

11241
28
28

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

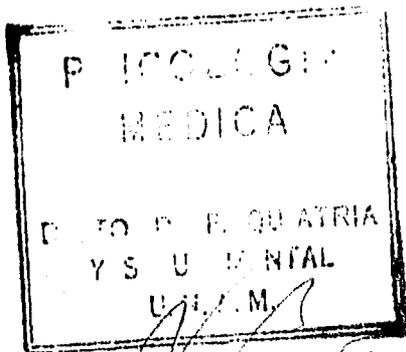
DEPRESION EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

VALIDEZ CONCURRENTE DE LA ESCALA DE CALGARY

TESINA PARA OBTENER EL
TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA

PRESENTA:

DR. JUAN BAUTISTA PACHECO CATZIN



ASESOR TEORICO Y METODOLOGICO:

DR. HECTOR A. ORTEGA SOTO

MEXICO, D.F. ., FEBRERO DE 1996.

TESIS CON
FALLA DE ORIGIN

TESIS CON
FALLA DE ORIGIN



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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
OBJETIVOS.....	14
MATERIAL Y METODO.....	14
RESULTADOS.....	19
DISCUSION.....	21
CONCLUSIONES.....	23
GRAFICAS Y TABLA.....	24
ANEXOS.....	28
BIBLIOGRAFIA.....	37

I INTRODUCCION

La esquizofrenia es uno de los principales problemas de salud pública, con una prevalencia a lo largo de la vida de 0.5-1%. Este padecimiento puede ser reconocido y definido con concordancia razonable, pero su etiología y fisiopatología no están aún claros (9).

Durante los últimos años, la literatura documenta la existencia de varios síndromes que pueden coexistir con la esquizofrenia, el más comúnmente mencionado es la depresión la cual ocurre en un 25% aproximadamente (21, 35).

Las escalas para evaluar la depresión están bien desarrolladas para pacientes no psicóticos pero han sido consideradas como inapropiadas para población psicótica (3).

En 1990 se publicó por primera vez la escala de Calgary, diseñada específicamente para evaluar la depresión en esquizofrénicos y tras varios estudios permitió concluir, que todos sus reactivos describen la presencia o la ausencia de un episodio depresivo (3, 4, 24).

En un estudio se comparó la escla de Calgary

con el inventario de depresión de Beck (IDB), resultó que ambos instrumentos son útiles para medir depresión, pero el IDB tiene dificultades para su utilización en pacientes hospitalizados (6).

La presente investigación tuvo como finalidad evaluar la correlación entre la puntuación en la escala de Calgary y la del inventario de depresión de Beck (IDB).

II ANTECEDENTES

La esquizofrenia es uno de los principales problemas de salud pública, con una prevalencia a lo largo de la vida de 0.5-1%. Frecuentemente inicia a edad temprana y deja secuelas en sus víctimas lo que conduce a un deterioro social y económico, así como un gran sufrimiento tanto en los pacientes como en sus familiares (9).

La enfermedad esquizofrenica puede ser identificada y definida con concordancia razonable, pero su etiología, fisiopatología, así como los límites entre este síndrome y otros trastornos no están aún claros (9).

Durante los últimos años un acúmulo de

literatura, documenta la existencia de varios síndromes que frecuentemente coexisten con la esquizofrenia, entre los más referidos tenemos: la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por angustia y el abuso de sustancias, dentro de las últimas las más reportadas son el alcohol y la cannabis (8, 9, 11, 17, 35).

El síndrome que más comúnmente acompaña a la esquizofrenia es probablemente, la depresión. Diferentes estudios han reportado la presencia de depresión secundaria en esquizofrénicos, después de la desaparición de la sintomatología psicótica aguda, y se caracteriza por la presencia de afecto deprimido, anhedonia, disminución de la energía y baja autoestima; también pueden estar presentes síntomas vegetativos, alteraciones en el apetito y el sueño (2, 10, 25, 30, 35, 36).

Los síntomas que contribuyen para el diagnóstico de un episodio depresivo no son necesariamente exclusivos de la depresión y se pueden traslapar con los síntomas del síndrome negativo de la esquizofrenia, la aquinesia o los síntomas prodrómicos de una recaída psicótica (2, 21, 27).

La presencia de síntomas depresivos han sido reconocidos y descritos desde Kraepelin y Bleuler, siendo predominantemente este último autor, quien consideró a la

anhedonia y a los trastornos del afecto como importantes aspectos de la esquizofrenia sin embargo, su significancia para el diagnóstico y pronóstico continúa siendo controvertida (2, 4, 10, 34, 35).

La frecuencia con la cual se presenta una depresión o al menos un síndrome descriptivamente similar a ésta, es de por lo menos del 7% y cuanto más del 70% de los casos, la tasa del 25% tomada de la literatura por McGlashan y Carpenter, parece una aproximación a una tasa estimada como modal (21, 35).

La amplia variabilidad en la prevalencia de la depresión relacionada con la esquizofrenia, puede ser debida en parte, a la dificultad para lograr separar claramente los síntomas depresivos, de los síntomas negativos y la aquinesia así como, a otros defectos metodológicos en la evaluación de la esquizofrenia (25).

