

1124/1

6

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TITULO

ASOCIACIÓN DIAGNÓSTICA DE DEPRESION EN
ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES EXTERNOS DE UN
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

TESIS QUE SE PRESENTA PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

ALUMNO

DR. ANGEL SANTIAGO ARELLANO BRAVO
MEDICO RESIDENTE DEL TERCER AÑO
HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO
ALVAREZ

SUBCOMITÉ DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

ma3
DR. MARCO A. LÓPEZ BUTRÓN
ASESOR TEÓRICO

DR. JORGE A. PEÑA ORTEGA
ASESOR METODOLÓGICO.

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dr. Ed.
Alejandro Diaz Martinez
DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ



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.

INDICE GENERAL.

INTRODUCCIÓN.	2
ANTECEDENTES	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVOS	10
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	13
CONCLUSIONES	14
BIBLIOGRAFÍA	15
GRAFICOS Y TABLAS	16
ANEXOS	18

Revisado por la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo receptor

NOMBRE

Guillermo Barrón

FECHA:

19/Nov/2022

UMA:

Guillermo Barrón

INTRODUCCION.

La esquizofrenia constituye en la actualidad una de las variables más estudiadas dentro de los trastornos mentales tanto en México como en otros países, considerado como uno de los principales problemas de salud pública pues presenta una prevalencia mundial actual de 0.5 a 1 %, a lo largo de la vida. (1)

En la última década se ha podido constatar que la comorbilidad psiquiátrica y la multidimensionalidad que presenta la misma Esquizofrenia, son características de relevancia importante ya que permiten descubrir las nuevas áreas que afectan al paciente psiquiátrico y que permiten una atención integral al mismo.

La documentación de dichas características permite identificar a ciertos trastornos concomitantes como: el abuso de drogas, la violencia familiar, la depresión, el tabaquismo, las alteraciones cognitivas y conductuales y el abandono social.

La prevalencia de Depresión, como trastorno asociado a Esquizofrenia, se ha podido comprobar a través de diversos métodos de estudio de donde se puede identificar un porcentaje relevante de aproximadamente 25 %. (2,4)

En 1920, Mayer-Gross fue el primero en describir la presencia de cuadros depresivos intrínsecos a la Esquizofrenia, situación que Bleuler confirmaría 30 años después.

Para 1985, Martín y cols. estimaron que el 60% de los pacientes con Esquizofrenia, presentan un episodio depresivo durante el curso de la enfermedad, situación que se superpone al porcentaje general de depresión que presenta la población en general y que varía del 8 al 16 %.

La incidencia general de depresión en Esquizofrenia en población americana llega a variar del 20 al 70 %, independientemente del periodo y del curso de la misma. (1)

ANTECEDENTES.

Tratar de predeterminar la comorbilidad de un trastorno con otro ha sido la panacea de la vida, la presencia de síndromes asociados, de síntomas similares y de signos novedosos ha permitido descubrir las interrelaciones de un padecimiento con otro y de las similitudes que la mayoría de las ocasiones les llevan a confluir en uno solo.

Esto determina que la multifactoriedad de un trastorno tenga validez y relevancia, determinando, a futuro, la presencia de diversos tratamientos que faciliten y mejoren la calidad de vida de un paciente, sobre todo si este padece algún trastorno mental.

La Depresión puede presentarse en cualquier etapa de la Esquizofrenia y los síntomas que se le asocian y evidencian son demasiado heterogéneos respecto a la etiología, fenomenología, curso y respuesta a un tratamiento específico.

Becker, en 1986, comparó los síntomas que presentaban los esquizofrénicos deprimidos con los enfermos deprimidos que no tenían esquizofrenia encontrando que los síntomas eran demasiado similares e incluían a la ansiedad, la sensación de culpa, la pérdida de energía, la pérdida del interés general y la disminución de la libido.

Los síntomas que contribuyen al diagnóstico de un episodio depresivo son necesariamente exclusivos de la depresión y se pueden traslapar o confundir con los síntomas del síndrome de síntomas negativos de la misma Esquizofrenia, la aquinesia o los síntomas prodrómicos de una recaída psicótica. (2,21)

La frecuencia con la que se presenta una Depresión o al menos un síndrome descriptivamente similar a esta, es de por lo menos 7% y alcanza un 70% en diversos estudios a pacientes esquizofrénicos; la tasa de 25% que reportan

McGlashan y Carpenter determina una modal aproximada de la frecuencia de dicho trastorno. (11,16,21)

Otros estudios de evidente relevancia señalan la presencia de datos significativos de depresión y suicidio en pacientes con Esquizofrenia, Barnes demostró la presencia de un mayor número de ideas suicidas en pacientes esquizofrénicos con depresión que en aquellos que no presentaban este trastorno afectivo sin demostrar variables demográficas relevantes.

