

11241
17
2ej

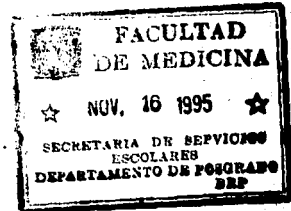
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

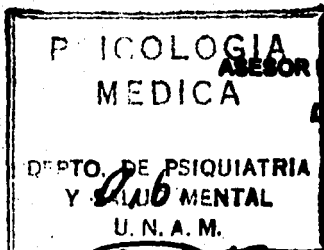
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS APLICANDO LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON Y CORRELACION CON OTRAS ESCALAS DE DEPRESION.

**TESINA QUE PRESENTA :
DRA. MARINA TORRES ALVAREZ**



CON EL FIN DE OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA.



ASESOR DE TESIS TEÓRICO Y METODOLOGICO:

DR. HECTOR ORTEGA SOTO

MÉXICO D. F.

16 FEB 95

FALLA DE ORIGEN



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.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

INTRODUCCIÓN

La presencia de Depresión en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia ha sido reconsiderada desde la antigüedad por Kraepelin y Bleuler. Particularmente se ha mostrado que los pacientes pueden manifestar un síndrome depresivo cuando el estado psicótico a disminuido (1,2). Los estudios que se han realizado demuestran que la frecuencia de depresión es alta en pacientes bajo tratamiento y aun después de largos periodos en remisión de síntomas psicóticos (4). También se ha observado que algunos pacientes experimentan una fase prodrómica de la enfermedad, la cuál es indistinguible de una depresión endógena (3). La complejidad y frecuencia de un síndrome depresivo en esquizofrenia es un tema que se ha admitido pero estudiado poco; sin embargo es claro que la depresión es un síntoma frecuente en el curso de la esquizofrenia y probablemente presente en todas las fases de la enfermedad relacionada o no al uso de neurolépticos orales y de depósito (5,6). Se ha observado también que los neurolépticos han mostrado un efecto antidepressivo en algunos paciente, principalmente las preparaciones de depósito (7,8).

La esquizofrenia es uno de los principales problemas de salud, teniendo una alta prevalencia a lo largo de la vida 0.5 a 1% , siendo la morbilidad y la mortalidad altamente significativas. El inicio se presenta en edades tempranas dejando secuelas y deterioro social y económico en los pacientes; siendo su costo alto para la familia y la sociedad y constituyendo además sufrimiento y disfunciones familiares.

La semiología de la enfermedad es diversa y abarca casi todos los aspectos de la cognición y conducta; la percepción, el habla y lenguaje, el pensamiento inferencial, la motricidad, la volición las emociones y la ejecución (9,10). Últimamente se han manejado 3 teorías para explicar la 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.
- 3) Los grupos específicos de síntomas reflejan diferentes procesos patológicos, que se combinan de diferentes formas en los distintos pacientes.

Actualmente se ha dado mayor atención a los síndromes que comúnmente coexisten con la esquizofrenia y entre los más frecuentes tenemos a la depresión, el trastorno por ansiedad, el trastorno obsesivo compulsivo y el abuso de sustancias (1).

Se ha visto además que los síntomas para integrar un diagnóstico de Depresión en esquizofrenia no son exclusivos y se pueden sobreponer con los síntomas de el síndrome negativo, la afección o los síntomas pródromos de una recaída psicótica. Por lo que se ha hablado de varios términos como depresión farmacogénica, depresión, revelada, depresión postpsicótica y depresión atípica. La prevalencia estimada de depresión en esquizofrenia es de 13 a 60% (2,3).

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. Dentro de las teorías de los trastornos afectivos se ha implicado una disregulación de la dopamina, encontrando una disminución del ácido homovanílico (metabolito de la dopamina) en pacientes que presentan un marcado retardo motor.

