

31
24.

11241

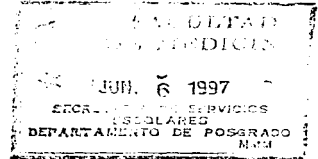
**FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESION EN
ESQUIZOFRENIA**

**Y SU DIAGNOSTICO POR MEDIO DE LA ESCALA DE
CALGARY**

**TESIS QUE PRESENTA : ULLOA FLORES ROSA ELENA
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**

ye

TUTOR TEORICO : Dr. HECTOR ORTEGA SOTO

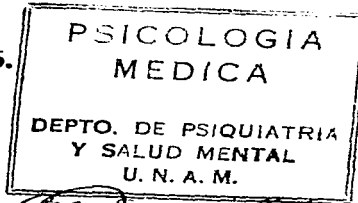


TUTOR METODOLOGICO : Dr. ROGELIO APIQUIAN GUITART

Rogelio

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

México, D.F. Noviembre de 1996.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN 1997**

[Signature]



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 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.

INTRODUCCION

HISTORIA

La dicotomía establecida por Kraepelin entre esquizofrenia y enfermedad maniaco-depresiva polarizó el concepto que tenían los psiquiatras de estas enfermedades. Aunque la exclusión mutua de estas categorías estuvo implícita en casi todos los sistemas diagnósticos y clasificaciones de enfermedades mentales, hasta la aparición del trastorno esquizoafectivo en el DSMIII.

En 1920, Mayer-Gross fue el primero en describir la depresión intrínseca en la esquizofrenia, Bleuler lo confirmó 30 años después.

ESTADISTICA INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Martin en 1985 estimó que el 60% de los esquizofrénicos presentan un episodio depresivo durante el curso de su enfermedad, lo que resulta elevado al compararlo con el 8% al 26% que presenta la población general. Owens y Johnstone en 1989 reportaron prevalencia del 25% al 40% en pacientes con psicosis agudas. Actualmente se reporta una incidencia de depresión en esquizofrenia del 20% al 70% en diversos estudios.

PRESENTACION CLINICA

PRESENTACION CLINICA

La depresión puede presentarse en cualquier etapa de la esquizofrenia y los síntomas depresivos son heterogéneos respecto a la etiología, fenomenología, curso y respuesta al tratamiento.

Se han calificado como síntomas depresivos las alteraciones en el sueño y la alimentación, disminución en la energía, en la libido y dificultades en la concentración. Cuando la rehospitalización es interpretada por el paciente como una falla propia o la confirmación de sus temores de deterioro irreversible, puede presentarse impotencia, desesperanza, preocupación e ideación suicida, Straine en 1982 encontró que aproximadamente la mitad de los esquizofrénicos que presentan síntomas depresivos al mismo tiempo que síntomas psicóticos mostraban remisión espontánea de los síntomas depresivos en un período de tres semanas, otros autores como Carpenter y Abrams mencionan que durante la descompensación psicótica, el diagnóstico de los síntomas afectivos es difícil de realizar con acuciosidad.

Becker, en 1986 comparó los síntomas que presentaban los esquizofrénicos deprimidos con los de enfermos deprimidos no esquizofrénicos, encontrando que los síntomas que caracterizaban a los esquizofrénicos deprimidos incluían ansiedad, culpa, pérdida de energía, pérdida del interés y disminución de la libido .

Por otro lado, en un estudio comparativo entre pacientes esquizofrénicos y no esquizofrénicos que establecía el diagnóstico de depresión de acuerdo a la escala de Hamilton, Barnes encontró mayor número de ideas suicidas en pacientes esquizofrénicos deprimidos y no encontró diferencias significativas en variables demográficas.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON SINTOMAS PSICÓTICOS AGUDOS

Bowers y Astrachan en 1967 encontraron que los síntomas depresivos siguen la misma intensidad y evolución que los síntomas psicóticos, y que los antidepresivos no eran un tratamiento eficaz para estos pacientes.

Shanfield en 1970 encontró que los grados de depresión fueron mayores durante la fase psicótica aguda (50% de los pacientes en su admisión al hospital) y disminuían en la fase de recuperación.

Estudios subsecuentes verificaron la presencia de síntomas psicóticos durante la fase aguda de la esquizofrenia (23).

DEPRESIÓN POSTPSICÓTICA

En 1970 Shanfield dirigió un estudio donde incluyó pacientes esquizofrénicos deprimidos, pacientes con depresión psicótica y pacientes con depresión no psicótica; para valorarlos usó escalas autoaplicables, información de enfermería y escalas que aplicaban los clínicos. No encontró diferencias en el tiempo para la remisión de los síntomas depresivos entre los diferentes grupos; también mencionó que los síntomas depresivos aparecen desde el inicio del episodio psicótico, pero permanecen ocultos hasta que los síntomas psicóticos desaparecen o disminuyen.

En 1976 McGlashan y Carpenter investigaron la relación entre síntomas depresivos y neurolépticos en 30 pacientes, encontrando que antes de ser dados de alta del hospital los pacientes que recibían fenotiazinas eran calificados como deprimidos más frecuentemente que los que no recibían estos fármacos.

Estudios como el de Hogarty en 1984 y Möller en 1985 descartaron el uso de neuroléptico como factor de riesgo de depresión postpsicótica.