(3,16)

También se ha podido demostrar que diversos pacientes esquizofrénicos llegan a presentar síntomas depresivos en diversos momentos del curso del trastorno ya sea en la etapa aguda, en el evento prodrómico, en la etapa residual o en el primer episodio de psicosis. Son McGlashan y Carpenter quienes señalan una descripción atinada de la depresión postpsicótica en el mismo curso de la Esquizofrenia. (3,12)

En 1985, Hogarty y Moller, descartan que el uso de neurolépticos sea un factor de riesgo para padecer depresión postpsicótica. Johnson en 1988 brinda una definición acertada de la depresión postpsicótica del esquizofrénico señalando que esta llega a ocurrir dentro de los primeros doce meses después de que un paciente se ha restablecido de un episodio psicótico, hace mención también a que si se presenta depresión en un paciente esquizofrénico, después de un año de mantenerse libre de síntomas productivos preferentemente psicóticos, se podría presentar el inicio de una recaída.

Mandel y cols. Demuestran en un estudio de 211 pacientes que aproximadamente el 25% presentó depresión dentro de los primeros 5 meses después de la mejoría del cuadro psicótico reafirmando que las recaídas sintomáticas posteriores son más probables de suceder al encontrarse en etapas similares a la residual. (24)

Johnson en 1985, estudió a un grupo de primer episodio en esquizofrenia aplicando la escala de Hamilton para depresión

(H-D) y el inventario de Beck (B), encontrando que 37% de los pacientes presentaban un historial de Depresión reciente y que 19% presentaban Depresión al momento de ser examinados, determinando un 30% de presencia de Depresión en pacientes de primer episodio en Esquizofrenia. En 1988, Left estudió a 31 pacientes que nunca habían recibido neurolépticos o los habían tomado por poco tiempo y previo a su admisión hospitalaria con diagnóstico de Esquizofrenia y que se les brindó tratamiento con Haloperidol oral y posteriormente con decanoato de Haloperidol; durante dicha estancia, a estos pacientes se les realizó la aplicación semanal del PSE (*Present State Examination*). Se logró determinar que 45% de los pacientes (n=14) presentaban ánimo deprimido, 36% (n=11) mostraban similitud en el curso clínico de los síntomas psicóticos y afectivos señalando que no existían cambios con el tratamiento instalado para ninguna de estas instancias. De 3 pacientes que mostraron estas discrepancias llegaron a desarrollar ánimo depresivo por primera vez en las semanas subsecuentes y solo uno de ellos obtuvo mejoría de síntomas psicóticos a las 10 semanas de iniciado el tratamiento pero mantuvo la presencia de depresión durante más tiempo (8,10)

Recientemente se ha propuesto que en ciertos pacientes con Esquizofrenia y Esquizofrenia esquizoafectiva, que presentan sintomatología similar a la depresión y que han tenido la resolución paulatina de una periodo psicótico, pueden beneficiarse al agregárseles un antidepresivo tricíclico como la imipramina, a su tratamiento antipsicótico. (21,23)

La subclasificación de la depresión en la esquizofrenia es controversial. Siris propone, en base a criterios de temporalidad y emersión de síntomas, los siguientes parámetro:

1. Como parte de los síntomas prodrómicos al primer brote:

Ánimo bajo, ideas de culpa, baja autoestima, insomnio, indecisión, anergia, desconcentración, ansiedad, hipervigilancia y aislamiento.

2. Concomitante a los síntomas psicóticos principalmente cuando este comienza a remitir.

3. Posterior a la desaparición de los síntomas psicóticos.

(15,18,22).

Si se complementa la información de acuerdo a los principales diagnósticos diferenciales, se pueden integrar los siguientes subtipos:

1. Síntomas orgánicos secundarios a factores orgánicos (*enfermedad médica, medicamentos o abuso de sustancias*). Se puede citar aquí a la depresión aquinética que Van Putten introduce en 1978 como efecto secundario del síndrome extrapiramidal causado por psicofármacos.

2. Síntomas depresivos No orgánicos que ocurren a la par de los síntomas psicóticos.

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

(17,21)

Otra clasificación considera los siguientes apartados para poder clasificar un evento depresivo en pacientes con esquizofrenia:

1. Depresión asociada a conducta asocial crónica.

2. Depresión postpsicótica reactiva.

3. Depresión residual conocida como "afanisia".

4. Depresión como síntoma prodrómico de la psicosis.

(13)

La dificultad principal que se ha logrado detectar al tratar de diferenciar a la depresión dentro de la misma esquizofrenia ha sido limitada por la falta de un sistema operacional y de suficiente validez y precisión.