Se han propuesto una variedad de posibles teorías sobre la etiología de la depresión postpsicótica. Algunos autores han propuesto el uso del término depresión postpsicótica y constituye una respuesta del paciente a su reciente experiencia. Otros autores han asumido que la depresión postpsicótica es secundaria a el uso de neurolepticos, especialmente los de depósito, por lo que hace referencia al término de depresión farmacológica.

PARKINSONISMO

Ayd en 1975 habló de que la depresión es semejante a las manifestaciones afectivas de una reacción extrapiramidal pero otros estudios han fracasado en mostrar una causa directa relacionada entre el tratamiento con neuroléptico y la depresión en esquizofrenia (12,13,14). La aquinesia, la rigidez y el temblor son los principales síntomas del parkinsonismo, pero los neurolépticos también pueden producir un estado caracterizado por una disminución en las gesticulaciones, lenguaje menos espontáneo, apatía y dificultad para iniciar sus actividades cotidianas y este síndrome se presenta en el 30% de los pacientes que son tratados con neurolépticos y que no presentan síntomas extrapiramidales (15).

SUICIDIO

El riesgo de suicidio en esquizofrenia es 50 veces más que el de la población normal y algunos estudios han fracasado en mostrar una causa directa entre el suicidio y la suspensión del tratamiento con neurolépticos (16,17). Dentro de los factores relacionados con el suicidio se encuentran en primer lugar la depresión que es seguida por otros factores como la cronicidad, el mal control de la sintomatología, el pobre funcionamiento social y laboral, la severidad del padecimiento, los intentos suicidas previos, la acatísia durante los primeros años de la enfermedad o durante las exacerbaciones de los síntomas (18).

Addington y colaboradores en 1992 concluyeron que los esquizofrénicos crónicos con pobre respuesta al tratamiento farmacológico y que continúan presentando síntomas positivos residuales tienen un mayor riesgo suicida (19,20).

AQUINESIA

Se ha descrito el síndrome de aquinesia inducida por neurolépticos (que causan deficiencia estriatal de dopamina), además de enfatizar la dificultad para distinguir entre los síntomas depresivos o síntomas negativos en esquizofrenia (21). Birkmayer en 1983 llamó bradifrenia al coreoide Psiquiátrico de la aquinesia y en esta los procesos del pensamiento se encuentran identificados, pero el juicio y el manejo de conceptos se encuentran conservados (22).

SINTOMATOLOGIA NEGATIVA

Crow en 1980 habló de una subdivisión de síntomas positivos y negativos y los subtipos de esquizofrenia, demostrando diferencias entre los subtipos positivos y negativos en parámetros clínicos, psicométricos y psicobiológicos (22, 23). El afecto aplanado, la pobreza del lenguaje, anergia anhedonia son registrados como síntomas negativos y han sido considerados por largo tiempo como signos patognomónicos de esquizofrenia. Sin embargo algunos investigadores han mostrado que estos síntomas son frecuentes y severos en la depresión, debido a las similitudes existentes entre síntomas depresivos y síntomas negativos, existen dificultades en el diagnóstico diferencial entre esquizofrenia con síntomas negativos y esquizofrenia con síntomas depresivos (24, 25). A pesar de la variabilidad en inicio y grado los pacientes con esquizofrenia aguda pueden manifestar una enfermedad depresiva y con respecto a la relación con síntomas negativos los grados varían y los síntomas coinciden (26).

HAMILTON

En los últimos años se ha dado mayor importancia a la depresión en esquizofrenia, a pesar de que no existen instrumentos para valorar la sintomatología depresiva en los esquizofrénicos, dado que las escalas e inventarios para valorar la depresión son inapropiados para la población psicótica.

La escala de Calgary para depresión en esquizofrenia se publicó en 1990, que se basó en la escala de depresión de Hamilton y el Resen State Examination, constando actualmente de 9 reactivos (33 y 34). Se han hecho varios estudios con esta escala llegando a la conclusión de que la escala de Calgary logra un grado útil de separación entre depresión, síntomas negativos y síntomas extrapiramidales cuando se combina con las otras escalas PANSS (escala de síntomas positivos y negativos) y Simpson Angus (síntomas extrapiramidales). (35).

