale for schizophrenics.** Schizophrenia Research 1992;6:201-208.
- 9.- Barnes T.R.E., Curson D.A. et al: **The nature and prevalence of depression in chronic schizophrenic patients with remitted postpsychotic depression.** American Journal of Psychiatry 1989;146:1495-1497.

- 10.- Berenbaum H.: Posed facial expressions of emotion in schizophrenia and depression. *Psychological Medicine* 1992;22:929-937.
- 11.- Mandel M.R., Severe J.B., Schooler N.R. et al: Development and prediction of postpsychotic depression in neuroleptic treated schizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 1982;39:197-203.
- 12.- Lindenmayer J.P., Kay S.R. y Plutchik R.: Multivantaged assessment of depression in schizophrenia. *Psychiatry Research* 1992;42:199-207.
- 13.- Siris S.G.: Akinesia and postpsychotic depression: A difficult differential diagnosis. *Journal of Clinical Psychiatry* 1987;48:240-243.
- 14.- Siris S.G., Rifkin A., Reandon G.T. et al: Stability of the postpsychotic depression syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry* 1986;47:86-88.
- 15.- Siris S.G., Cutler J., Owen K. et al: Maintenance imipramine treatment followin postpsychotic depression. *Psychopharmacology Bulletin* 1989;25:85-88.
- 16.- Bermanzohn P.C. y Siris S.G.: Akinesia: A syndrome common to parkinsonism, retarded depression and negative symptoms of schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 1992;33:221-232.
- 17.- Maj M., Starace F. y Pirozzi R.: A family study of DSM III R schizoaffective disorder, depressive type, compared with schizophrenia an psychotic and nonpsychotic major depression. *American Journal of Psychiatry* 1991;148:812-816.
- 18.- Berenbaum H. y Oltmanns T.F.: Emotional experience and expression in schizophrenia and depression. *Journal of abnormal Psychology* 1992;101:37-44.

- 19.- Addington D. y Addington J.: Attempted suicide and depression in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinava* 1992;85:288-291.
- 20.- Goldman R.S., Tandon R. et al: Measurement of depression and negative symptoms in schizophrenia. *Psychopathology* 1992;25:49-56.
- 21.- Siris S.G., Cutler J., Owen K. et al: Adjunctive imipramine maintenance treatment in schizophrenic patients with remitted postpsychotic depression. *American Journal of Psychiatry* 1989;146:1495-1497.
- 22.- Rybakowski J.K. and Lehmann W.: Abnormalities of lithium transport across the erythrocyte membrane in depression and schizophrenia. *Biological Psychiatry* 1991;29:340-346.
- 23.- Addington D., Addington J. y Schiessel B.: A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research* 1990;3:247-251.
- 24.- Addington D., Addington J. y Maticka-Tyndale E.: Rating depression in schizophrenia: A comparison of a self report and an observer report scale. (ARTICULO NO PUBLICADO)
- 25.- Siris S.G. y Strahan A.: Continuation and maintenance trials of adjunctive imipramine therapy in patients with postpsychotic depression. *Journal of Clinical Psychiatry* 1988;49:339-340.
- 26.- Siris S.G., Adan F., Cohen M. et al: Postpsychotic depression and negative symptoms: An investigation of syndromal overlap. *American Journal of Psychiatry* 1988;145:1532-1537.
- 27.- McGlashan T.H., Waltrip R.W., Summerfelt A., Carpenter W.T. et al. Postpsychotic depression. *American Journal of Psychiatry* 1991;148:545-547.
- 28.- American Psychiatric Association.: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third edition, Revised 1987, pp 227-240.

29.- Addington D., Addington J. y Maticka-Tyndale E.: Specificity of the Calgary Depression Scale for Schizophrenics. (ARTICULO NO PUBLICADO)

TABLA 1
DATOS DEMOGRAFICOS

EDAD:		SEXO:	ESTADO CIVIL:
MINIMA	19.0 A-OS	17 (37.7 %) FEMENINO	6 (13.3 %) CASADOS
MAXIMA	49.0 A-OS	28 (62.3 %) MASCULINO	1 (2.2 %) DIVORCIADO
D.E.	7.0 A-OS	45 (100 %) TOTAL	38 (84.5 %) SOLTEROS
			45 (100 %) TOTAL

ESTUDIOS:	ESTADO LABORAL:
2 (4.4 %) PRIMARIA INCOMPLETA	33 (73.3 %) DESEMPLEADOS
7 (15.5 %) PRIMARIA COMPLETA	12 (26.7 %) EMPLEADOS
11 (24.4 %) SECUNDARIA	45 (100 %)
10 (22.5 %) ESCUELA TECNICA	
8 (17.7 %) BACHILLERATO	
7 (15.5 %) PROFESIONAL	
45 (100 %) TOTAL	