Mandel en 1982 realizó un estudio con 211 pacientes esquizofrénicos que participaron en un estudio con dos neurolépticos de depósito y la aplicación del BPRS y la HAM-D, a quienes se les dio un seguimiento desde que fueron admitidos a hospitalización hasta un año después de su egreso. Los resultados que arrojó dicho estudio mostraron que los pacientes que presentaban algún evento depresivo después de su egreso, presentaban más fácilmente una recaída y esto favorecía su nueva hospitalización.

En estudios de la O.M.S. donde se dio seguimiento a 1065 pacientes esquizofrénicos durante cinco años, se encontró que el suicidio era la primera causa de muerte prematura en los mismos y que este tenía cierta relación con eventos depresivos postpsicóticos de donde se evidenció que existían otras variables afines que los relacionaban con un mejor nivel de educación y un mayor funcionamiento premórbido. (9).

Se han reportado también diferentes factores de riesgo que pueden favorecer la depresión en pacientes con esquizofrenia y están relacionados al abuso de alcohol principalmente y de algunas otras sustancias psicótropas:

Bartels encontró una correlación significativa ($r=0.20$) en 1992 al estudiar a pacientes esquizofrénicos con un patrón de consumo de alcohol leve a moderado. Mientras Drake reportó que 56% de los pacientes esquizofrénicos consumían alcohol de una forma leve (4,12,22).

El uso crónico de derivados del *cannabis* predispone a la depresión al igual que el consumo concomitante de cocaína, cafeína y nicotina favoreciendo además, eventos de tipo disfórico en los pacientes esquizofrénicos.

Se ha demostrado que el uso de diversas sustancias psicoactivas favorece y se asocian a una pobre adherencia al

tratamiento ambulatorio, a un incremento en el número de hospitalizaciones, a un pobre apoyo del medio social y a un incremento del riesgo de suicidio y autoagresión en pacientes que han presentado esquizofrenia y algún evento de depresión asociada (12).

Otro riesgo renombrado es el que presentan los pacientes esquizofrénicos con discapacidad física o bajo tratamiento por otra enfermedad médica junto al uso de otra terapéutica como betabloqueadores y tranquilizantes, situación que facilita cierta fragilidad y que les predispone a un episodio depresión concomitante (7,12)

Es evidente entonces que los esfuerzos de diferenciación y de diagnóstico para tratar de evidenciar la presencia de algún evento depresivo en la esquizofrenia, han sido redituados a través de los años con mejores capacidades de técnicas estadísticas que logran su cometido conforme avanza su afinidad y precisión.

Uno de los elementos estadísticos aplicable para este fin, es la escala de Calgary, publicada por primera ocasión en 1990 es un elemento básico diseñado para determinar la presencia de depresión en pacientes esquizofrénicos, sabido es que sus reactivos determinan la presencia o ausencia de un episodio depresivo en este trastorno. (22)

Su validación se realizó al compararle con el inventario autoaplicable de Beck (TDB) demostrándose que ambos determinan y pueden medir la presencia de depresión. (6)

La traducción al español, la especificidad de dicha escala y su validación fue determinada en el mismo año por Ortega y cols. (Salud Mental, 1990).

Para 1993 se determina que dicha escala consta de 9 ítems basales que determinan la magnitud de cada síntoma tomando como parámetros de calificación para cada uno del 0 al 3.0 de donde se determinan las siguientes variantes:

Calificación 0	Ausencia de síntoma.
Calificación 1	Presencia leve.
Calificación 2	Presencia moderada.
Calificación 3	Presencia severa.

Los síntomas incluyen: (7,16)

- Depresión.
- Desesperanza.
- Autodevaluación.
- Ideas de referencia culposa.
- Culpa patológica.
- Depresión matutina.
- Despertar temprano.
- Suicidio.
- Depresión observable.

La determinación de dicho evento depende del promedio alcanzado en la calificación de dicha escala confiriendo:

<i>Calificación</i>	<i>Depresión.</i>
Menor o igual a 5	Ausencia.
De 6 a 10	Presencia leve.
De 11 a 20	Presencia moderada.
De 21 a 30	Presencia severa.

(5,7,16)

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

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se ha logrado demostrar la presencia de depresión en pacientes esquizofrénicos al aplicárseles diversos inventarios como el I.D.B. y la C.D.S. siendo este último uno de los

Calificación 0	Ausencia de síntoma.
Calificación 1	Presencia leve.
Calificación 2	Presencia moderada.
Calificación 3	Presencia severa.

Los síntomas incluyen: (7,16)

- Depresión.
- Desesperanza.
- Autodevaluación.
- Ideas de referencia culposa.
- Culpa patológica.
- Depresión matutina.
- Despertar temprano.
- Suicidio.
- Depresión observable.