En otro 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.

La validez de la escala de Hamilton de depresión (HAM D) como medida de sintomatología depresiva en pacientes esquizofrénicos es cuestionable, desde el momento que no ha sido diseñada para ese propósito. El grado en el cual los síntomas negativos y la depresión en esquizofrenia coinciden y representan entidades clínicas diferentes tienen importantes implicaciones patofisiológicas y terapéuticas. Kulkara mostró una asociación moderada entre medidas globales de síntomas negativos y rangos de depresión, pero examinaron que la depresión núcleo de los síntomas (ánimo depresivo y culpa) no coinciden con la relación de síntomas negativos (27). Craig usó la escala de depresión de Hamilton entre otros instrumentos, sin llegar a caracterizar las multivarianzas naturales de rangos del afecto en esquizofrenia (28) demostrando además varianzas en el estado de ánimo, afecto y psicopatología contenida en medidas afectivas tradicionales con esquizofrenia ansiedad, depresión, retardo psicomotor, afecto embotado, psicosis y hostilidad. Se ha visto una heterogeneidad en los síntomas afectivos dentro de la esquizofrenia y

otros autores hablan de 3 diferencias afectivas: inmovilidad expresiva, afecto inapropiado y estado emocional no relatable por lo que los instrumentos de medición pueden variar y confundir síntomas depresivos con síntomas negativos. Las escalas de medición de síntomas negativos (SANS) especialmente diseñada para el uso con pacientes esquizofrénicos y medidas de depresión global (HAM-D) que es específicamente desarrollada para valorar depresión en poblaciones no esquizofrénicas. La escala de depresión HAM-D es una de las usadas para medir depresión en esquizofrenia pero son escasos los estudios para evaluar su validez en esquizofrenia (29). Además es claro que la escala HAM-D es un instrumento que ha sido desarrollado para un grupo de síntomas afectivos homogéneos como es la depresión, sin embargo puede ser una medida incorrecta de depresión si se aplica a poblaciones que toman ha ser heterogéneas con respecto al afecto como es la esquizofrenia. Además los estudios de depresión y síntomas negativos son típicamente confiables en un rango de síntomas sin tomar en cuenta el posible efecto de neurolépticos sobre la relación entre depresión y síntomas negativos.

TRATAMIENTO

Es común en la práctica clínica de pacientes esquizofrénicos mantener un tratamiento regular y cuando se desarrolla una depresión postpsicótica puede ser prescrito un antidepresivo como medicamento adicional, sin antes eliminar la posibilidad de que nos encontremos ante un cuadro de equinesia, secundaria a la medicación neuroléptica, y para esto es necesario el uso de sustancias antimuscarínicas o antiparkinsonicos (30, 31). Se ha reportado que el uso de antidepresivos puede producir una descompensación psicótica (32), aunque al parecer estas descompensaciones parecen estar limitadas a los cuadros depresivos que se presentan como síntomas prodrómicos de la descompensación psicótica y no como consecuencia del uso del antidepresivo.

Los síntomas negativos parecen responder al tratamiento con antidepresivos, aunque no se conoce el mecanismo por el que mejora esta sintomatología. Pero se ha relacionado con el bloqueo o antagonismo 5HT 2, por lo que los medicamentos que actúan bloqueando estos receptores tendrán un mejor resultado como es mianserina, amitriptilina, etc. sobre los síntomas negativos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El diagnóstico clínico del síndrome depresivo en pacientes esquizofrénicos continúan presentando una especial dificultad, siendo frecuente encontrar una sobreposición a los síntomas depresivos de sintomatología negativa; también es frecuente encontrar cuadros depresivos secundarios a la reactivación de la psicosis y por otro lado 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. Pero el diagnóstico clínico de depresión en este grupo de pacientes sigue siendo difícil.

Con el presente estudio se pretende observar la utilidad y confiabilidad que tiene la escala de Hamilton para el diagnóstico de depresión en esquizofrenia; finalmente se correlacionará con la escala de Calgary y el inventario de Beck.