Johnson en 1988 definió la depresión postpsicótica como aquella que ocurría dentro de los primeros 12 meses de la recuperación del paciente de un episodio psicótico, y mencionó que la depresión que ocurría después de un año libre de síntomas psicóticos podría representar el inicio de una recaída. Los criterios para diagnosticar la presencia de depresión eran duración mayor a 7 días, calificaciones diagnósticas en Ham-d y Beck y cumplir con los criterios del DSMIII para depresión,

En cuanto al momento de la enfermedad en el que aparecen, House y colaboradores examinaron a 68 pacientes en su primer episodio psicótico, durante la hospitalización y un año después y encontraron que los pacientes presentan un gran número de síntomas depresivos en su primer

brote psicótico, y que la prevalencia de depresión disminuye con el tiempo, mientras que se observa la tendencia opuesta con la aquinesia, asociada a síndrome extrapiramidal.

Johnson en 1985 estudió a un grupo de primer episodio aplicando el Ham-D y Beck. Encontró que 37% de los pacientes tenían historia de depresión reciente y que 19% mostraba depresión al momento de ser examinado. Encontró depresión en 30% de los pacientes a los que examinó en su primera recaída.

Left en 1988 estudió a 31 pacientes que nunca habían recibido neurolépticos o los habían tomado por poco tiempo previo a la admisión intrahospitalaria y a quienes se trató con haloperidol oral y luego con decanoato. Utilizó una versión modificada del PSE (Present State Examination) que aplicaba semanalmente. Al ingreso 14 (45%) de los pacientes presentaban ánimo deprimido, 11 de estos pacientes mostraron similitud en el curso clínico de los síntomas psicóticos y afectivos; demostrando que si los medicamentos no actuaban sobre los síntomas psicóticos, tampoco se observaban cambios en el ánimo depresivo. De los otros 3 pacientes que mostraron discrepancias en la evolución de estos síntomas dos desarrollaron ánimo depresivo por primera vez semanas después de su admisión y un paciente mostró mejoría de los síntomas psicóticos a las 10 semanas, permaneciendo con depresión mayor tiempo.

En resumen, se establece que la depresión puede aparecer a la par de los síntomas psicóticos cediendo con éstos, puede aparecer cuando los síntomas psicóticos disminuyen y permanecer aún cuando el paciente se recupera del brote psicótico o puede aparecer meses después de la recuperación del paciente.

CLASIFICACION:

La subclasificación de la depresión en la esquizofrenia es controversial. Por ejemplo Siris propone la siguiente clasificación de la depresión en la esquizofrenia de acuerdo a su tiempo de aparición y dicta los siguientes parámetros:

1) Como parte de los síntomas prodrómicos. Cuando el paciente presenta ánimo bajo, ideas de culpa, baja autoestima, insomnio, indecisión, alteraciones en la energía y la concentración, ansiedad, hipervigilancia, aislacionismo

2) Concomitante con los síntomas psicóticos. Frecuentemente los síntomas depresivos emergen con mayor claridad cuando el cuadro psicótico comienza a remitir.

3) Posterior a la desaparición de los síntomas psicóticos. **(22)**

Al clasificar de acuerdo a los diagnósticos diferenciales podemos encontrar los siguientes subtipos :

1) Síntomas depresivos secundarios a factores orgánicos (medicamentos, abuso de sustancias u otros problemas médicos). Entre ellos podemos citar la llamada "depresión aquinética", término introducido por Van Putten en 1978 al hablar del síndrome extrapiramidal.

2) Síntomas depresivos no orgánicos que ocurren con los síntomas psicóticos.

3) Síntomas depresivos no orgánicos que ocurren fuera de los síntomas psicóticos (pródromos, síntomas negativos, disforia aguda).

Otra clasificación que se ha hecho a este síndrome considera :

1) Depresión asociada a conducta asocial crónica.

2) Depresión Postpsicótica reactiva

3) Defecto residual conocido como "afanisia"

4) Depresión como síntoma prodrómico de la psicosis **(13)**.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Siris menciona como diagnósticos diferenciales las reacciones de ajuste, que tendrían su expresión más severa en el "síndrome de desmoralización"; los síntomas prodrómicos de una recaída, el trastorno esquizoafectivo, los síntomas negativos, la akinesia y la acatisia inducida por neurolepticos **(22)** Es importante distinguirlos de los síntomas negativos y de parkinsonismo como la abulia, el entecimiento psicomotor, deterioro cognoscitivo y

aquinesia. Las similitudes más importantes entre la depresión y los síntomas negativos son la falta de energía y la anhedonia, estos estados a su vez se distinguen porque en la depresión el afecto es triste y en los síntomas negativos se encuentra embotado o aplanado. También se ha vinculado a la reducción de la actividad dopaminérgica con estos síntomas, por lo que se recomienda disminución del neuroléptico o la utilización de clozapina o risperidona para su manejo (22)

En cuanto a los efectos colaterales de los neurolépticos que parecen a la depresión son más importantes los síntomas extrapiramidales aquinesia y acatisia. La aquinesia se ha definido como un síndrome de reducción de actividad motora y espontaneidad, este estado puede ocurrir aun en ausencia de rigidez notable y ser una fenocopia exacta de la depresión, pudiendo corregirse con agentes anticolinérgicos.