La determinación de dicho evento depende del promedio alcanzado en la calificación de dicha escala confiriendo:

<i>Calificación</i>	<i>Depresión.</i>
Menor o igual a 5	Ausencia.
De 6 a 10	Presencia leve.
De 11 a 20	Presencia moderada.
De 21 a 30	Presencia severa.

(5,7,16)

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

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se ha logrado demostrar la presencia de depresión en pacientes esquizofrénicos al aplicárseles diversos inventarios como el I.D.B. y la C.D.S. siendo este último uno de los

instrumentos clínicos más confiables que permiten identificar la presencia o no de un síndrome depresivo.

Dicha presencia o ausencia se trató de determinar e identificar en una muestra de pacientes esquizofrénicos del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

JUSTIFICACIÓN.

El abordaje de los pacientes esquizofrénicos desde una visión multintegral permite que las diversas variables implicadas en este tipo de trastornos, se puedan determinar de manera favorable para permitir un pronóstico más adecuado y una posibilidad de tratamiento con mejores expectativas y resultados que los que ocasionalmente se pueden lograr.

Una de estas variables y que ocupa el presente estudio, tiene como fundamento el conformar parte de la multifactoriedad que condiciona y limita al paciente esquizofrénico; afectando a su vez las posibilidades terapéuticas que se pueden ofrecer cuando se identifican padecimientos concomitantes a la misma esquizofrenia.

Por eso considero importante la necesidad de determinar la presencia de algún evento depresivo, sea cual fuere su magnitud o su correlación clínica, en forma independiente al propio trastorno esquizofrénico y su curso clínico.

Al realizar esta determinación se facilitaría por consiguiente la identificación de otros síndromes similares que pueden llegar a comportarse como trastornos concomitantes y que a su vez abarcan:

- La presencia de efectos secundarios por psicofármacos.
- La fase depresiva en el trastorno esquizoafectivo.
- El síndrome de síntomas negativos inherente a la evolución de la esquizofrenia.
- El uso y abuso de sustancias.

instrumentos clínicos más confiables que permiten identificar la presencia o no de un síndrome depresivo.

Dicha presencia o ausencia se trató de determinar e identificar en una muestra de pacientes esquizofrénicos del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

JUSTIFICACIÓN.

El abordaje de los pacientes esquizofrénicos desde una visión multintegral permite que las diversas variables implicadas en este tipo de trastornos, se puedan determinar de manera favorable para permitir un pronóstico más adecuado y una posibilidad de tratamiento con mejores expectativas y resultados que los que ocasionalmente se pueden lograr.

Una de estas variables y que ocupa el presente estudio, tiene como fundamento el conformar parte de la multifactoriedad que condiciona y limita al paciente esquizofrénico; afectando a su vez las posibilidades terapéuticas que se pueden ofrecer cuando se identifican padecimientos concomitantes a la misma esquizofrenia.

Por eso considero importante la necesidad de determinar la presencia de algún evento depresivo, sea cual fuere su magnitud o su correlación clínica, en forma independiente al propio trastorno esquizofrénico y su curso clínico.

Al realizar esta determinación se facilitaría por consiguiente la identificación de otros síndromes similares que pueden llegar a comportarse como trastornos concomitantes y que a su vez abarcan:

- La presencia de efectos secundarios por psicofármacos.
- La fase depresiva en el trastorno esquizoafectivo.
- El síndrome de síntomas negativos inherente a la evolución de la esquizofrenia.
- El uso y abuso de sustancias.

MATERIAL Y MÉTODOS.

A) TIPO DE ESTUDIO.

Se trata de un estudio prolectivo, abierto, transversal y descriptivo.

B) SUJETOS.

Se incluyeron a 72 pacientes que fueron seleccionados por diagnóstico del servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" a quienes se les había ya diagnosticado con esquizofrenia en forma clínica por cuando menos dos médicos psiquiatras entrenados en el uso y aplicación de los criterios diagnósticos para Esquizofrenia del D.S.M. IV durante el periodo comprendido de Mayo a Octubre de 1997.

C) CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes de ambos sexos, adultos (18-65 años promedio), que aceptaran participar en el estudio mediante la autorización escrita a través de un consentimiento informado.
- Que cumplieran con criterios diagnósticos para Esquizofrenia del DSM IV.
- Que acudieran de manera periódica a control y seguimiento al servicio de Consulta Externa del Hospital.

D) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Que de acuerdo a la historia clínica, presentasen datos sugerentes de disfunción cerebral.
- Que presentaran efectos colaterales a psicofármacos.
- Que tuvieran algún impedimento para la aplicación de los instrumentos.
- Que no acepten la participación voluntaria en dicho estudio.

E) INSTRUMENTOS.