No. de Casos: 45

TABLA 2
DATOS DE LA ESCALA DE CALGARY E INVENTARIO DE BECK

	MINIMA	MAXIMA	RANGO	MEDIA	D. E.	MEDIANA
DEPRESION	0.00	3.00	0-3	0.84	0.88	1.00
DESESPERANZA	0.00	3.00	0-3	0.87	0.84	1.00
AUTODEVALUACION	0.00	2.00	0-2	0.78	0.82	1.00
IDEAS DE REFERENCIA CULPOSA	0.00	2.00	0-2	0.29	0.55	0.00
CULPA PATOLOGICA	0.00	2.00	0-2	0.33	0.52	0.00
DEPRESION MATUTINA	0.00	3.00	0-3	0.49	0.73	0.00
DESPERTAR TEMPRANO	0.00	3.00	0-3	0.49	0.81	0.00
SUICIDIO	0.00	2.00	0-2	0.71	0.84	0.00
DEPRESION OBSERVADA	0.00	3.00	0-3	0.76	0.88	1.00
CALGARY TOTAL	0.00	21.00	0-21	5.58	5.18	5.00
INVENTARIO DE BECK TOTAL	0.00	42.00	0-42	16.16	11.35	15.00

TABLA 3

DATOS DEL PANSS

	MINIMA	MAXIMA	RANGO	MEDIA	D. E.	MEDIANA
PANSS POSITIVO	8.00	29.00	8 - 29	14.58	5.54	12.00
PANSS NEGATIVO	7.00	37.00	7 - 37	18.58	6.43	19.00
PANSS GENERAL	18.00	54.00	18 - 54	34.82	9.87	35.00
PANSS TOTAL	37.00	107.00	37 - 107	68.18	18.72	69.00

TABLA 4
DATOS DEL DIMASCIO

	MINIMA	MAXIMA	RANGO	MEDIA	D. E.	MEDIANA
ACATISIA	0.00	2.00	0 - 2	0.71	0.73	1.00
EXPRESION FACIAL	0.00	2.00	0 - 2	0.43	0.55	0.00
RIGIDEZ	0.00	2.00	0 - 2	0.53	0.63	0.00
TEMBLOR	0.00	3.00	0 - 3	0.31	0.70	0.00
AQUINESIA	0.00	2.00	0 - 2	0.62	0.61	1.00
DISTONIA	0.00	1.00	0 - 1	0.09	0.29	0.00
DIMASCIO TOTAL	0.00	8.00	0 - 8	2.76	2.01	3.00

TABLA 5
MATRIZ DE CORRELACIONES

	CALGARY TOTAL	DIMASCIO TOTAL	PANSS GENERAL	PANSS NEGATIVO	PANSS POSITIVO
CALGARY TOTAL	1.000**				
DIMASCIO TOTAL	0.090	1.000**			
PANSS GENERAL	0.513*	0.514*	1.000**		
PANSS NEGATIVO	0.161	0.674**	0.644**	1.000**	
PANSS POSITIVO	0.031	0.340	0.668**	0.349	1.000**
PANSS TOTAL	0.336	0.618**	0.948**	0.782**	0.764**
INVENTARIO DE BECK	0.824**	0.202	0.540*	0.199	0.060

* p<0.05

** p<0.001

Grados de Libertad = 21

**GUIA DE ENTREVISTA PARA LA ESCALA DE CALGARY
PARA DEPRESION EN ESQUIZOFRENIA.**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

ENTREVISTADOR: _____ **FECHA:** _____

	AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO
1.- DEPRESIÓN:	0	1	2	3
2.- DESESPERANZA:	0	1	2	3
3.- AUTODEVALUACION:	0	1	2	3
4.- IDEAS DE REFERENCIA CULPOSAS:	0	1	2	3
5.- CULPA PATOLÓGICA:	0	1	2	3
6.- DEPRESIÓN MATUTINA:	0	1	2	3
7.- DESPERTAR TEMPRANO:	0	1	2	3
8.- SUICIDIO:	0	1	2	3
9.- DEPRESIÓN OBSERVADA:	0	1	2	3

TOTAL _____

**GUIA DE ENTREVISTA PARA LA ESCALA DE CALGARY
PARA DEPRESION EN ESQUIZOFRENIA.**

ENTREVISTADOR: Haga la primera pregunta como está escrita; use las frases siguientes a su criterio.

Revise en forma consecutiva los incisos y califique de acuerdo a su criterio.

El tiempo comprende las dos últimas semanas.

El último ítem, No 9, debe basarse en las observaciones de toda la entrevista.

1.- DEPRESION.

- ¿Cómo describiría su estado de ánimo durante las 2 últimas semanas?
- Durante este tiempo ¿se ha sentido o a estado deprimido o desanimado?
- Con sus propias palabras diga cómo se ha sentido durante las 2 últimas semanas ¿qué tan seguido se ha sentido... (sus palabras), ¿todos los días? o ¿todo el día?

0 Ausente.

1 Leve: Expresa cierta tristeza o desaliento cuando se le pregunta.

2 Moderado: En las 2 últimas semanas ha existido humor depresivo todos los días o durante la mitad del día.

3 Severo: Ánimo marcadamente deprimido diariamente por más de la mitad del tiempo las últimas 2 semanas, que ha interferido con el funcionamiento motor y social normal.