Con respecto a la etiología, ha sido reportado que pacientes esquizofrénicos muestran síntomas depresivos en varios momentos de la enfermedad, ya sea en la etapa aguda o en la residual. Aunque no hay un consenso sobre una descripción clínica de la depresión postpsicótica; una definición útil de este fenómeno es la de McGlashan y Carpenter. Estos autores describen el síndrome

depresivo como una fase con evidente depresión o aislamiento social que se presenta al mejorar los síntomas psicóticos; otros autores opinan que son parte del curso natural de la enfermedad, también se ha sugerido que se trata de una respuesta del paciente a su reciente experiencia psicótica y otros, que se debe al uso de neurolepticos por lo que se hace referencia a una depresión farmacológica (19, 27).

Johnson definió a la depresión postpsicótica como la depresión que se presenta dentro de los primeros doce meses en que, el paciente se está recuperando de un episodio agudo de la enfermedad (23).

Mandel y cols. encontraron en un estudio de 211 pacientes que aproximadamente el 25% tuvo depresión que se desarrolló dentro de los primeros 5 meses después de la mejoría psicótica. En este estudio a diferencia de la hipótesis de que la depresión es un indicador pronóstico favorable, las recaídas con síntomas psicóticos en los pacientes esquizofrénicos fueron más probables, sugiriéndose incluso que la sintomatología depresiva puede ser un signo prodrómico de recaída (27).

Algunas descripciones particularmente en la antigua literatura psicofarmacológica aunque también en algunos estudios recientes, ponen de relieve la posibilidad

de que la depresión secundaria de la esquizofrenia, sea un fenómeno inducido por neurolépticos. En este contexto, las fenotiacinas piperazínicas inyectables de acción prolongada, como el enantato y el decanoato de flutenazina, tienen efectos depresiogénicos particularmente severos, en comparación con las preparaciones orales de alta potencia, así como con otros neurolépticos. Más recientemente algunos estudios controlados, no han confirmado los efectos depresiogénicos de las fenotiacinas de acción prolongada, disminuyendo en peso de la evidencia en contra del riesgo del uso de neurolépticos en relación, con todos o la mayoría de los casos de depresión secundaria en la esquizofrenia (20, 35).

Numerosos estudios revelan que la sintomatología similar a la depresión, realmente existe durante los episodios psicóticos, aunque puede no ser obvio, debido a la naturaleza más florida y espectacular de la sintomatología psicótica. Aún más, afirman que durante el curso del tratamiento neuroléptico, no solamente la sintomatología psicótica disminuye, si no también la sintomatología depresiva aunque tal vez, ocurra a una tasa más lenta (35).

Leff, al utilizar el término de depresión postpsicótica refiere tres tipos de curso clínico, como se

observa en la fig. 1. En el tipo A la depresión está presente durante la fase aguda de la psicosis, y remite con la patología psicótica aunque probablemente ocurra más lentamente. En el tipo B los síntomas depresivos se presentan durante la remisión de la fase aguda de la psicosis y finalmente, el tipo C se refiere al surgimiento de síntomas depresivos durante el año posterior a la desaparición del episodio psicótico (23).

En relación a las teorías bioquímicas de la depresión, se ha implicado una disminución en el ácido homovanílico (metabolito de la dopamina), en estudios realizados con líquido cefalorraquídeo de pacientes con un cuadro depresivo marcado (14).

Respecto al diagnóstico diferencial de la depresión postpsicótica, éste es amplio: siendo importante el diferenciarlo del síndrome de síntomas negativos de la esquizofrenia, así como de la aquinesia, acatisia y otros cuadros con características similares a la depresión como los trastornos adaptativos (24, 35).

Los síntomas negativos de la esquizofrenia incluyen: inhibición psicomotriz, falta de actividad, embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, empobrecimiento de la calidad o contenido del

lenguaje, comunicación no verbal (expresión facial, contacto visual, entonación y postura) empobrecida, deterioro del aseo personal y del comportamiento social. Se encontró un claro traslapamiento entre los síndromes de depresión postpsicótica y los síntomas negativos de la esquizofrenia en 23 pacientes de un total de 46, esto es en un 50% (30, 37).

En cuanto al término aquinesia, este ha sido usado tanto en neurología como en psiquiatría para indicar un enlentecimiento y una pobreza en el movimiento. En neurología es utilizado como un término general, para describir una amplia variedad de dificultades en el movimiento, incluyendo una disminución o reducción en el balanceo de los brazos al caminar, pobreza de los gestos faciales con expresión emocional reducida y enlentecimiento y dificultad en realizar movimientos complejos. La psiquiatría ha ampliado el término describiendo un estado conductual inducido por neurolépticos, que se presenta en algunos pacientes esquizofrénicos, marcado por una "disminución de la espontaneidad en el discurso y particularmente, apatía y dificultad para iniciar actividades usuales." Este síndrome está presente en el 30% de los pacientes esquizofrénicos tratados con neurolépticos (14, 36).

El otro síndrome inducido por neurolepticos, que puede presentar problemas diagnósticos para diferenciarlo de la depresión, es la acatisia, la cual está asociada a menudo con una intensa disforia. La inquietud marcada en la acatisia es obviamente molesto, pero hay casos leves donde puede residir la confusión diagnóstica (35).

Otro resultado desfavorable notorio en la esquizofrenia es el suicidio, causante de la muerte de aproximadamente el 10% de esta población, de los cuales a su vez del 75% al 90%, son cometidos por hombres durante los primeros 10 años de la enfermedad (24, 35).

El factor psicopatológico más frecuentemente reportado que distingue a los atentadores suicidas esquizofrénicos de los no atentadores, ha sido la depresión, tanto, durante la etapa de hospitalización como en el período de remisión relativa (5).