- Un médico residente de la especialización en psiquiatría que entrevistó a cada sujeto para recabar la información sociodemográfica a través de una sábana de datos, además de información acerca de la historia natural de la enfermedad y que aplicó el instrumento estadístico (CDS).
- Entrevista y escala de Calgary validada y traducida al español en 1990.

F) PROCEDIMIENTO.

- Autorización escrita de parte del jefe de Consulta externa del Hospital para realizar dichas aplicaciones.
- Identificación e invitación escrita a pacientes a través de entrevistas continuas a pacientes seleccionados que acudieron voluntariamente a la consulta.
- Información de los criterios, objetivos y los métodos a seguir en la realización del presente estudio a pacientes seleccionados, firma de consentimiento informado.
- Aplicación de los instrumentos el mismo día de la consulta.

- Con la información recabada y sintetizada se procedió a describir las variables dependientes e independientes con medidas de tendencia central y de dispersión (media y desviación estándar).
- Se aplicó equipo estadístico del programa WMS Excell 5.0 para determinar rango, distribución normal estándar, promedio y desviación estándar, de las calificaciones y totales obtenidos de la aplicación de la escala.

RESULTADOS.

De la evaluación se obtuvieron resultados de 71 pacientes que consintieron en la aplicación de los instrumentos de los que 83.1% eran hombres (n=59) y 16.9% mujeres (n=12).

La edad osciló entre los 19 a los 51 años, encontrándose un promedio del 26.7% (grupo etáreo de los 26 a 30 años).

De acuerdo a su estado civil se encontró que 35.3% eran casados (n=25), 2.8% eran divorciados (n=2), 45.1% eran solteros (n=32), 1.4% eran viudos (n=1) y 15.4% vivían en unión libre (n=11).

16 habían concluido primaria (22.5%), 13 la habían cursado de forma incompleta (18.3%), 21 cumplían con secundaria (29.6%), 14 el bachillerato (19.8%), uno tenía equivalente a carrera técnica con bachillerato (1.4%) y 6 contaban con estudios profesionales (8.4%).

23 pacientes tenían algún tipo de trabajo al momento de la entrevista antes de su hospitalización (32.4%).

Los rangos de calificación de la escala tenían una polaridad de entre 20 y 5 de calificación con un promedio de 7.5 como calificación global.

La calificación máxima y mínima alcanzada para hombres fue de 24 y 17 y en mujeres de 17 y 5 respectivamente.

Los promedios por sexo fueron para hombres de 17.9 y para mujeres de 13.5.

- Con la información recabada y sintetizada se procedió a describir las variables dependientes e independientes con medidas de tendencia central y de dispersión (media y desviación estándar).
- Se aplicó equipo estadístico del programa WMS Excell 5.0 para determinar rango, distribución normal estándar, promedio y desviación estándar, de las calificaciones y totales obtenidos de la aplicación de la escala.

RESULTADOS.

De la evaluación se obtuvieron resultados de 71 pacientes que consintieron en la aplicación de los instrumentos de los que 83.1% eran hombres (n=59) y 16.9% mujeres (n=12).

La edad osciló entre los 19 a los 51 años, encontrándose un promedio del 26.7% (grupo etáreo de los 26 a 30 años).

De acuerdo a su estado civil se encontró que 35.3% eran casados (n=25), 2.8% eran divorciados (n=2), 45.1% eran solteros (n=32), 1.4% eran viudos (n=1) y 15.4% vivían en unión libre (n=11).

16 habían concluido primaria (22.5%), 13 la habían cursado de forma incompleta (18.3%), 21 cumplían con secundaria (29.6%), 14 el bachillerato (19.8%), uno tenía equivalente a carrera técnica con bachillerato (1.4%) y 6 contaban con estudios profesionales (8.4%).

23 pacientes tenían algún tipo de trabajo al momento de la entrevista antes de su hospitalización (32.4%).

Los rangos de calificación de la escala tenían una polaridad de entre 20 y 5 de calificación con un promedio de 7.5 como calificación global.

La calificación máxima y mínima alcanzada para hombres fue de 24 y 17 y en mujeres de 17 y 5 respectivamente.

Los promedios por sexo fueron para hombres de 17.9 y para mujeres de 13.5.

De acuerdo a resultados por grupos de edad se encontró una frecuencia mayor de síndrome depresivo entre los grupos de rango de los 31 a los 35 años y en el de más de 41 años. Con una magnitud equivalente un síndrome depresivo de leve a moderado por común general e independiente a cada grupo de edad.

CONCLUSIONES.

Se logró demostrar la presencia de un síndrome de depresión en la población estudiada, más no se pudo concluir la significancia ni el impacto de dicha presencia por no lograr un seguimiento ni entrevistas posteriores que determinaran el curso de dicho síndrome.