La acatisia es un síndrome motor de inquietud que se acompaña de afecto disfórico que puede simular depresión agitada. La disforia asociada a la acatisia puede ser tan intensa que produzca ideas o actos suicidas, como lo describió Drake en 1985. También debe tratarse con medicamentos antiparkinsonicos o benzodiazepinas. (22)

Siris menciona que una gran variedad de condiciones médicas puede llevar al paciente esquizofrénico a presentar síntomas depresivos. Ejemplo de esto incluye anemias, cáncer, endocrinopatías, infecciones, enfermedades neurológicas; también especifica la relación que existe entre síntomas depresivos y medicamentos como los antihipertensivos, beta bloqueadores, bloqueadores de canales de calcio, hipnóticos, sulfonamidas e indometacina. Otros ejemplos son los corticoesteroides y los psicoestimulantes. (22)

FACTORES ASOCIADOS, COMPLICACIONES

Diversos estudios empíricos han asociado a la depresión con incremento en la velocidad de recaída de los síntomas psicóticos, hospitalizaciones más prolongadas, pobre respuesta al tratamiento farmacológico, cronicidad, disminución de funcionamiento social y cronicidad. La depresión también predispone al suicidio.

Para establecer el diagnóstico de depresión en pacientes esquizofrénicos Liddle y Barnes desarrollaron una escala para medir la experiencia subjetiva de déficits en pensamiento, afecto, motivación y percepción, misma que fue modificada por Jaeger, estas escalas no medían la queja subjetiva de depresión.

En forma alternativa, Plutchik y Conte en 1989 desarrollaron el instrumento multidimensional para medición de las emociones, encontrándolo confiable y estable a través del tiempo.

Conociendo la dificultad del paciente esquizofrénico para distinguir sus emociones Lindenmayer y cols proponen que la valoración requiere tres fuentes separadas de información: el reporte subjetivo del estado anímico del paciente, la medición clínica y la conducta observada en el paciente.

Encontró correlación significativa entre el clínico y el observador y poca correlación con el reporte subjetivo del paciente.(16)

En otros estudios se decidió emplear la escala de depresión de Hamilton junto con la escala BPRS y Escala de síntomas negativos en esquizofrenia (SANS), encontrándose poca correlación entre el SANS, el Ham -D y la subescala de retardo del BPRS, por lo que se hizo énfasis en evaluar el estado anímico y el contenido del pensamiento del paciente (8). El Ham -D tiene un factor depresivo que correlaciona con el del BPRS(6). Se encontró que la parte del BPRS que medía síntomas negativos no correlaciona con la subescala de depresión ni con el Ham-D (7) y utilizando estas dos escalas se creó en 1990 la Escala de Depresión de Calgary para pacientes esquizofrénicos, la cual (4,18).

La escala fue probada en varias muestras de pacientes demostrando ser reproducible, válida y congruente con escalas autoaplicables como el inventario para depresión de Beck (2,3).

Al ser comparada con el Hamilton para Depresión, la escala de Beck y la subescala de depresión del BPRS, el análisis factorial demostró que el Calgary es unidimensional, mide el mismo constructo, tiene alta consistencia interna y correlación significativa con dichas escalas (4,5).

También fue importante diferenciarla de las escalas que medían síntomas extrapiramidales y síntomas negativos de esquizofrenia. Esto se realizó en

Uno de los primeros estudios para detectar depresión en pacientes esquizofrénicos utilizando una entrevista estructurada fue realizado por Bowers y Astrachan en 1967, quienes realizaron valoraciones semanales en 36 pacientes usando escalas de cinco síntomas psicóticos y cinco síntomas depresivos.

En forma similar, Stern en 1972 diseñó su propia escala llamada "Perfil para cuantificar conducta Depresiva y Esquizofrénica".

Posteriormente se utilizaron las siguientes escalas:

- BPRS (subescalas de depresión, culpa e ideación suicida)
- PSE (Present State Examination): Utilizada en el estudio de la OMS en 1973, en el que se valoraron 1202 pacientes. Diagnostica de acuerdo a la
- Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE) En su novena edición comprende 140 ítems condensados en 38 síndromes.
- En cuanto a depresión existen cuadro síndromes relevantes:

I. Alucinaciones y delirios depresivos: alucinaciones, delirios de culpa, hipocondriacos y de catástrofe.

II. Depresión simple: pensamiento confuso, depresión subjetiva, desesperanza, ideación o actos suicidas, depresión observada.

III. Síntomas especiales de depresión: autodevaluación, ideas de referencia culposas, culpa patológica percepción torpe, disminución en la expresión del afecto.

IV. Otros síntomas de depresión: pérdida ponderal, insomnio terminal, pérdida de la libido.

Se encontró que de 588 pacientes esquizofrénicos evaluados 15% presentaban síntomas del grupo I, 39% del grupo II, 78% del grupo III y 81% del grupo IV. Esto en forma independiente del tratamiento que estaban recibiendo.

Aún cuando existan factores psicosociales precipitantes de la depresión es importante descartar la presencia de una enfermedad orgánica; se debe poner atención especialmente a la fatiga, debilidad, pérdida de peso sin intención o ganancia de peso sin aumento en la ingesta.

De Alarcón en 1969 introdujo el término "depresión farmacogenética", refiriéndose a aquella que aparecía posterior al uso de neurolépticos, especialmente aquellos utilizados en forma de depósito. (6)

La noción de que los medicamentos antipsicóticos generan directamente estados disfóricos en pacientes esquizofrénicos es controversial. Ya que se basan en el hecho de que los neurolépticos interfieren con la transmisión dopaminérgica, y que estas vías han sido vinculadas con experimentar recompensa o placer.