2.- DESESPERANZA:

- ¿Cómo ve el futuro para usted?
- ¿Tiene planes para su futuro o su vida parece sin esperanza?
- ¿Se ha dado por vencido o todavía parece haber alguna razón para intentar hacer algo en la vida?

0 Ausente:

- 1 Leve:** El la última semana por momentos ha sentido desaliento, pero todavía conserva cierto grado de esperanza en el futuro.
- 2 Moderado:** Sensación persistente y moderada de desesperanza durante la última semana, pero se le puede persuadir para que admita la posibilidad de que las cosas son mejores de como las percibe.
- 3 Severo:** Sensación persistente y angustiosa de desesperanza.

3.- AUTODEVALUACION:

- ¿Cuál es su opinión sobre sí mismo comparado con las demás personas?
- ¿Se siente mejor o no tan bueno como la mayoría de las personas?
- ¿Se siente inferior o incluso devaluado?

0 Ausente:

- 1 Leve:** Siente un poco de inferioridad sin llegar a sentirse devaluado.
- 2 Moderado:** El sujeto se siente devaluado pero menos del 50 % del tiempo.
- 3 Severo:** El sujeto se siente devaluado más del 50 % del tiempo. Puede ser confrontado para que perciba las cosas de otra manera.

4.- IDEAS DE REFERENCIA CULPOSAS:

- ¿Ha tenido la sensación de que lo están culpando por algo o tal vez que lo están acusando injustamente, ¿de qué lo culpan? (no incluir acusación justificada. Se excluyen ideas delirante de culpa.

0 Ausente:

- 1 Leve:** El sujeto se siente culpado pero no acusado menos del 50 % del tiempo.
- 2 Moderado:** Sensación persistente de ser culpado, y/o sensación ocasional de ser acusado.
- 3 Severo:** Sensación persistente de ser acusado. Cuando se le confronta admite que esto no es real.

5.- CULPA PATOLOGICA:

-¿Tiene usted a culparse a sí mismo de pequeñas cosas que pudo haber hecho en el pasado?

-¿Piensa que usted debe preocuparse tanto por esto?

0 Ausente:

1 Leve: El sujeto alguna vez siente culpa por alguna falta pequeña pero menos del 50 % del tiempo.

2 Moderado: Durante más del 50 % del tiempo el sujeto siente culpa por acciones pasadas cuyo significado exagera.

3 Severo: Por lo general, el sujeto se siente culpable de todo lo que ha salido mal, aún que no haya tenido la culpa.

6.- DEPRESION MATUTINA:

-Si se ha sentido deprimido durante las 2 últimas semanas, ¿ha notado si la depresión empeora a hora especial del día?

0 Ausente:

1 Leve: La depresión está presente pero no hay variación diurna.

2 Moderado: Espontáneamente menciona que la depresión empeora por la mañana.

3 Severo: Hay un marcado empeoramiento de la depresión en la mañana con deterioro funcional que mejora en la tarde.

7.- DESPERTAR TEMPRANO:

-¿Despierta más temprano de lo que es normal para usted?

-¿Cuántas veces a la semana pasa esto?

- 0 Ausente:** No hay despertar prematuro.
- 1 Leve:** Ocasionalmente despierta (hasta 2 veces a la semana) una hora o más antes de su hora normal de despertar o de que suene el despertador.
- 2 Moderado:** A menudo despierta (hasta 5 veces a la semana) una hora o más antes de su hora normal de despertar o de que suene el despertador.
- 3 Severo:** Diariamente se despierta una hora o más antes de su hora normal de despertar.

8.- SUICIDIO:

- ¿Ha sentido que la vida ya no tiene sentido vivirla?
- ¿Alguna vez sintió deseo de terminar con su vida?
- ¿De qué manera pensó hacerlo?
- ¿Lo ha intentado realmente?

0 Ausente:

- 1 Leve:** Pensamientos frecuentes de que sería mejor estar muerto o pensamientos ocasionales de suicidio.
- 2 Moderado:** Considerar deliberadamente un plan de suicidio pero sin haber llevado a cabo un intento.
- 3 Severo:** Intento suicida ideado aparentemente con la idea de morir (vg; descubrimiento accidental, recursos ineficaces).

9.- DEPRESION OBSERVADA:

- Basado en las observaciones del entrevistador a lo largo de la entrevista.
- La pregunta ¿siente deseos de llorar?, utilizada en momentos apropiados de la entrevista puede proporcionar información útil para esta observación.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

0 Ausente:

- 1 Leve:** El sujeto impresiona triste y apesadumbrado durante partes de la entrevista, matiza afectivamente un discurso neutral.
- 2 Moderado:** El sujeto impresiona triste y lúgubre a lo largo de la entrevista, su voz es monótona y melancólica, y está lloroso o llora por momentos.
- 3 Severo:** El sujeto se estanca en temas angustiantes, con frecuencia suspira profundamente y llora en forma abierta, o persiste en un estado de sufrimiento permanente.

Calgary Depression Scale, D. Addington & J. Addington.