Igualmente fue bastante oneroso poder evidenciar en cada uno de los pacientes entrevistados, estos síntomas que rara ocasión significan alguna relevancia en el curso del propio trastorno esquizofrénico y que logran confundirse fácilmente con algunos datos del síndrome de síntomas negativos característico en las fases prodrómicas del trastorno esquizofrénico.

No se pudo evidenciar una concordancia del síndrome depresivo y alguna etapa del curso del trastorno esquizofrénico por lo que sería determinante en estudios posteriores abordar la posibilidad de determinación en etapas prodrómicas, productivas o residuales de la propia esquizofrenia.

Se pudo determinar ciertas características sociodemográficas en cuanto a la magnitud del síndrome depresivo según sexo, edad, empleo y escolaridad que no son determinantes ni concluyentes pero si sugerentes de cierta población riesgo que pudiera tomarse en cuenta para determinaciones posteriores.

La presencia y magnitud más frecuente, del síndrome depresivo por sexo fue la siguiente:

De acuerdo a resultados por grupos de edad se encontró una frecuencia mayor de síndrome depresivo entre los grupos de rango de los 31 a los 35 años y en el de más de 41 años. Con una magnitud equivalente un síndrome depresivo de leve a moderado por común general e independiente a cada grupo de edad.

CONCLUSIONES.

Se logró demostrar la presencia de un síndrome de depresión en la población estudiada, más no se pudo concluir la significancia ni el impacto de dicha presencia por no lograr un seguimiento ni entrevistas posteriores que determinaran el curso de dicho síndrome.

Igualmente fue bastante oneroso poder evidenciar en cada uno de los pacientes entrevistados, estos síntomas que rara ocasión significan alguna relevancia en el curso del propio trastorno esquizofrénico y que logran confundirse fácilmente con algunos datos del síndrome de síntomas negativos característico en las fases prodrómicas del trastorno esquizofrénico.

No se pudo evidenciar una concordancia del síndrome depresivo y alguna etapa del curso del trastorno esquizofrénico por lo que sería determinante en estudios posteriores abordar la posibilidad de determinación en etapas prodrómicas, productivas o residuales de la propia esquizofrenia.

Se pudo determinar ciertas características sociodemográficas en cuanto a la magnitud del síndrome depresivo según sexo, edad, empleo y escolaridad que no son determinantes ni concluyentes pero si sugerentes de cierta población riesgo que pudiera tomarse en cuenta para determinaciones posteriores.

La presencia y magnitud más frecuente, del síndrome depresivo por sexo fue la siguiente:

Hombres n=59	Depresión moderada.	37 casos. (63%)
Mujeres n=12	Depresión moderada.	7 casos. (58%)

Por escolaridad fue:

Primaria completa n=29	Depresión moderada.	18 casos. (62%)
Secundaria n=21	Depresión moderada.	13 casos. (62%)
Bachillerato n=14	Depresión moderada.	11 casos. (79%)
Profesional n=6	Depresión leve.	3 casos. (50%)

Por ocupación fue:

Empleados n=23	Depresión moderada.	13 casos. (59%)
Desempleados n=48	Depresión moderada.	31 casos. (63%)

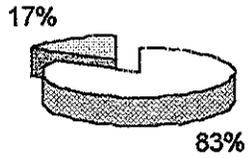
Por estado civil:

Casados n=25	Depresión moderada.	20 casos. (80%)
Solteros n=32	Depresión moderada.	17 casos. (53%)
Divorciados n=2	Depresión severa.	2 casos. (100%)
Viudos n=1	Depresión severa.	1 caso. (100%)
Unión libre n=11	Depresión moderada.	7 casos. (64%)

GRÁFICOS.

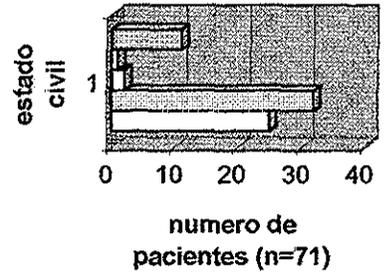
distribución por sexo.

□ hombres □ mujeres



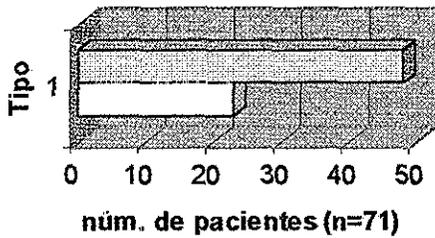
Distribución por estado civil.

□ unión libre
□ viudos
□ divorciados
□ solteros
□ casados



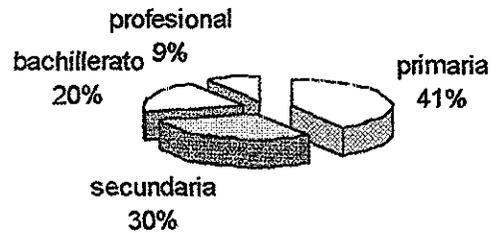
Distribución por empleo.