La discrepancia de opiniones acerca de los síntomas depresivos que encontramos en la esquizofrenia y su momento de aparición influye negativamente en el pronóstico y las decisiones sobre su manejo.

Son diversas y contradictorias las reglas terapéuticas defendidas en la actualidad. ya que unos consideran que deben usarse antimuscarínicos para controlar la llamada "depresión aquinética", producida supuestamente por neurolépticos: otros recomiendan el uso de betabloqueadores o antagonistas histaminérgicos para combatir la "depresión negativa", y otros la utilización de antidepresivos para actuar sobre el episodio depresivo, igual que en pacientes no esquizofrénicos. A pesar de ello, hoy en día se han superado algunos mitos clínicos como que la depresión en esquizofrenia es un signo favorable, que sólo es un fenómeno postpsicótico o que el diagnóstico de esquizofrenia excluye el de depresión (7)

EVALUACION DE LA DEPRESION EN ESQUIZOFRENIA

La amplia variabilidad de prevalencia de depresión en esquizofrenia que ha sido reportada se debe en parte a la dificultad para separar claramente los síntomas depresivos de los síntomas negativos, y a la falta de un sistema de valoración operacionalizado y validado.

Mandel en 1982 estudió 211 pacientes esquizofrénicos que participaron en un estudio de dos neurolepticos de depósito utilizando el BPRS y la Ham-d, a quienes valoró desde su admisión al hospital hasta un año después de su alta. Encontró que los pacientes que se deprimían después de ser dados de alta eran más propensos a recaer o a ser rehospitalizados que los pacientes no deprimidos.

En un estudio de la OMS en el que se siguió durante cinco años a 1065 pacientes esquizofrénicos se encontró al suicidio como la primera causa de muerte prematura en los esquizofrénicos y asoció la depresión como una de las principales causas de suicidio en estos pacientes. ,encontrándose mayor riesgo en pacientes masculinos (hasta 7:1),con altos niveles de educación y mayor funcionamiento premórbido.(9)

Entre los factores asociados a la depresión en esquizofrenia se encuentra el abuso de alcohol: Bartels encontró correlación $r=0.20$ en 1992.(8), al incluir pacientes esquizofrénicos con consumo de alcohol leve a moderado. Drake encontró que 56% de los esquizofrénicos consumían alcohol,al menos en forma leve.

El uso crónico de cannabis también predispone a la depresión, la cocaína puede producir depresión como efecto rebote; también debe averiguarse el consumo de sustancias estimulantes como cafeína y nicotina, ya que pueden producir síntomas disfóricos en el paciente.

Se sabe que el uso de sustancias psicoactivas se asocian a pobre adherencia al tratamiento, incremento en el uso de servicios de emergencia por problemas médicos ,incremento en el número de hospitalizaciones,pobre apoyo social y suicidio ; algunos de estos factores correlacionan en forma directa con la depresión en esquizofrenia.(12)

Otro factor asociado es la presencia de enfermedades físicas y el uso de medicamentos como los betabloqueadores y tranquilizantes menores., lo que apoya el concepto de sensibilidad a enfermedades orgánicas que presentan los esquizofrénicos.

un estudio de especificidad, utilizando las escalas de PANSS y Simpson Angus, demostrándose por medio de un análisis factorial que el Calgary separa adecuadamente los síntomas depresivos de síntomas negativos y síntomas extrapiramidales (1,9).

Al observar que el comportamiento de la escala era satisfactorio, en México se decidió traducirla y evaluar su versión en español, estudiando 103 pacientes esquizofrénicos y evaluándolos con dicha escala, el inventario de Beck, la escala de DiMascio para efectos extrapiramidales y la escala de PANSS. Se observó correlación de 0.72 con p menor a .0001 entre el Calgary y el IBD, sin encontrar correlación significativa entre las puntuaciones del Calgary y las otras escalas. Esto confirma que la escala tiene validez concurrente satisfactoria y buena reproductibilidad. (18)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El diagnóstico clínico de la depresión en la esquizofrenia, y su diferenciación de otros síntomas similares a los depresivos que aparecen a lo largo de la enfermedad es un problema no resuelto. La escala de Calgary para depresión constituye un buen instrumento para determinar la presencia de estos síntomas y medir su intensidad, pero aún no se le emplea como escala diagnóstica porque se desconoce qué punto de corte contiene mayor sensibilidad y especificidad diagnósticas.

Hay pocos estudios realizados en el país que indiquen factores de riesgo relativo para aparición de síntomas depresivos en el curso de la enfermedad, tampoco se sabe cuáles de estos factores correlacionan con la presencia de los diversos síntomas depresivos, a fin de orientarnos en el manejo y pronóstico de estos pacientes.

JUSTIFICACION

Es necesaria la creación de instrumentos clínicos que permitan delimitar claramente los síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos.

La valoración objetiva de estos síntomas, a través de una entrevista diagnóstica de probada confiabilidad y de escalas que miden severidad y la diferencian los síntomas depresivos de otros síntomas que pertenecen a parkinsonismo o a síntomas negativos de la esquizofrenia, nos permitirá obtener una definición más precisa del problema. Es importante delimitar el punto de corte con el que la escala determinará el diagnóstico, a fin de evitar la necesidad de apoyarse en entrevistas clínicas estructuradas u otras escalas no específicas para este trastorno.

El encontrar factores de riesgo relativo que se asocien con la presencia del síndrome puede ayudarnos en la clarificación de su etiología y determinar el pronóstico.

OBJETIVOS

- I. Determinar la prevalencia de depresión en pacientes esquizofrénicos de acuerdo al DSMIV, utilizando como estándar de oro el diagnóstico realizado con una entrevista estructurada (CIDI).
- II. Determinar la sensibilidad y especificidad de Escala de Calgary para el diagnóstico de depresión utilizando diversos puntos de corte.
- III. Determinar factores de riesgo relativo para la aparición de la depresión en esquizofrenia en base a los antecedentes personales y familiares de los pacientes.

POBLACION A ESTUDIAR

Se estudiaron pacientes esquizofrénicos, procedentes de los servicios de Hospitalización y de Consulta Externa de la Institución sede.

- **Criterios de Inclusión**

Pacientes de ambos sexos, que cumplieron con los criterios del DSM IV para esquizofrenia, y estuvieron capacitados para contestar a las preguntas del entrevistador clínico.

- **Criterios de Exclusión**

Pacientes agitados o con alteraciones en el estado de la conciencia en el momento de la entrevista.

METODO

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo y de Investigación de Proceso

INSTRUMENTOS

- **CIDI (Composite International Diagnostic Interview).**

Se trata de una entrevista diagnóstica, estructurada, que evalúa a los trastornos mentales de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM III-R y el CIE 9.

- **Escala de Calgary para Depresión en Esquizofrenia.**

consta de 9 ítems que pueden calificarse en una escala de 0 al 3 de acuerdo a la severidad del síntoma, diferencia a la depresión de los síntomas negativos de la esquizofrenia y del parkinsonismo medicamentoso.

- **PANSS (Positive and Negative Schizophrenic symptoms).** Se aplicará para medir la intensidad de los síntomas psicóticos .

PROCEDIMIENTO

Se valoraron pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia según criterios del DSM IV, se aplicó la escala de Calgary y la entrevista estructurada CIDI en el mismo momento para establecer la presencia y severidad de depresión, por dos investigadores diferentes. Cada uno de los evaluadores realizó siempre la misma prueba diagnóstica y fue ciego al resultado obtenido por el otro.

Se recopilaron del expediente clínico y en ocasiones a través de preguntas directas al paciente o sus familiares algunos datos demográficos y clínicos de importancia para el estudio.

ANALISIS ESTADISTICO

Se registraron diversos puntos de corte de acuerdo al puntaje obtenido en la escala de Calgary y se compararon con el diagnóstico de depresión obtenido mediante el CIDI en una curva de sensibilidad y especificidad, a fin de obtener aquél que determine el diagnóstico de episodio depresivo mayor.

Los factores de riesgo se tomaron como variables categóricas y se empleó la razón de momios para evaluar su valor predictivo.

Se realizaron T de Student y Chi cuadrada para hacer la correlación de variables categóricas y dimensionales con el diagnóstico y la intensidad de la depresión, también se realizó regresión múltiple para encontrar correlación entre el CIDI, Calgary y las variables clínico-demográficas entre sí.

RESULTADOS

Se incluyeron inicialmente a 68 pacientes en el estudio, posteriormente se excluyeron a 6 pacientes de la muestra inicial debido a que no cumplieron los criterios diagnósticos de esquizofrenia.

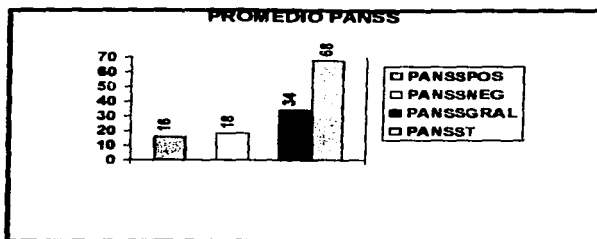
La muestra final fue de 62 pacientes y la edad promedio de estos fue de 31.8 años (D.E.+/- 13.1 años), predominando el sexo masculino ya que contamos con 33 hombres (48%) y 29 mujeres (42%), la mayoría se encontraba sin pareja en el momento del estudio (n= 48 , 70.6%). El nivel socioeconómico bajo predominó en la población estudiada (n=44,64.7%) . La escolaridad promedio encontrada fue de 11.5 años y el índice de desocupación fue alrededor del 56%.

La distribución de acuerdo al diagnóstico establecido de acuerdo a los criterios del DSM-IV fue la siguiente: Esquizofrenia Paranoide (n= 52,84%) , Esquizofrenia indiferenciada (n=3, 5%) y Trastorno esquizofreniforme (n=7,11%).

En cuanto a los antecedentes heredofamiliares de importancia seis pacientes (9%) reportaron que tenían un familiar en primer grado con depresión.

El tiempo promedio de evolución de la enfermedad fue de 74 meses. En los últimos 12 meses 31 pacientes presentaron una recaída de su cuadro psicótico, en solamente uno se observó dicha recaída durante este periodo y en el resto el curso de la enfermedad fue continuo con tendencia a la cronicidad sin exacerbaciones en el último año.

La cuantificación de la severidad del cuadro psicótico con la PANSS se realizó en 48 pacientes y el resto no completo esta evaluación: Los resultados se muestran en la gráfica No. 1



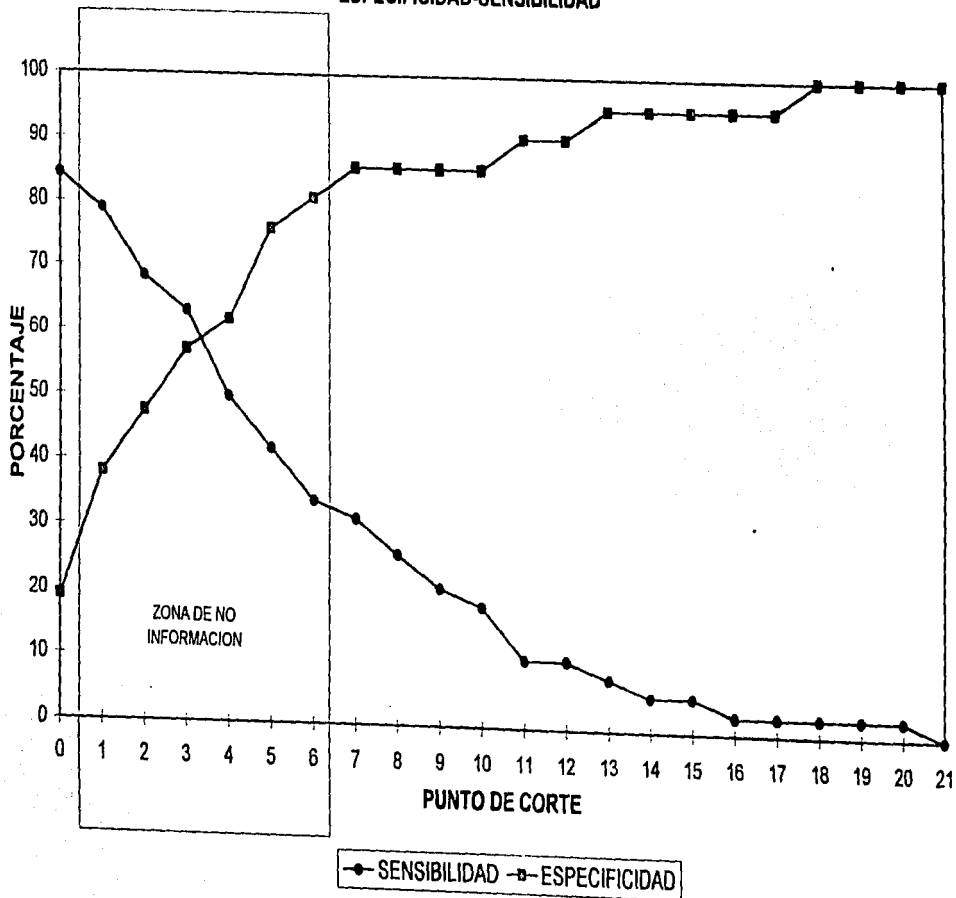
Gráfica 1

Los pacientes incluidos en el estudio fueron tratados tanto con neurolépticos típicos (n=35, 55%) como atípicos (n=27, 45%) en este momento se desconocen las dosis utilizadas debido a que fueron incluidos algunos de los pacientes a ensayos farmacológicos controlados doble-ciego. En general recibieron a parte del manejo antipsicótico medicamentos concomitantes para el tratamiento de algunos efectos secundarios producidos por los neurolépticos y para el control de síntomas acompañantes a la condición primaria (Tabla 1).

MEDICAMENTOS CONCOMITANTES		
n	Medicamento	Dosis Promedio (mg) [Rango]
19	Biperiden	5.4 [2-16]
17	Benzodiazepinas *	14.3 [2-40]
15	Propranolol	39 [10-60]
4	LevomEPROMACINA	25
1	Mianserina	30
1	Litio	300

Tabla 1
***Equivalentes de Diazepam**16 pacientes recibieron más de un medicamento además del antipsicótico.**

ESCALA DE CALGARY
ESPECIFICIDAD-SENSIBILIDAD



Se encontró que 10 pacientes (14.7%) cursaban con comorbilidad con otra enfermedad somática principalmente con epilepsia (n=4) y disquinesia tardía (n=2). Además se encontró en 40 (58.8%), pacientes comorbilidad con trastornos por abuso de sustancias y la distribución fue la siguiente: Alcohol (n=21, 52%), tabaco (n=19, 47%), cannabis (n=9, 22%), estimulantes (cocaína, anfetaminas) (n=2, 5%). De estos pacientes se encontró alrededor del 65% (n=26) con comorbilidad por abuso de sustancias consumían más de una droga y 8 pacientes más de dos sustancias al mismo tiempo.

Para establecer el diagnóstico de depresión en los pacientes del estudio se utilizó el CIDI y la severidad del cuadro depresivo se midió con la escala de Calgary. Los resultados arrojados en esta evaluación son los siguientes:

El CIDI diagnosticó depresión en 39 pacientes (57.4%) y el Calgary se aplicó en 58 pacientes, en los cuales se obtuvo un promedio 5.3 puntos (D.E.+/- 4.9) con un rango de calificaciones de 0 a 21 puntos. La correlación entre el Calgary y el diagnóstico de depresión del CIDI fue significativa ($t = 2.13$, $gl\ 15$, $p = 0.03$). La correlación del Calgary con la subescala de síntomas negativos de la PANSS no fue significativa y sí lo fue con las subescalas positiva (coeficiente de correlación=0.37, $p=0.01$), general (Coeficiente de correlación=0.56, $p=-0001$) y PANSS total (coeficiente de correlación=0.41, $p=0.004$).

Otro de los objetivos del estudio fue el establecer si algunas de las variables utilizadas constituían factores de riesgo para condicionar la presencia de depresión. Como factores de riesgo se encontraron el estado civil soltero (coeficiente de correlación=1.49, $p=0-05$) y como tendencia a ser factor de riesgo se encontró el número de recaídas (coeficiente de correlación=0.72, $p=0.09$).

Al parecer se encuentra asociado el nivel socioeconómico bajo con la intensidad de síntomas depresivos (coeficiente de correlación= -1.83, $gl\ 55$, $p= 0.07$).

No se encontraron diferencias entre neurolépticos típicos y atípicos en el diagnóstico de depresión ni en los valores del Calgary.

En cuanto al uso de medicamentos concomitantes, se encontró un riesgo mayor de presentar depresión en pacientes que tomaban biperiden a dosis mayores (coeficiente de correlación= 2 gl 15 p=0.06). La dosis de propranolol utilizada correlacionaba con la intensidad de síntomas depresivos(coeficiente de correlación= 1.92, gl 56, p= 0.06).

No se encontraron diferencias en los pacientes que presentaban otra enfermedad física ni en los que consumían sustancias.

CONCLUSIONES

No se encontró predominio de ningún sexo en la población estudiada, esto corresponde a la distribución encontrada en la esquizofrenia, que afecta por igual a hombres y mujeres. En cuanto a edad, estado civil, escolaridad y ocupación tampoco se encontraron diferencias respecto a reportes previos en la literatura sobre esquizofrenia (10).

Se encontró predominio de nivel socioeconómico bajo en los pacientes, esto debido en parte a que la población que maneja el Instituto Mexicano de Psiquiatría corresponde a este estrato socioeconómico, y a que la esquizofrenia, al ser una enfermedad que deteriora a los pacientes en aspectos físicos, cognoscitivos y funcionales, repercute en su funcionamiento laboral, y por lo general esto provoca disminución en su nivel socioeconómico (10).

En cuanto a la severidad de los síntomas, establecida por la puntuación de la escala PANSS. Se observó un promedio en PANSS total de 67.5 puntos, que corresponde a severidad moderada de los síntomas. Esto se explicó principalmente porque todos los pacientes en el momento de la evaluación estaban bajo tratamiento, lo que disminuyó la severidad de los síntomas.

Los pacientes fueron tratados tanto con neurolépticos típicos como con neurolépticos atípicos, no fue posible determinar las dosis de estos

medicamentos ya que algunos pacientes estaban incluidos en ensayos farmacológicos doble ciego. Los medicamentos concomitantes se utilizaron principalmente para controlar los síntomas extrapiramidales (biperiden), la acatisia (inderalici), la ansiedad y el insomnio (benzodicepinas) en un paciente se utilizó mianserina para tratar los síntomas depresivos, el litio se utilizó como coadyuvante del medicamento antipsicótico y en los pacientes que tenían epilepsia comórbida se administraron anticonvulsivos. En cuanto al consumo de sustancias, se encontró frecuencia similar a la reportada en otros estudios (20): Se sabe que 49% de los pacientes esquizofrénicos consumen sustancias, ya sea en patrón de abuso o de dependencia, y que esta cifra aumenta si se incluye a los pacientes que consumen tabaco.

La comorbilidad con enfermedades físicas es también similar a la reportada en la literatura (20), incluyendo a los trastornos del movimiento producidos por el uso crónico de neurolepticos.

ESCALA DE CALGARY

La escala de Calgary tuvo una correlación significativa con el estándar de oro (CIDI): $r = 0.213$, $gl = 15$, $p = 0.03$, que confirma los trabajos reportados previamente en cuanto a su utilidad para establecer el diagnóstico de depresión en esquizofrenia (1,2,3,4,5,18). Al calcular sensibilidad y especificidad de los diversos puntos de corte obtenidos se encontró que la escala tiene buena sensibilidad y alta especificidad (80%) a partir del punto de corte de 8. Esto significa que la escala tiene la capacidad de eliminar los falsos positivos y discriminar adecuadamente a los pacientes esquizofrénicos que presentan depresión de los que tienen síntomas negativos de la misma o síntomas extrapiramidales por el uso de neurolepticos y que los pacientes con calificación de 8 puntos pueden ser diagnosticados como deprimidos.

En cuanto a la correlación del Calgary con la severidad de los síntomas psicóticos se observó que hay buena correlación con las subescalas de síntomas positivos, psicopatología general y la PANSS total. Esto indica que la depresión se presenta concomitante con los síntomas psicóticos, confirmando lo establecido por Bowers y Shanfield. No hubo correlación

significativa con la subescala de síntomas negativos de la PANSS, lo que confirma que el Calgary puede discriminar a los pacientes deprimidos de los pacientes con síntomas negativos de la esquizofrenia.

Sería de utilidad en estudios posteriores la búsqueda de ítems del Calgary que presentaran mayor sensibilidad diagnóstica y su relación con factores clínicos o demográficos de los pacientes, a fin de tener mayor información sobre el pronóstico de la depresión.

FACTORES DE RIESGO

Se ha mencionado previamente que los pacientes solteros tienen mayor riesgo de presentar depresión y suicidio (11) nuestro estudio también encontró mayor riesgo de depresión en este tipo de pacientes.

Los hallazgos encontrados en cuanto a correlación de recaídas de síntomas psicóticos con el diagnóstico de depresión confirma lo establecido por Johnson, Carpenter y Abrams en cuanto a que las descompensaciones psicóticas favorecen la aparición de síntomas depresivos. También se confirma que la depresión puede condicionar incremento en la velocidad de recaídas, mayor número de hospitalizaciones y contribuir al deterioro de estos pacientes, como lo habían mencionado Mandel y Caldwell en el estudio de la OMS.

Este estudio no encontró diferencias en el diagnóstico de depresión ni en las calificaciones del Calgary entre los pacientes que tomaban neurolépticos típicos o atípicos, confirmando además que el uso de antipsicóticos no es factor de riesgo para depresión, y que la depresión farmacogénica se debe a otros medicamentos como los antihipertensivos, los esteroides, etc. que son bien conocidos como generadores de trastornos afectivos (22).

En cuanto a los medicamentos concomitantes, el hecho de que la dosis de biperiden y de propranolol correlacionen con la presencia y severidad de los síntomas depresivos puede explicarse en relación con la aquinesia y acatisia que presentaban los pacientes, que de acuerdo a los reportes de Siris son efectos colaterales predisponentes al desarrollo de la depresión en la esquizofrenia (21).

Por último, el estudio demuestra la necesidad de valorar a los pacientes esquizofrénicos en forma integral, ya que la presencia de trastornos depresivos en estos pacientes puede originarse por múltiples factores,

tanto biológicos, como demográficos. Se debe incluir al funcionamiento psicosocial premórbido y actual de los pacientes, así como características de su temperamento y su función cognoscitiva, a fin de poder determinar el mejor manejo de los síntomas del paciente y su posible pronóstico.

BIBLIOGRAFIA

1. - Addington D et al. Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *Schizophr-Res.* 1994 11:239-44.
2. - Addington D et al. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *Br J Psychiatry Suppl* 1993 22:39-44.
3. - Addington D et al. Rating depression in schizophrenia. A comparison of a self-report and an observer report scale. *J Nerv Ment Dis.* 1993 181:561-5.
4. - Addington D et al. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr-Res* 1992 6:201-208.
5. - Addington D et al. A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr-Res.* 1990 3:247-51.
6. - Barnes T R E, et al. The nature and prevalence of depression in chronic schizophrenic patients with remitted postpsychotic depression. *Am J Psychiatry*, 1989 146 : 1495-1497.
7. Bartels S J et al. Depressive Symptoms in Schizophrenia : Comprehensive Differential Diagnosis. *Compr Psych*, 1988 29 :467-483.
8. Bartels S J et al. Alcohol abuse, depression and behavior in schizophrenic patients with remitted postpsychotic depression. *Am J Psychiatry*, 1992 149 :394-395.
9. Berenbaum H / Oltmanns T: Emotional Experience and Expression in Schizophrenia and Depression. *J. Abnormal Psychology*, 1992 101:37-44.
10. - DeLisi Lynn. Depression in Schizophrenia. American Psychiatric Press, Inc Washington, 1990. pp162.
11. - Dingman et al. Discriminating Characteristics of suicides : Chestnut Lodge Follow-up sample including patients with affective disorder, schizophrenia and schizoaffective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinava* 1986 74 :91-97.
12. - Drake R et al. Alcohol Use and Abuse in Schizophrenia. A prospective community Study *J Nerv Men Dis* 1989 177 :408-414.
13. - Foster Green M et al. The Temporal Relationship between Depressive and Psychotic Symptoms in Recent-Onset Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1990 ,147 :2.
14. - Goldman RS, Tandon R. Measurement of depression and negative symptoms in schizophrenia. *Psychopathology*. 1992 25:49-56.

- 15.-Hirsch et al.Are Depressive Symptoms Part of the Schizophrenic Syndrome? .En Depresión in Schizophrenia
- 16.-Lindenmayer et al.Multivantaged Assessment of Depression in Schizophrenia.Psychiatry Research.1992 42:199-207.
- 17.-Newcomer et al.Distinguishing depression and negative symptoms in unmedicated patients with schizophrenia.Psychiatry Res 1990
- 18.-Ortega Soto y cols. Validez y Reproductibilidad de una escala para evaluar la depresión en pacientes esquizofrénicos.Salud Mental 1994.17:7-14.:243-50.
- 19.- Robins LN et al. The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiological instrument suitable for use in conjunction with differente diagnostic systems and in different cultures. Arch Gen Psychiatry. 1988 45:1069-1077.
- 20.-Strakowski et al. Comorbidity in Psychosis at first Hospitalazation.Am J Psy,1993 150 :5.
- 21.-Siris SG:Akinesia and postpsychotic depression:A difficult differential diagnosis.J Clin Psychiatry 1987 48:240-243.
- 22.-Siris SG:Assessment and Treatment of Depression in Schizophrenia.Psychiatric Annals 1994 24:463-467.
- 23.-Stephen J et al. Depressive Symptoms in Schizophrenia; comprehensive differential diagnosis. Compr Psychiatry 1988,29 467-483.
- 24.-Whiteford HA.Distinguishing depressive and negative symptoms in chronic schizophrenia.Psychopathology.1987 20:234-6.