Pese a que durante los últimos años se ha dado una mayor atención a la depresión en la esquizofrenia, 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 población psicótica. En 1990 se publicó por primera vez la escala de Calgary, diseñada

específicamente específicamente para evaluar la depresión en la esquizofrenia. La escala que se basó en reactivos seleccionados, de las escalas de depresión de Hamilton (HDRS), y del present state examination (PSE), estuvo conformada por 11 reactivos y posteriormente se eliminaron 2, de lo que resultó la versión actual de 9 apartados (3, 4).

En estudios de validación llevados a cabo por sus creadores, se llegó a la conclusión de que todos los reactivos de la escala discriminan la presencia de un episodio depresivo (3, 4, 24).

La validez de la escala de Calgary, fue establecida a través de tres criterios: habilidad para detectar la presencia de un episodio depresivo mayor, fuerte correlación con otros instrumentos para evaluar depresión como las escalas de Hamilton, Beck y el BPRS, y un análisis factorial que demostró que la escala de Calgary es unidimensional, midiendo los mismos constructos, tanto en pacientes hospitalizados como externos. Se concluyó que la escala de Calgary es confiable, para evaluar la depresión tanto en estado agudo como el residual de la esquizofrenia (4, 40).

En otro estudio comparando la escala de

Calgary con el IDE, llegaron a la conclusión de que ambos instrumentos son útiles para la medición de la depresión, pero el Inventario de Beck muestra dificultades para la utilización en los pacientes hospitalizados. Un porcentaje de 34% aproximadamente fueron incapaces de completar este instrumento sin asistencia y más adelante un 6% no completaron el Inventario de Beck, esto podría explicarse por el hecho de que el instrumento, requiere de que el sujeto retenga en la memoria 4 oraciones, comparando una con las otras, para establecer la que mejor se acomode a su experiencia de la última semana (6).

Addington y cols., realizaron estudios de especificidad para la escala de Calgary, aplicándolo a 100 pacientes externos que cumplieran los criterios del DSM-III-R, para esquizofrenia, se les aplicó también el PANSS, la escala de Simpson Angus y la de Dimascio, llegándose a la conclusión de que la escala de Calgary separa la depresión de los síntomas negativos y los síntomas extrapiramidales cuando se combina con las otras escalas (7).

La correlación entre los resultados del IDB y de la escala de Calgary, muestran una asociación cercana entre las calificaciones de estas dos escalas, tanto para pacientes hospitalizados como para externos (6).

Recientemente se ha propuesto que ciertos pacientes esquizofrénicos o esquizoafectivos, que manifiestan sintomatología similar a la de la depresión, posterior a la resolución de un episodio psicótico, pueden beneficiarse de agregar un medicamento antidepresivo tricíclico como la imipramina, a su régimen neuroléptico. En este contexto, 200 mg. o más del antidepresivo ha sido sugerido (21, 38).

Frecuentemente se advierte en la literatura, acerca del uso de medicación antidepresiva en la esquizofrenia, sobre el concepto de que la psicosis puede exacerbarse. Es digno de mencionarse que ningún paciente sometido a tratamiento continuo y de sostén con antidepresivos tricíclicos como la imipramina, en conjunción con decanoato de flufenazina y benzotropina, sufrieron de una exacerbación de la psicosis.

Esto es tranquilizante respecto a la noción común de que los antidepresivos tricíclicos, pueden ser psicoticogénicos en pacientes esquizofrénicos (38, 39).

Más recientemente, Prusoff y cols. reportaron que la combinación de neuroléptico y de un antidepresivo (perfenazina amitriptilina), es de algún valor en el tratamiento de los síntomas depresivos secundarios de la

esquizofrenia. A pesar de la mejoría observada en los síntomas depresivos, también encontraron un incremento en los trastornos del pensamiento en los pacientes que recibieron la combinación (27).

Con respecto a los síntomas negativos de la esquizofrenia, estos parecen responder adecuadamente al tratamiento con antidepresivos, y aunque no se conoce con certeza el mecanismo por el cual mejora esta sintomatología, se ha relacionado con un bloqueo o antagonismo 5 HT-2, por lo que los medicamentos que actúan sobre este neurotransmisor, se espera tengan un mejor resultado (miaserina, amitriptilina) (21).

III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha descrito la presencia de síntomas depresivos en la esquizofrenia sin que se cuente con una escala específica para la medición, ya que las múltiples escalas e inventarios disponibles son inapropiadas para población psicótica. En el actual trabajo se propone a la escala de depresión de Calgary como una posibilidad para medir depresión durante la psicosis.

IV OBJETIVOS

Establecer la validez concurrente de la escala de depresión de Calgary comparada con el IDB.

V MATERIAL Y METODO

A) Tipo de Estudio:

Se trata de un estudio de método prospectivo y transversal.

B) Sujetos:

Se incluyeron a 56 pacientes seleccionados al azar de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", donde se les había diagnosticado clínicamente con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo por cuando menos dos psiquiatras, de acuerdo al DSM-III-R (1).

En la muestra calificaron todos los sujetos con

criterios de inclusión en el período comprendido entre marzo y septiembre de 1993.

C) Criterios de inclusión para casos:

- 1.- Diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo según los criterios del DSM-III-R, realizado por al menos, dos psiquiatras.
- 2.- Sin datos en la historia clínica y el examen físico sobre una relación con disfunción cerebral.
- 3.- Consentimiento informado.

C1) Criterios de exclusión para casos:

- 1.- Electroencefalograma anormal.
- 2.- Efectos colaterales severos a los neurolepticos u otros estados que impidieran la aplicación de los instrumentos.