□ empleados □ desempleados



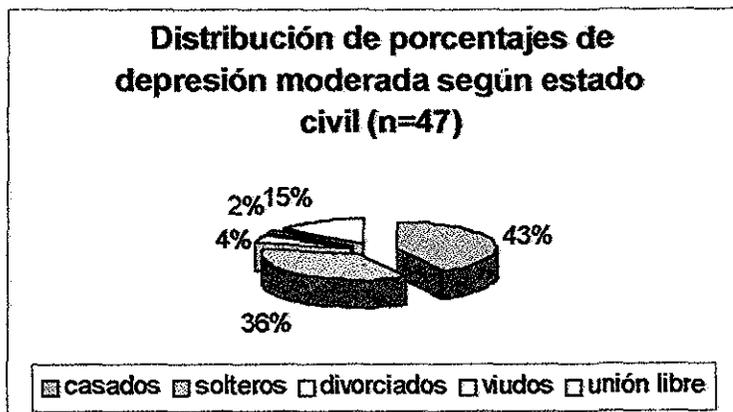
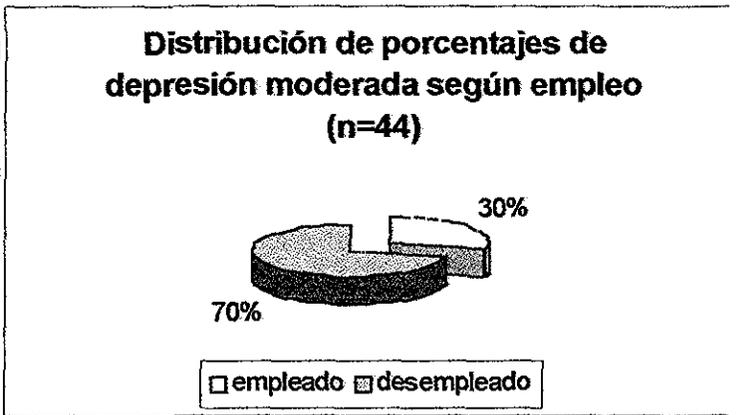
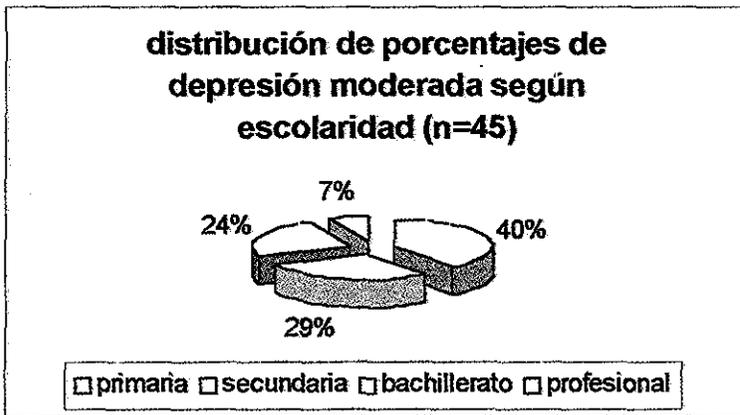
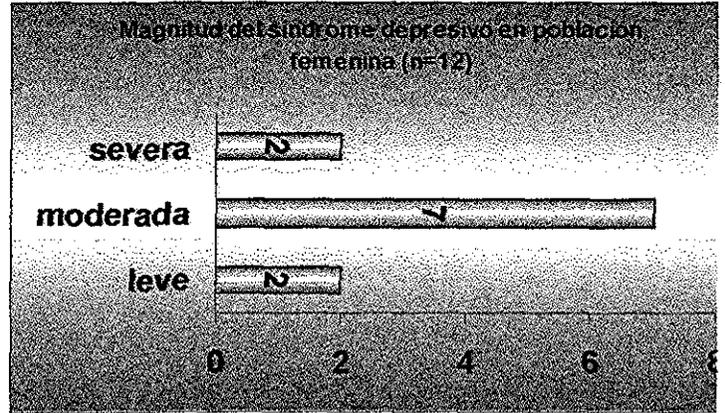
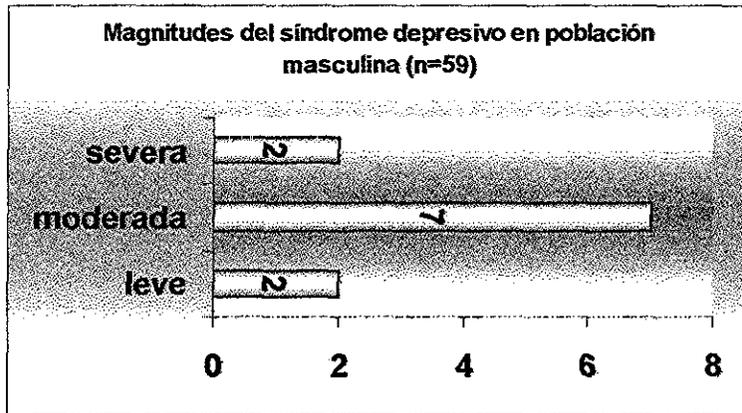
distribución por escolaridad.