HIPOTESIS

Si la escala de depresión de Hamilton evalúa sintomatología depresiva en pacientes esquizofrénicos, correlaciona con otras escalas que miden la misma dimensión.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- 1.- Evaluar la presencia de sintomatología depresiva utilizando la escala de depresión de Hamilton en pacientes esquizofrénicos dentro del protocolo de dosis umbrales de neuroléptico.**
- 2.- Comparar la frecuencia de depresión identificada por los puntos de corte asignados a cada una de las 3 escalas; Hamilton, Calgary y Beck.**
- 3.- Determinar la correlación entre las puntuaciones de la escala de Hamilton con las del inventario de Beck y la escala de Calgary.**
- 4.- Determinar la estabilidad en el tiempo de cada uno de los tres instrumentos.**

POBLACIÓN A ESTUDIAR

Se seleccionaron 36 pacientes del Instituto Mexicano de Psiquiatría que reunían los criterios diagnósticos del DSM III R para el diagnóstico de Esquizofrenia, 18 pertenecían al protocolo de dosis umbrales de neuroléptico y 18 pacientes crónicos controlados de consulta externa que participan en el proyecto de Esquizofrenia realizado en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1.- Pacientes que cumplieron criterios diagnósticos del DSM III R para esquizofrenia.**
- 2.- Pacientes que se encontraban participando en los protocolos de investigación "efecto terapéutico de dosis umbrales de neuroléptico" y en el proyecto de esquizofrenia.**

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- 1.- Pacientes que no comprendían el idioma castellano.**
- 2.- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.**
- 3.- Pacientes que no supieran leer y escribir.**

METODO

A los pacientes en protocolo de dosis umbrales de neuroléptico se les aplicó la escala de depresión de Hamilton, la escala de Calgary y se les entregó el inventario de Beck que fue contestado por cada uno de los pacientes incluidos en el estudio al alcanzar la dosis umbral, a las 6 semanas y a los 3 meses después de alcanzar la dosis umbral, el mismo día se aplicó PANSS y la escala para síntomas extrapiramidales de Dimascio.

Los pacientes esquizofrénicos crónicos pertenecientes al proyecto de esquizofrenia también se les aplicaron las escalas antes mencionadas, el mismo día que fueron evaluados por su médico tratante.

La escala de depresión de Hamilton fue aplicada siempre por el mismo evaluador, quién fue ciego a los resultados de las escalas de Calgary, PANSS, Dimascio e inventario de Beck.

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizaron correlaciones simples utilizando el método de Pearson, entre todas las variables. Se efectuó análisis de varianza (Anova) de medidas repetidas para observar la estabilidad en el tiempo, debido a la pérdida de sujetos a lo largo del tiempo, para este análisis en particular solo se tomaron en la muestra 5 pacientes quienes eran los que presentaban las 3 evaluaciones. Para contrastar la frecuencia de depresión mayor tamizadas se utilizó χ^2 con corrección de Yates, o Fisher según el caso.

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 36 pacientes, de los cuáles 16 (44.4%) eran del sexo femenino y 20 (55.5%) del sexo masculino. La edad de los pacientes se encontró dentro de un rango de 20 a 49 años con una media de 30.3 \pm 6.5 (de) años

A) La correlación de Pearson se hizo con la puntuación de las escalas en la primera evaluación; por ser el mayor número de casos. Como observa en la (tabla 1) se encontró una alta correlación en los resultados de la escala de Ham-D con la escala de Calgary ($r=0.750, P=0.000$), entre Calgary y el inventario de Beck ($r=0.667, P=0.002$), una moderada correlación se observó entre la escala de Ham-D y el inventario de Beck ($r=0.497, P=0.036$). La correlación de la subescala psicopatología negativa del PANSS con Ham-D también fue importante ($r=0.505, P=0.033$); lo cual podría deberse a la relación que existe entre la sintomatología depresiva y los síntomas negativos de la esquizofrenia como lo han mencionado ya algunos autores. Señalaremos además la relación entre las subescalas de psicopatología positiva y general ($r=0.705, P=0.001$), la subescala negativa de PANSS vs Acatasia ($r=0.470, P=0.049$) y de severidad de síntomas de Parkinson vs Acatasia ($r=0.524, P=0.026$).

B) Las calificaciones de las 3 escalas de depresión fueron estables a lo largo del tiempo, lo cual quiere decir que el estado afectivo de los pacientes no cambio. (P no significativa), aunque como se señaló anteriormente este análisis solo pudo realizarse con un mínimo porcentaje de pacientes.

HAM (1)	HAM (2)	HAM (3)
7.714	7.143	7.429
CAL (1)	CAL (2)	CAL (3)
4.600	6.000	7.000
BECK (1)	BECK (2)	BECK(3)
10.000	6.400	7.400

Sin embargo para el PANSS Total si se mostraron diferencias significativas, lo cual puede deberse a que los pacientes en cada evaluación presentaban diferente estado psicótico

PT (1)	PT(2)	PT(3)
76.800	53.800	60.800

C) Se evaluó la frecuencia de depresión identificada por las escalas de acuerdo a los puntos de corte que fueron 17 para la escala de Ham-D, 9 para la escala Calgary y 20 para el inventario de Beck.

Aunque sabemos que estas escalas no son exactamente diagnósticas si se utilizan para evaluar la presencia de un episodio depresivo.

De los 36 casos evaluados con la escala de Ham-D solo 4 (11.1%) calificaron arriba de 17 puntos.

El inventario de Beck solo diagnosticó 6 (16.7%) casos, con sintomatología depresiva.

Sin embargo la escala de Calgary reveló que 14 (38.9%) casos, calificaron para depresión. (figura 1).

Por lo que es posible que la escala de Calgary sea más sensible para diagnosticar depresión en los pacientes con Diagnóstico de Esquizofrenia.

DISCUSION

En este estudio pudimos valorar un grupo de pacientes esquizofrénicos en diferente estadio clínico de la enfermedad. Los pacientes pertenecientes al protocolo de Dosis Umbrales, a los cuáles se les realizó la primera evaluación al alcanzar la dosis umbral, y como es parte de este estudio, estos pacientes no habían recibido tratamiento en los últimos 3 meses, lo cuál es importante ya que al ser valorados presentaban un alto grado clínico de psicopatología. Siendo diferente al otro grupo quienes eran pacientes crónicos controlados.

En este estudio se encontró una alta correlación entre la escala de Ham-D y la escala de Calgary, esto seguramente debido a que la escala de Calgary fue elaborada basándose en la escala de Hamilton (33).

La relación entre la escala de Calgary para depresión en esquizofrenia y el inventario de Beck también fué significativa ($r = 0.657$, $p = 0.002$), lo cuál concuerda con lo reportado por Addington (35), quien encontró que el inventario de Beck es un buen instrumento para valorar sintomatología depresiva en los pacientes esquizofrénicos.

La correlación entre Ham-D y la subescala de psicopatología negativa del PANSS también fué alta, esto era de esperarse pues esta subescala contiene los puntos referentes a preocupación somática,

ansiedad, atención deficiente, depresión, retraso motor, falta de cooperación, alteración en la voluntad y preocupación; síntomas que son comunes en la depresión.

Se observó en el estudio que el estado afectivo de los pacientes no cambió a lo largo del tiempo. Aunque esto no puede tomarse como un dato cierto dado que esta valoración solo pudo realizarse con un pequeño porcentaje de pacientes y el espacio de tiempo entre la primera y última valoración fué de tres meses, es posible que el resultado sea diferente si la valoración se realizara en un espacio más largo de tiempo.

Sin embargo los valores obtenidos en el PANSS total a lo largo del tiempo si mostraron diferencias significativas; esto está relacionado a que los pacientes presentaban diferente severidad de estado psicótico en cada evaluación.

Al realizar la evaluación de la frecuencia identificada por cada una de las escalas de depresión y de acuerdo al punto de corte de cada una, la escala de Calgary reportó mayor número de casos que pudieran cursar con un episodio depresivo. Es posible que la escala de Calgary tenga mayor sensibilidad para diagnosticar depresión en pacientes esquizofrénicos.

La escala de Ham-D y el Inventario de Beck mostraron semejanza en el reporte de casos que calificaban para depresión, pudiéndose hablar de una sensibilidad similar entre ambas escalas.

Finalmente podemos observar que la escala de Ham-D, siendo una escala para valorar depresión en pacientes con trastornos afectivos puede ser un instrumento clínicométrico en la investigación de esquizofrenia.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la Escala de Ham-D es útil para valorar depresión en pacientes esquizofrénicos. Los valores reportados por las 3 escalas de depresión que fueron utilizadas en el estudio, la escala de Ham-D, la escala de Calgary y el Inventario de Beck son similares y no cambiaron a lo largo del tiempo.

Tabla 1**Coefficiente de correlación correspondiente a la primera evaluación**

	Cal 1	Beck 1	PP 1	Ham 1	PN 1	PG 1	Park 1	Aca 1
Cal 1	1.000							
Beck 1	0.667*	1.000						
PP 1	0.204	0.052	1.000					
Ham 1	0.750*	0.497*	0.213	1.000				
PN 1	0.419	0.362	0.159	0.505	1.000			
PG 1	0.114	-0.020	0.705	0.148	-0.289	1.000		
Park 1	0.145	0.240	-0.040	0.040	0.316	0.048	1.000	
Aca 1	0.407	0.421	0.061	0.248	0.470	0.047	0.524	1.000

* $p < 0.05$

Figure 1

		Cal 1		
		0	1	
Ham 1		22	10	Total 32
	0	68.8	31.3	88.9
		100.0	71.4	
	1		4	4
			100.0	11.1
			28.6	
Total		22	14	36
		61.1	38.9	100.0

		Beck 1		
		0	1	Total
Ham 1		12	5	17
	0	70.6	29.4	94.4
		100.0	83.3	
	1		1	1
			100.0	5.6
			16.7	
Total		12	6	18
		66.7	33.3	100.0

		Beck 1		total
		0	1	
Cal 1		10	2	12
	0	83.3	16.7	66.7
		83.3	33.3	
	1	2	4	6
		33.3	66.7	33.3
		16.7	66.7	
Total		12	6	18
		66.7	33.3	100.0

BIBLIOGRAFIA

- 1 Steinberg HR, Green R, Durrel J. Depression occurring during the course of recovery from schizophrenic symptoms. Am J Psychiatry 124: 699-702, 1967.**
- 2 Bowers MB, Astrachan BM. Depression in acute schizophrenic psychosis. Am J Psychiatry 123: 976-978-979, 1967.**
- 3 Roth S. The seemingly ubiquitous depression following acute schizophrenic episodes, a neglected area of clinical discussion. Am J Psychiatry 127: 91-96, 1970.**
- 4 Barnes TRE, Curson DA y cols. The nature and depression and behavior in schizophrenia. Am J Psychiatry 146: 1495-1497, 1989.**
- 5 Mandel MR, Severe JB, Schooler NR, y cols. Development and prediction of psychotic depression in neuroleptic treated schizophrenics. Arch Gen Psychiatry 39N 197-203, 1982.**
- 6 Barenbaum H, Oltmanns TF. Emotional experience and expression in schizophrenia and depression. J Ab Psychology 101 N 37-44, 1992.**
- 7 Maj M, Starce F, Pirozzi R. A family study of DSM-R-III schizoaffective disorder, depressive type, compared with psychotic and nonpsychotic major depression. Am J Psychiatry 148: 612-616, 1991.**
- 8 Browckington IF, Kendell RE, y cols. Trials of lithium, chlorpromazine and amitriptyline in schizoaffective patients. Br J Psychiatry 13: 162- 168, 1976.**
- 9 Andreasen NC, Carpenter WT. Diagnosis and clasification of schizophrenia,. Schizophrenia Bull 19: 199-214, 1993.**
- 10 Severe JS, Mandel MR, Schooler MR. Development and prediction of postpsychotic depression in neuroleptic-treated schizophrenic patients. Psychopharm Bull 18: 95-99, 1982.**
- 11 Bertels SJ, Drake RE, McHugo GJ. Alcohol abuse , depression and behavior in schizophrenia. Am J Psychiatry 148: 394-395, 1992.**
- 12 Lindenmayer JP, Kay SR , Plutchok R. Multivantaged assesment of depression in schizophrenia. Psychiatry Res 42: 199-207, 1992.**
- 13 Depression in schizophrenia. American Psychiatric Press, De Lisi (de). Washington, 1990.**
- 14 Roy A. Depression , attempted suicide and suicide in patients with chronic schizophrenia. Psychiatric Clinics N Am 9: 193-206, 1986.**

15 Kane JM, Marder SR. Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 19: 193-206, 1992.

16 Dessori AM, Mezzich JE, Deshavan M. Suicidal indicators in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 81: 409-413, 1990.

17 Dyck RJ, Bland RC, Newman SC y cols. Suicide attempts and psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand* 77: 64-71 (suppl 338), 1988.

18 Addington DE, Addington JM. Attempted suicide and depression in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 85: 288-291, 1992.

19 McGlashan TH, Waltrip RW, Summerfelt A, y cols. Postpsychotic depression. *Am J Psychiatry* 148: 545-547, 1991.

20 Newcomer JW, Faustman W , y cols. Distinguishing depression and negative symptoms in unmedicated patients with schizophrenia *Psychiatry Res* 31: 243-250, 1990.

21 Bermanzohn PC, Sirls SG. Akinesia: A syndrome common to parkinsonism, retarded depression and negative symptoms of schizophrenia. *Comprehen Psychiatry* 35: 221-232, 1990.

22 Addington D, Addington J, y cols. Depression dexamethasone nonsuppression and negative symptoms in schizophrenia. *Canadian Journal Psychiatry* 35:430-433, 1990.

23 Addington., Addington J. y cols. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Res* 6: 201-208, 1992.

24 Barnes TRE, Liddle PF, y cols. Negative symptoms, tardive dyskinesia, and depression in chronic schizophrenia. *Br. J. Psychiatry* 155:99-103, 1989.

25 Lindenmayer J.P., Stanley R. KAY. Depression, Affecto and Negative symptoms in Schizophrenia. *Br J. of Psychiatry* 155 (suppl. 7):108-114, 1989.

26 Pogue-Geile MF, Harrow M. Negative and positive symptoms in schizophrenia and depression: A followup. *Schizophrenia Bull* 10: 371-387, 1984.

27 McKenna PJ, Lund CE, Mortimer AM. Negative symptoms: Relationship to other schizophrenic symptoms classes. *Br J. Psychiatry.* 1989.

28 Craig TJ, Richardson MA, Pass R, y cols. Measurement of mood and affecto in schizoprenic in patients. *Am J. Psychiatry* 142:1272-1277, 1985.

29 Hamilton M: Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol.* 6: 278-298, 1967.

30 Sials S. G. y Strahan A.: Continuation and maintenance trials of adjunctive imipramina therapy in patients with postpsychotic depression. *Journal of Clinical psychiatry.* 145:1532-1537, 1988

31 Siels s.G. Rifkin A., Reardon G.T. y cols. Stability of the postpsychotic depression syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry.* 47:86-88, 1986.

32 McGrath T.H., Waltrip R.W., Summerfelt A., Carpenter W.T. y cols. Postpsychotic depression. *Am. Journal of Psychiatry.* 148:545-547, 1991.

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

34 Addington D., Addington J. y Scheiessel B.: A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research.*6:204-206, 1992.

35 Addington D., Addington J. y Maticka-Tyndale E. Rating depression in schizophrenia: A Comparison of a self report and a observer report scale. (ARTICULO NO PUBLICADO).