D) Instrumentos:

Un médico psiquiatra entrenado, entrevistó a cada sujeto para recabar información demográfica, historia de la enfermedad y para aplicar la escala de

depresión de Calgary. Después de la entrevista se les pidió a los sujetos que respondieran el IDB (6).

La escala de depresión de Calgary (CDS) es una entrevista estructurada de 9 apartados, que consiste de 8 cuestionamientos estructurados seguidos de un apartado de observación, el cual depende de la entrevista total. Cada apartado tiene una puntuación que va de 0 hasta 3, siendo la calificación de 0 indicador de la ausencia de la característica y 3 la máxima severidad (4).

La escala (CDS) evalúa ánimo deprimido, desesperanza, autodevaluación, ideas de referencia culposas, culpa patológica, depresión matutina, despertar temprano, ideación suicida, y finalmente depresión observada a lo largo de la entrevista, según el criterio del aplicador del instrumento. El tiempo tomado como punto de referencia, en los cuales deben estar presentes los síntomas ya mencionados son de dos semanas. La calificación potencial máxima del instrumento es de 27 (6).

El IDB es un instrumento de autoreporte, diseñado para evaluar niveles de ánimo deprimido, que pueden presentarse a través de diferentes grupos

Consiste de 21 apartados cada uno de los cuales consta de 4 oraciones orientadas hacia un rango de experiencias de un sentimiento particular. Los pacientes seleccionan cual de las oraciones describe mejor su estado, durante el tiempo considerado como referencial de una semana. La puntuación es de 0 hasta 3, siendo esta última la de máxima severidad (6).

Los apartados presentes en el IDB son: indecisión, humor, fatigabilidad, insatisfacción, pesimismo, inhibición laboral, irritabilidad, apatía social, distorsión de la imagen corporal, preocupación somática, disminución de la libido, llanto, autoacusación, sentimientos de agresividad, autoculpabilidad, sentimiento de frustración, sensación de autocastigo, pérdida de peso, disminución del apetito, trastorno del sueño e ideación suicida (42).

E) Procedimiento:

- 1.- Se obtuvo autorización del jefe de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", para la realización del presente estudio.

- 2.- Dos médicos psiquiatras, seleccionaron al azar pacientes que acudieron a la consulta externa, ya sea de primera vez o de consulta subsecuente y que reunieran los criterios de inclusión ya mencionados anteriormente.
- 3.- Los pacientes que reunieron los criterios de inclusión, fueron informados de los objetivos del estudio e invitados a participar.
- 4.- Una vez obtenido el consentimiento del paciente, se realizó una revisión minuciosa del expediente y se obtuvo información adicional del paciente en el momento para recabar datos sociodemográficos como: sexo, edad, estado civil, ocupación, escolaridad, diagnóstico, medicamentos que recibe, etc.
- 5.- Se les explicó primero la escala de depresión de Calgary, luego se les pidió que respondieran el Inventario de Beck, posteriormente fueron valorados por otro médico psiquiatra, quien nuevamente aplicó la escala de Calgary, así como la escala de Dimascio, para síntomas extrapiramidales.
- 6.- La aplicación de los instrumentos, fueron el

el mismo día y los resultados de un entrevistador eran ciegos al otro entrevistador.

7.- Durante el tiempo programado para la selección de pacientes (marzo a septiembre de 1993) se capturaron un total de 56 pacientes.

E) Se procedió inicialmente a describir las variables dependientes e independientes con medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estandar).

Como prueba de correlación se utilizó la regresión entre la variable dependiente (Calgary) contra la variable independiente (IDB).

Los datos fueron analizados en computadora PC IBM, con el programa Systar.

VI RESULTADOS

Del total de 56 casos estudiados, 40 (71.43%) fueron del sexo masculino y 16 (28.57%) del sexo femenino, (gráfica 2). La edad mínima fue de 20, la máxima 56; con un

\bar{X} = 37.1 años y una SD = 9.1. En cuanto al diagnóstico 51 (91.07%) fueron esquizofrénicos y 5 (8.93%) trastornos esquizoafectivos, los subtipos de la esquizofrenia fueron: 23 (41.07%) paranoides, 19 (33.93%) indiferenciados, 8 (14.29%) residuales, 1 (1.79%) desorganizado (tabla 1).

55 pacientes estuvieron recibiendo NLP expresado en equivalentes de mg haloperidol, fueron mínimo 0.5, máximo 35, con un \bar{X} = 7.9 mg al día y una SD = 7.2.

45 (80.36%) recibieron anticolinérgicos, de los cuales a su vez 39 (69.64%) fueron tratados con biperiden y 6 (10.73%) con trihexifenidilo, el mínimo fue de 2, máximo 10, con un \bar{X} = 3.4 mg por día, y una SD = 2.5; 20 (35.71%) recibieron benzodiacepinas, clonazepam 14 (25%), alprazolam 4 (7.15%), diazepam 1 (1.79%), y uno de otro (1.79%); con un mínimo de 0.5 mg, máximo 15 y un \bar{X} = 3.5 mg por día una SD = 3.4, 4 pacientes (7.15%) recibían antidepresivos tricíclicos; 12 recibieron carmabamazepina con un mínimo de 200, máximo de 600 mg, \bar{X} = 391.6 mg al día, SD = 144.3.

En cuanto a las drogas 19 (33.93%) usaban tabaco con un mínimo de 1, y un máximo de 30 cigarros al día, \bar{X} = 12, y SD = 9.2; otras drogas fueron cannabis 6 (10.71%), y alcohol 5 (8.93%), (gráfica 3).

Con respecto a las escalas aplicadas: la puntuación mínima fue de 0, y la máxima de 16, $\bar{X} = 3$, $SD = 3.716$; en el IDB el mínimo de 0 y el máximo 41, $\bar{X} = 15.1$, $SD = 11.1$. Un total de 24 pacientes obtuvo calificaciones del IDB mayores de 14, lo que indica la presencia de depresión.

En los resultados del análisis de regresión, el coeficiente de regresión del IDB con la variable dependiente de Calgary, $R = .648$, es decir el IDB explica el 42% de la varianza del Calgary ($p 0.0001$). La prueba T para medidas repetidas es altamente significativa ($p 0.0001$).

VII DISCUSION

Todos los pacientes lograron ejecutar con éxito el IDB, lo cual se explica por tratarse de sujetos de consulta externa y quienes se encuentran en un estado psicótico residual, así como, con una mejoría de la memoria, esto coincide con un reporte de Addington y cols. (6).

Con respecto a las escalas, en la CDS el promedio de la puntuación fue de 3, mientras que en el IDB el promedio fue de 15.1, que son calificaciones que muestran

una asociación cercana y que permiten definir la presencia de un cuadro depresivo. En base a lo anteriormente mencionado podemos afirmar que en nuestro estudio hubo 24 pacientes deprimidos, quienes lograron una calificación mayor de 14 en el IDB.

En cuanto a los resultados del análisis de regresión, este indica que el IDB sólo explica el 42% de la varianza del CDS, por lo que el 58% restante pudiera atribuirse a que el CDS mide otros aspectos como: psicosis, efectos por neulolépticos y anticolinérgicos, en los pacientes esquizofrénicos.

Es importante señalar otro estudio simultaneo con los mismos pacientes, el mismo día y misma institución por otro médico, quien aplicó escala de Calgary y escala de Dimascio, con resultados al comparar ambas CDS altamente significativa en la puntuación por lo que se concluye que la CDS es reproducible.

Otro estudio reciente en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, con pacientes esquizofrénicos hospitalizados y externos fue realizado aplicando escalas de Calgary, PANSS, Dimascio y de Beck, obteniendo resultados similares al nuestro, en la correlación de Calgary con Beck para síntomas depresivos o sea que ambos instrumentos miden

lo mismo. También lograron concluir que el CDS, logra separar los síntomas depresivos de los síntomas negativos y los síntomas extrapiramidales, reporte que coincide con reportes recientes de Addington (7).

VIII CONCLUSIONES

- 1.- El inventario de depresión de Beck (IDB), explica el 42% de la varianza de la escala de depresión de Calgary (CDS), lo cual se considera como altamente significativo.
- 2.- Se logró concluir que la CDS y el IDB miden lo mismo, o sea que ambos instrumentos miden depresión.
- 3.- El 58% restante de la varianza de la CDS, no explicable por el IDB subrayan la necesidad de estudios futuros que involucren la correlación entre la CDS con el IDE, Dimasciol, PANSS para lograr una mejor evaluación de la CDS.

FIGURA 1
CURSO CLINICO EN LA DEPRESION POSTPSICOTICA

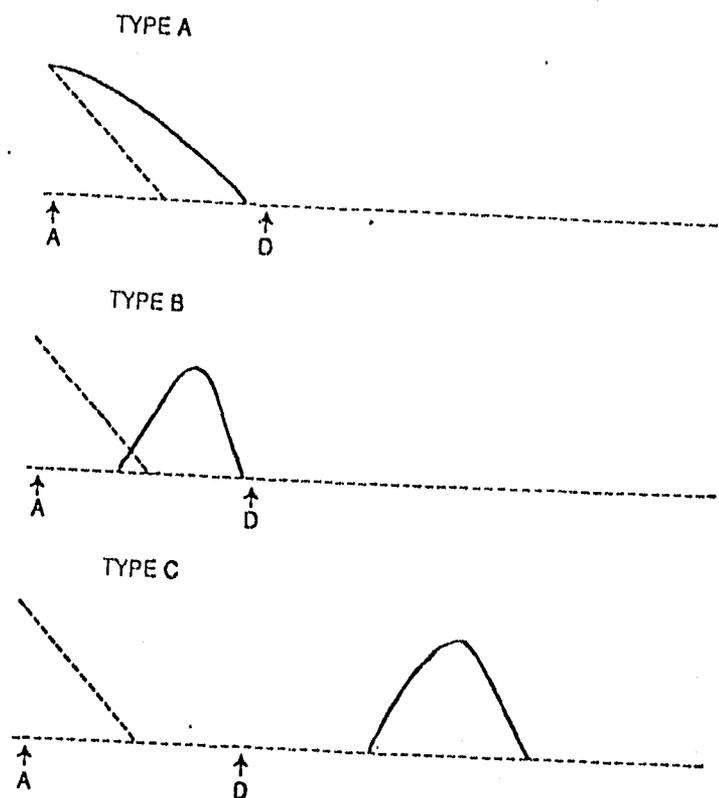
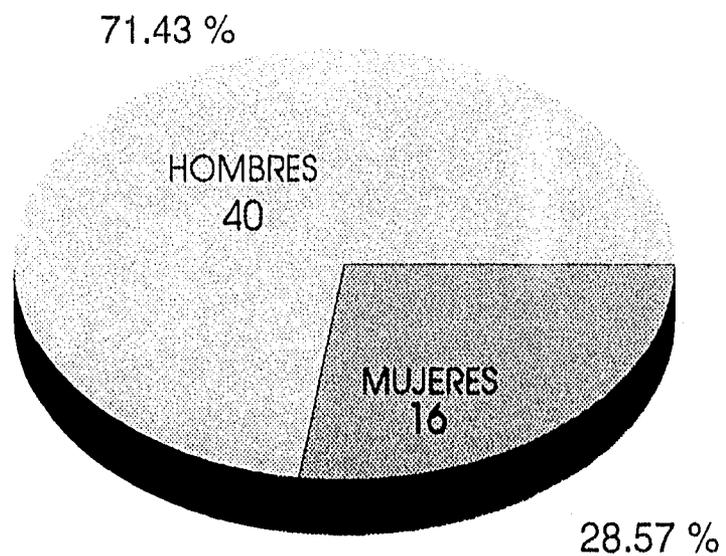


FIG.1 ; Tres tipos de curso clinico en la depresión postpsicó --
tica . Línea punteada= síntomas psicóticos ; línea conti
nua= síntomas depresivos; A=fase aguda de psicosis; D=re
misión psicótica .

GRAFICA 2

PROPORCION HOMBRES VS. MUJERES

PACIENTES



GRAFICA 3

DROGAS DE ABUSO

PACIENTES

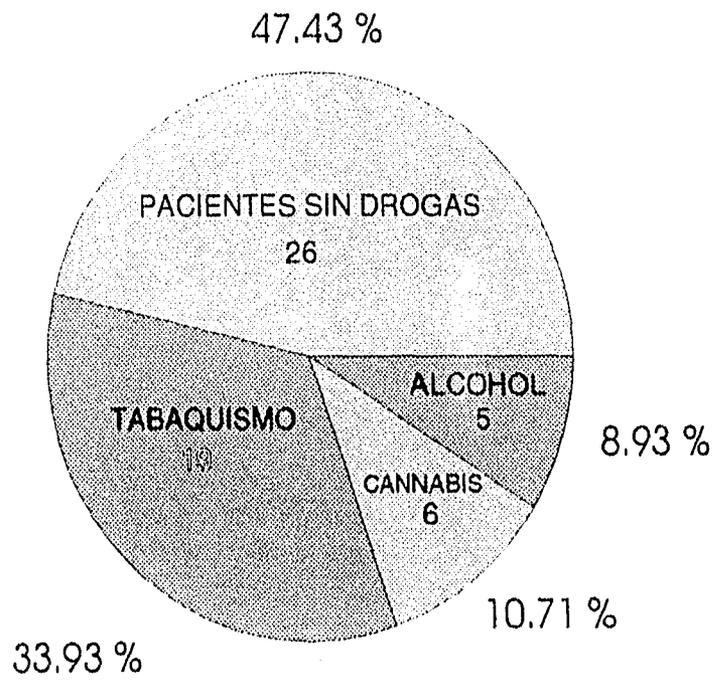


TABLA 1

DIAGNOSTICO DE LOS PACIENTES

DIAGNOSTICO	Número	%
TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	5	8.93
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	23	41.07
ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	19	33.93
ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	08	14.29
ESQUIZOFRENIA DESORGANIZADA	01	1.79
TOTAL	56	100.00

GUIA DE ENTREVISTA PARA LA ESCALA CALGARY DE
DEPRESION PARA ESQUIZOFRENICOS

Entrevistador: Haga la primera pregunta lcomo 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 item, No. 9, debe basarse en las observaciones de toda la entrevista.

1. DEPRESION

- ¿Cómo describiría su estado de ánimo en las 2 últimas semanas?
- Durante este tiempo ¿se ha sentido o ha estado deprimido o desanimado?
- En sus propias palabras diga cómo se ha sentido en las 2 últimas semanas ¿qué tan seguido se ha sentido... (sus palabras), ¿todos los días? ó ¿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: Animo marcadamente deprimido diariamente lpor más de la mitad del tiempo en las últimas 2 semanas, interfiriendo 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: En 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 delirantes 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 lde ser acusado.
- 3 Severo: Sensación persistente de ser acusado. Cuando se le confronta admite que esto no es real.

5. CULPA PATOLOGICA

- ¿Tiende usted a culparse a sí mismo de pequeñas cosas que pudo haber hecho en el pasado?
- ¿Piensa que usted debe preocuparse tanto por eso?

- 0 Ausente.
- 1 Leve: El sujeto algunas veces 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 cuando no haya tenido la culpa.

6. DEPRESION MATUTINA

- Si se ha sentido deprimido en las 2 últimas semanas, ¿ha notado si la depresión empeora a una 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 en la mañana.
- 3 Severo: Hay 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 temprano.
- 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 in intento.
- 3 Severo: Intento suicida ideado aparentemente con la idea de morir (ej.: descubrimiento accidental, recursos ineficaces).

9. DEPRESION OBSERVADA

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

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.

GUIA DE ENTREVISTA PARA LA ESCALA CALGARY
DE DEPRESION PARA ESQUIZOFRENICOS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

ENTREVISTADOR: _____ FECHA: _____

	<u>AUSENTE</u>	<u>LEVE</u>	<u>MODERADO</u>	<u>SEVERO</u>
1. DEPRESION	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 PATOLOGICA	0	1	2	3
6. DEPRESION MATUTINA	0	1	2	3
7. DESPERTAR TEMPRANO	0	1	2	3
8. SUICIDIO	0	1	2	3
9. DEPRESION OBSERVADA	0	1	2	3

TOTAL: _____

Calgary Depression Scale, D. Addington & J. Addington

INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración de cada grupo, que mejor describa como se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aservaciones en cada grupo antes de contestar.

- 1) _____ No me siento triste.
_____ Me siento triste.
_____ Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
_____ Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
- 2) _____ No me siento desanimado acerca del futuro.
_____ Me siento desanimado acerca del futuro.
_____ Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.
_____ Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
- 3) _____ No me siento como un fracasado.
_____ Siento que ha fracasado más que otras personas.
_____ Conforme veo hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
_____ Siento que como persona soy un completo fracaso.
- 4) _____ Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
_____ No disfruto las cosas como antes.
_____ Ya no obtengo satisfacción de nada.
_____ Estoy insatisfecho y molesto con todo.

- 5) _____ No me siento culpable.
_____ En algunos momentos me siento culpable.
_____ La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.
_____ Me siento culpable todo el tiempo.
- 6) _____ No siento que seré castigado.
_____ Siento que puedo ser castigado.
_____ Creo que seré castigado.
_____ Siento que estoy siendo castigado.
- 7) _____ No me siento descontento conmigo mismo.
_____ Me siento descontento conmigo mismo.
_____ Me siento a disgusto conmigo mismo.
_____ Me odio a mi mismo.
- 8) _____ No siento que sea peor que otros.
_____ Me critico a mi mismo por mi debilidad y mis errores.
_____ Me culpo todo el tiempo por mis errores.
_____ Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) _____ No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
_____ Tengo ideas de suicidarme pero no lo haria.
_____ Quisiera suicidarme.
_____ Me suicidaria si tuviera la oportunidad.
- 10) _____ No lloro más que de costumbre.
_____ Lloro más que antes.
_____ Lloro todo el tiempo.
_____ Podía llorar pero ahora no puedo aunque quisiera.
- 11) _____ Ahora no estoy más irritable que antes.
_____ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
_____ Me siento irritado todo el tiempo.
_____ No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.

- 12) _____ No he perdido el interés en la gente.
_____ No me interesa la gente como antes.
_____ He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
_____ He perdido todo el interés en la gente.
- 13) _____ Tengo decisiones tan bien como siempre.
_____ Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
_____ Se me dificulta tomar decisiones.
_____ No puedo tomar decisiones en nada.
- 14) _____ No me siento que me vea más feo que antes.
_____ Me preocupa que me vea viejo y feo.
_____ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.
_____ Creo que me veo horrible.
- 15) _____ Puedo trabajar tan bien como antes.
_____ Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
_____ Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
_____ No puedo trabajar para nada.
- 16) _____ Duermo tan bien como antes.
_____ No duermo tan bien como antes.
_____ Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.
_____ Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
- 17) _____ No me canso más de lo habitual.
_____ Me canso más fácilmente que antes.
_____ Me canso de hacer casi cualquier cosa.
_____ Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18) _____ Mi apetito es igual que siempre.
_____ Mi apetito no es tan bueno como antes.

- _____ Casi no tengo apetito.
_____ No tengo apetito en lo absoluto.
- 19) _____ No he perdido peso o casi nada.
_____ He perdido más de 2.5 kilos.
_____ He perdido más de 5 kilos.
_____ He perdido más de 7.5 kilos.
- 20) _____ Mi salud no me preocupa más que antes.
_____ Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento.
_____ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.
_____ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.
- 21) _____ Mi interés por el sexo es igual que antes.
_____ Estoy menos interesado en el sexo que antes.
_____ Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.
_____ He perdido absolutamente el interés en el sexo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- American Psychiatric Association: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, tercera edición revisada (DSM-III-R). Edit. MASSON, S.A., Barcelona, España, 1988.
- 2.- Addington D, and Addington J.: Depression dexamethasone nonsuppression and negative symptoms in schizophrenia. Canadian Journal of Psychiatry, 1990; 35: 430-433.
- 3.- Addington D, Addington J. and Schissel B,: A depression rating scale for schizophrenics. Schizophrenia Research, 1990; 3:247-251.
- 4.- Addington D, Addington J, Maticka-tyndale E, and Joice J,: Reliability and validity of a depression rating scale for Schizophrenics. Schizophrenia Research, 1992; 6:201-208.
- 5.- Addington D, and Addington J,: Attempted suicide and depression in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1992: 85:288-291.
- 6.- Addington D, Addington J, and Maticka-Tyndale E,: Rating depression in schizophrenia: A comparison of a self

report and an observer report scale. (Artículo no publicado).

- 7.- Addington D, Addington J, and Maticka-Tyndale E,: Specificity of the Calgary depression scale for schizophrenics. (Artículo no publicado).
- 8.- Allebeck P, Adamsson C, and Engstrom A,: Cannabis and Schizophrenia: a longitudinal study of cases treated in Stockholm country. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1993; 88:21-24.
- 9.- Andreasen N, and Carpenter W,: Diagnosis and classification of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 1993; 19:199-214.
- 10.- Barnes F, Curson D, Liddle P, and Patel M,: The nature and prevalence of depression in chronic schizophrenic in-patients. British Journal of Psychiatry, 1989; 154:486-491.
- 11.- Bartels S, Drake R, and McHugo G,: Alcohol abuse, depression and suicidal behavior in schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 1992; 149:394-395.
- 12.- Berenbaum H,: Posed facial expression of emotions in schizophrenia and depression. Psychological Medicine, 1992; 22:929-937.

- 13.- Berembaum H, and Oltmanns T,: Emotional experience and expression in schizophrenia and depression. Journal of Abnormal Psychology, 1992; 101:37-44.
- 14.- Bermanzohn P, and Siris S,: Aquinesia: a syndrome common to parkinsonism retarded depression, and negative symptoms of schizophrenia. Comprehensive Psychiatry, 1992; 33:221-232.
- 15.- Coderch J,: Psiquiatría dinámica. Cuarta Edición. Editorial Herder, Barcelona, España, 1987.
- 16.- Cohen L. Test M. and Brown R,: Suicide and schizophrenia: data from a prospective community treatment study. American Journal of Psychiatry,, 1990; 147:602-607.
- 17.- Cutler J, and Siris S,: "Panic-like" symptomatology in schizophrenic and schizoaffective patients with postpsychotic depression: observations and implications. Comprehensive Psychiatry, 1991; 32:464-473.
- 18.- Emmons C. Fetting J, and Zonderman A,: A comparison of the symptoms of medical and psychiatric patients matched on the Beck depression Inventory. General Hospital Psychiatry, 1987; 9:398-404.

- 19.- Goldman R, Tandon R, Liberzon I, and Greden J, :
Measurement of depression and negative symptoms in
schizophrenia. *Psychopathology*, 1992; 25:49-56.
- 20.- Harrow M. Fitchner C, and Emerich D, : Neuroleptic
depression in schizophrenia. *Biology Psychiatry*, 1991;
30:845-848.
- 21.- Kane J. and Marder S, : Psychopharmacologic treatment of
schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1993; 19:287-
302.
- 22.- Kaplan H. Sadock B, : *Comprehensive Textbook of
Psychiatry, Fifth Edition, vol.. 1, Editorial William
and Wilkins. Baltimore, USA, 1989.*
- 23.- Left J, : depressive symptoms in the course of
schizophrenia. *Progress en Psychiatry*, 1990; Chapter 1:
pp, 3-23.
- 24.- Lindenmayer J, Grochowski S, and Kay S, : Schizophrenic
patients with depression; psychopathological profiles
and relationship with negative symptoms. *Comprehensive
Psychiatry*, 1991; 32:528-533.
- 25.- Lindenmayer J, Kay S, and Plutchik R, : Multivantaged
assessment of depression in schizophrenia. *Psychiatry
Research*, 1992; 42:199-207.

- 26.- Maj M, Starace F, and Pirozzi R,: A family study of DSM-III-R schizoaffective disorder, depressive tipe, compared with schizophrenia and psychotic and non psychotic major depression. American Journal of Psychiatry, 1991; 148:612-616.
- 27.- Mandel M, and Severe J,: Development and prediction of postpsychotic depression in neuroleptic-treated schizophrenics. Archive General of Psychiatry, 1982; 39:197-202.
- 28.- McGlashan T. Summerfelt A, and Green M,: Postpsychotic depression. American Journal of Psychiatry, 1991; 148:545-547.
- 29.- Newcomer J. Faustman W, Yeh W, and Csernansky J,: Distinguishing depression and negative sytoms in unmedicated patients with schizophrenia. Psychiatry Research, 1990; 31:243-250.
- 30.- Organización Mundial de la Salud. Trastornos Mentales y del Comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Décima revisión (CIE 10). Editor MEDITOR, Madrid, España, 1992.
- 31.- Ragin A, Pogue-Geile M, and Oltmanns T,: Poverty of speech in schizophrenia and depression during in-

- patient and post-hospital periods. *British Journal of Psychiatry*, 1989; 154:52-57.
- 32.- Rybakowsky J, and Lehmann W,: Abnormalities of lithium transport across the erythrocytemembrane in depression and schizophrenia. *Biology Psychiatry*, 1991; 29:340-346.
- 33.- Salim-Pascual R, y Ortega Soto H,: *Manual de Psicoquímica; bases neuroquímicas y psicofarmacológicas de la psiquiatría y la psicología*, primera Edición. Editor Cedis, México, D. F., 1989.
- 34.- Severe J. Mandel M, and Schooler N,: Development and Prediction of postpsychotic depression in neuroleptic-treated schizophrenics patients. *Psychopharmacology Bulletin*, 1982; 18:95-99.
- 35.- Siris S,: Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: implications for DSM-III-R. *Schizophrenia Bulletin*, 1991; 17:75-98.
- 36.- Siris S,: Akinesia and postpsychotic depression: A difficult diferencial diagnosis. *Journal Clinical Psychiatry*, 1987; 48:240-243.
- 37.- Siris S, and Adan F,: Postpsychotic depression and negative symptoms: An investigation of syndromal

overlap. American Journal of Psychiatry, 1988; 145:1532-1537.

- 38.- Siris S, Cutler J, Owen K, and Lang M,: Maintenance imipramine treatment following postpsychotic depression. Psychopharmacology Bulletin, 1989; 25:85-88
- 39.- Siris S, Cutler J, and Owen K,: Adjunctive imipramine maintenance treatment in schizophrenic patients with remitted postpsychotic depression. American Journal of psychiatry, 1989; 146:1495-1497.
- 40.- Siris S, Rifkin A. and Reardon G,: Stability of the postpsychotic depression syndrome. Journal Clinical Psychiatry, 1986; 47:86-88.
- 41.- Siris S, and Strahan A,: Continuation and maintenance treatment trials of adjunctive imipramine therapy in patients with postpsychotic depression. Journal Clinical Psychiatry, 1988; 49:439-440.
- 42.- Startup M, Rees A, and Barkham M,: Components of major depression examined via the Beck depression inventory. Journal of affective Disorders, 1992; 26:251-260.