□ primaria □ secundaria □ bachillerato □ profesional



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICOS.



IX BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Addington D, et al : Specificity of de 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 Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr- res.* 1992, 6: 201-205
- 4.-Addington D. et al: A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr- res.* 1990, Res: 247-251
- 5.-Addington D et al: Attempted suicide and depression in schizophrenia. *Act Psych Scanding.* 1992, 85: 288-291
- 6.-Andereasen N. C. et al : Diagnosis and clasification of schizophrenia. *Schizophrenia -Bull.* 1993, 19: 199-124
- 7.-Brenbaun H. et al: Emotional experience and expression in schizophrenia and depression. *J. of abnormal psychology* 1992, 101: 37-44
- 8.-Delisi H et. al: Depression in schizophrenia. *And Psychiat-Press.* 1990-162-169
- 9.-Goldman R et al: Measurement of depression and negative symptoms in schizophrenia. *Psychopathology.* 1992, 25: 49-56
- 10.-Harrow M. et al : Neurorleptic depression in schizophrenia. *Biol Psychi.* 1991, 30: 845-848
- 11.-Kane J. et al: Psychopharmacology treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bull-* 1993 19: 287-302
- 12.-Lindinmayer J.P. et. al: Multadvantaged. assesment of depression in schizophrenia. *Psychiatry research -* 1992. 42: 199-207
- 13.-Left J. et al: Depressive symptoms n the course of schizophrenia. *Prograss on Psychiatry* 1990- Chapter 1 : 3-23
- 14.-Lindermayer J. et. al: Schizophrenic patients with depression. *Comprehensive Psychiatry* 1991. 32: 528-533
- 15.-Maj M et al: A family study of the DSM III R schizoafective disorder, depressive type, compared with schizophrenia and psychotc and non psychotyc major depression. *An Journal of Psych.* 1991, 148: 612-616

- 16.-Mc Glashan T. H. et al: Postpsychotic depression. American Journal of Psychiatry 1991. 148: 545-547
- 17.-Newcomer J et al: Distinguishing depression and negative symptoms. Psychiatry research. 1990, 31: 243-250
- 18.-Ortega Soto y cols. Validéz y reproductibilidad de una escala para evaluar la depresión en pacientes esquizofrénicos. Salud Mental. 1994 17: 7-14: 243-250
- 19.-Rybakowsky J. et al: Abnormalities os Lithium transport across the erythrocyte membrane in depression and schizophrenia. Bology-Psychiatry. 1991, 29: 340-346
- 20.-Stephen J. et al: Depressive symptoms in schizophrenia. Compr Psychiatry. 1988-29 : 467-483
- 21.-Siris G S et al. Assesment and treatment of depression in schizophrenia. Psychiatry Annals. 1994-24: 463-467
- 22.-Siris S G et al: Diagnosis of secondary depression in schizophrenia. Schizophrenia bulletin. 1991, 17: 75-98
- 23.-Siris SG et al: Adjuntive imipramine maintenance treatment in schizophrenia patients. Am. Journal of psychiatry 1989, 146: 1495-1499

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

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

ENTREVISTADOR: _____ FECHA: _____

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

TOTAL _____

Calgary Depression Scale, D. Addington & J. Addington

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

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

Revise en forma consecutiva los incisos y califique de acuerdo a su criterio
El tiempo comprende las dos últimas semanas.

*El último item, No 2, debe hacerse en la escala indicando la vida de
entrevista.*

1.- DEPRESION.

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

0 Ausente.

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

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

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

2.- DESESPERANZA:

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

0 Ausente:

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

3.- AUTODEVALUACION:

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

0 Ausente:

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

4.- IDEAS DE REFERENCIA CULPOSAS:

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

0 Ausente:

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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 esto?

0 Ausente:

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

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

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

6.- DEPRESION MATUTINA:

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

0 Ausente:

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

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

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

7.- DESPERTAR TEMPRANO:

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

-¿Cuántas veces a la semana pasa esto?

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

8.- SUICIDIO:

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

0 Ausente:

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

9.- DEPRESION OBSERVADA:

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

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN